

Patientsäkerhetsberättelse för:



2016

Uppdaterad: 2017-02-17
Ansvarig: Josefine Boberg
Verksamhetschef

Innehåll:	sid
• Sammanfattning	3
• Övergripande mål och strategier	4
• Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
• Struktur för uppföljning/utvärdering	5
• Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
• Uppföljning genom egenkontroll	6
• Samverkan för förebyggande av vårdskador	6
• Riskanalys	7
• Hälso- och sjukvårdspersonalens rapportskyldighet	7
• Hantering av klagomål och synpunkter	7
• Sammanställning och analys	7
• Samverkan med patienter och närstående	8
• Resultat	8
• Övergripande mål och strategier inför kommande år	9

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 § 3

Sammanfattning

Betelhemmet är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. En person som har kontakt med Betelhemmets personal ska känna sig trygg och säker. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

- **De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten**
 - Fortsatt registrering i kvalitetsregister Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativa registret
 - Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar
 - Samverkan med larmföretag och räddningstjänsten om trygghetslarm
 - Kvalitetssäkring av delegeringsprocessen
 - Utvecklat rapporteringssystemet med en "krysstavla"
