



VÅRD OCH OMSORG



Patientsäkerhetsberättelse för Kastanjens Äldreboende År 2015

Verksamhetschef:
Annika Tumstedt
2016-03-10

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	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	8

Sammanfattning

Bakgrund

Den 1 januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL att gälla. Enligt den nya lagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Av patientsäkerhetsberättelsen skall framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som har uppnåtts
4. Redogörelse för avvikelshantering

Kastanjens korttidsboende drivs av Järfälla vård och omsorg. Kastanjen är beläget på Birgittavägen 6 i Jakobsberg i Järfälla. Boendet har totalt fyra avdelningar med 40 platser. På kastanjen finns utöver 30 korttidsboende även 10 lägenheter för äldreboende med demensinriktning.

På Kastanjen arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och sjukgymnast. Vi arbetar aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Målet är att minimera antalet läkemedelsavvikelser, reducera förekomsten av fall samt att utveckla och kvalitetssäkra den vård och omsorg som bedrivs.

Boende och närstående (vid samtycke) medverkar i omvårdnaden genom vårdplanering vid inflyttning till Kastanjen.

Under året har arbetet med avvikelser bidragit till att identifiera risker för vårdskador. Medarbetarna har blivit bättre på att rapportera avvikelser.

Vi har arbetat med värdegrund samt dokumentation i SOL och HSL.

Personalen har gjort webb-utbildning i Demens-ABC. Under våren arrangerades en heldagsutbildning i demens. Under hösten har personal haft planeringsdag med fokus på värdegrund och värdighetsgarantier samt bemötande.

Registrering av alla dödsfall sker i palliativa registret för att förbättra den palliativa vården. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras snarast inom tre arbetsdagar och återkoppling sker senast efter fjorton dagar.

Personalen rapporterar risker, tillbud och allvarliga händelser vilket gör det möjligt att förebygga att det inte händer igen genom bl.a. kunskapsåterföring till personalen.

Verksamheten arbetar för en god samverkan med andra vårdgivare, kommun och läkarorganisationen Legevisitten.

Övergripande mål

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

Övergripande mål är en god och säker hälso- och sjukvård för att öka patientsäkerheten inom vård och omsorg.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård är huvudansvarig för patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för att patienterna får en säker sjukvård av god kvalitet inom kommunen.

På verksamheten finns sjuksköterska tillgänglig dygnet runt. Mellan 07.00-21.00 finns sjuksköterska på plats. Övrig tid finns sjuksköterska i jour. Varje avdelning har minst en patientansvarig sjuksköterska. En sjukgymnast arbetar måndag-fredag.. En bemanningsassistent arbetar heltid som i samverkan med verksamhetschefen ansvarar för bemanning o personalplanering.

Samtliga medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/händelser.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelser läkemedelshantering, fall, vård och behandling, informationsöverföring externt och internt samt med medicintekniska produkter (MTP) läggs in i databaserat avvikelssystem procapita..

Alla händelser kommer upp på teammöte varje vecka och resultatet av åtgärderna följs upp. Antalet avvikelser och ev utredningar som pågår tas upp på APT. Samtliga händelser och åtgärder ska dokumenteras i procapita.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och genom att följa upp dessa i ledningssystemet.

Läkemedelsavvikelser- Kan till exempel vara uteblivet läkemedel, ej signerat läkemedel och fel dos av läkemedel. Fallavvikelser- alla typer av fall.

Trycksår: Var trycksåret uppkom, vilken grad av trycksår och placering.

Medicinteknisk produkt: Skall beskriva vilken typ av medicinteknisk produkt det gäller, i vilken situation och konsekvensen/skadan för patienten.

Lex Maria: Om händelsen nått en viss styrka och bedöms som allvarlig kontaktar verksamhetschefen snarast MAS som gör en bedömning och om det bedöms allvarlig en anmälan till IVO.

Värdegrund

Verksamheten arbetar för att boende får ett bra bemötande. Personcentrerad vård ”ligger i fokus”. Viktigt är samverkan med den enskilde, närstående, olika professioner och huvudmän. Att den enskilde ska känna värdighet och välbefinnande. Verktyg som vi använder är dialog, kontaktmannaskap, genomförandeplaner, levnadsberättelsen och teamsamverkan.

Riskbedömningar

Riskbedömningar, fallrisk (görs inom 48 tim), trycksår och nutrition görs på alla senast inom en vecka efter inflyttning . Om behov finns görs Roag och det görs alltid på de som flyttar till den permanenta avdelningen. BMI görs inom 14 dagar, eller tidigare vid uppenbart behov. Detta dokumenteras i Procapita och en hälsoplan upprättas vid behov. Sedan görs ett BMI var tredje månad eller tidigare vid behov. En ny rikanalys mall har arbetats fram för övriga riskområden och den ska uppdatera vid behov samt minst 2gg/år.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar genomförs vid inflyttning samt phase 20 en gång per år av ansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska på boendet.

Delegering för läkemedel

All personal som har delegering för läkemedel har genomgått en delegeringsutbildning samt kunskapstest. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska arbetar aktivt med handledning av personal för att öka säkerheten kring läkemedelshantering och därmed minska läkemedels avvikelser.

Kompetensutveckling

Vid medarbetarsamtal tas behov av den enskildes kompetensutveckling upp. Vid introduktion av nyanställda lämnas ut en mapp med rutiner och checklista Minst två dagar introduceras ny personal. Tre värdegrundsledare har utbildats under året. Under hösten genomfördes planeringsdagar där värdegrund och värdighetsgarantier har diskuteras. En halvdags brandutbildning genomfördes, både teori och praktik. 93 % av den fast anställda omsorgspersonalen är utbildande undersköterskor och de övriga är vårdbiträden. Medarbetarna har även gått diverse interna utbildningar och deltagit i nätverksträffar.

Rutiner

För att verksamheten skall vara patientsäker är det av yttersta vikt att ha väl fungerande rutiner. Rutinen går igenom och diskuteras både på teammöten och på APT. Detta är ett fortlöpande arbete för att hålla rutinerna uppdaterade och levande.

Kvalitetsregister

Vi har under året registrerat dödsfall i Palliativa registret. Registrering i Senior Alert har inte kommit igång fullt ut. Mallarna används och analyserna registreras i dagsläget i procapita i stället för i registret.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Resultatet från apoteksgranskningen år 2015 var bland annat att vissa uppdateringar behövdes i rutinpärmen och att klockslag då telefonordination tas emot måste antecknas. Detta är åtgärdat.

Uppföljning genom egenkontroll:

Verksamheten är ISO-certifierade för sitt kvalitetsledningssystem.

MAS kan följa avvikelser via Procapita (kommunens journalsystem). Avvikelse som leder till vårdskada ska lämnas till Mas för vidare bedömning och ev utredning av Lex Maria.

Kunskapstest används vid delegering av hälsosjukvårds insatser.

Sammanställning av antal synpunkter och klagomål genomförs i BSK.

Under hösten genomfördes måltidsgranskningar på alla avdelningar för att säkra en god måltidsmiljö.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Kastanjen har sjuksköterska tillgänglig dygnet runt. Läkarorganisationen är Legevisitten. Rond sker två gånger i veckan med läkaren, utöver detta kontaktas läkaren per telefon vid behov. Läkaren kan komma på hembesök andra dagar än rondens om behov finns..

Regelbundna träffar med kommunens MAS

Läkemedelsgenomgångar görs i samverkan med legevisitten vid behov eller minst en gång per år.

Kastanjen samverkar med sjukhusen och primärvården vid överföring av patient mellan vårdformerna. Brister i rapportering från sjukhusen förekommer. Dess brister Överbryggas och säkras genom att en sjuksköterska alltid tar emot patienten vid ankomsten. Vid brister kontaktar sjuksköterskan omedelbart sjukhusets läkare eller sjuksköterska.

Fortsatt avtal för årlig kontroll av medicintekniska produkter med medicintekniska avdelningen.

Samverkan med hygiensjuksköterska på enheten för smittskydd och vårdhygien.

Samverkan med kommunens demensjuksköterska till personer med demens och dennes anhöriga.

Samarbete med Flextiden för att alla som berörs erbjuds en munhälsobedömning.

Teammöten en gång per vecka på avdelningar.

Samverkansmöten genomförs med äldreheten.

Risikanalys

I verksamheten utförs fortlöpande bedömning av risk för vårdskada.

För varje händelse med risk för vårdskada ska sannolikheten

för att händelsen inträffar uppskattas samt en bedömning av vilka konsekvenser som händelsen kan medföra

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar på alla patienter enligt gällande riktlinjer utifrån dessa bedömningar görs omvårdnadsplaner för att öka patientsäkerheten. Alla prevention bedömningar och omvårdnadsplaner följs upp var 3:e månad eller vid behov på äldreboendet samt på växevårdsplatserna. På korttidsplatserna görs riskbedömningar vid infytt samt vid förändrat tillstånd.

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

All medarbetare rapporterar händelser enligt lokala rutiner.

Legitimerad personal ska analysera händelsen och vidtar de åtgärder som är nödvändiga samt dokumenterar i procapita.

Verksamhetschef analyserar tillsammans med berörd personal händelsen och vidtar åtgärder för att förhindra återupprepning.

Avvikelsen återkopplas till samtlig personal av ansvarig legitimerad personal på teammöten och/eller på APT av verksamhetschef.

Vid allvarlig händelse där patienten drabbats av eller utsätts för risk av allvarlig vårdskada informeras MAS för utredning av händelsen och eventuell en lex Maria-anmälan till IVO.

.

Hantering av synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § , 7 kap 2 § p6

Man kan lämna sina synpunkter och klagomål muntligt via servicecenter som tar emot synpunkter och klagomål och vidarebefordrar dem direkt till ansvarig verksamhetschef eller skriftligt på www.jrfalla.se . De registreras och följs sedan upp inom den berörda verksamheten.

Om man vet vem som ansvarar för frågan eller verksamheten tar man kontakt direkt med den personen. Det finns blanketter ”Hjälp oss att bli bättre” på avdelningar på anslagstavlor och i entré med betalt proto. Man kan lämna det i första hand till verksamheten eller skicka det per post.

Om synpunkt eller klagomål inkommer skriftligt kontaktas de inblandade snarast, men senast inom två helgfria arbetsdagar och försöker lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och tid för utvärdering sker inom 2 veckor.

Uppföljning och återkoppling sker direkt till dem som framfört synpunkten eller klagomålet. Ibland sker flera möten.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Avvikelse sammanställs varje månad. Avvikelse ska analyseras av HSL personal i samverkan med verksamhetschef. Under 2015 har ett klagomål gått vidare till en anmälan till IVO för utredning under början av 2016.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Information och dialog med patient och anhöriga förs vid vistelse och inflyttning. Vid bedömt behov av skyddsåtgärder görs en vårdplanering i samverkan med patient och närstående (närstående medverkar efter samtycke av patienten).

Två gånger per år hålls ett närståendemöte på Kastanjens äldreboende . Närstående bjuds in till enheten.

Arbete med att uppdatera informationspärmar till boende och närstående har startas upp.

Målet är att ge en lättillgänglig information för att underlätta kommunikationen samt undvika missförstånd.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Informationsöverföring

Brister i informationsöverföring har rapporterats i det interna avvikelssystemet vid 21 tillfällen. Orsaken till bristerna anges vara otillräcklig information från sjukhus och primärvård samt brister i rutiner.

Patientsäkerhetsarbete, händelser under 2015

Händelse/ Avvikelse	Kastanjen
Läkemedelsvvikelse	103
Fall	136
Trycksår	8
Medicintekniska produkter	2

Övergripande Mål för kommande år

Minska antalet avvikelser

Kvalitetssäkra hantering och informationsöverföring mellan enheterna

Införande av BPSD-registret

Förbättra dokumentation HSL och SOL

Införa ny riskanalys mall

Öka närståendes delaktighet i den boendes vård. Skapa förtroende mellan närstående och personal. Nöjda brukare/ närstående	Arbeta med värderingsgrund. Ansvarig ssk informerar närstående vid förändrat tillstånd m.m. God kontakt med kontaktman. Bjuda i närstående till anhörigmöte minst 2ggr/år
--	--

Att alla boende har en aktuell inkontinensutredning.	Följa rutinen att ansvarig sjuksköterska skall börja göra en utredning tillsammans med kontaktman när nya boende flyttar in på äldreboendet. Utredning genomförs vid behov och dokumenteras i Procapita
Registrering av alla dödsfall på äldreboendet i palliativa registret.	Registrering i palliativa registret 100 % av alla dödsfall.
Registrering av avvikelserapporter	Alla händelser ska registreras i procapita Teammöte 1 ggr/ vecka med omvårdnadspersonal,sjuksköterska och rehab personal. Fortsätta utvecklingen av att rapportera alla avvikelser samt att utreda.
Öka personalens följsamhet till basala hygienrutiner	Web-utbildning till samtlig personal.
Medarbetare utbildas i värdegrund	Värdegrundsledare lyfter diskussioner och ämnen tillsammans med samtlig personal i samverkan med verksamhetschef.
Inga trycksår på enheten	Riskbedömningar görs gällande trycksår inom 14 dagar vid inflyttning samt att aktivt aktivt arbeta med att förebygga trycksår.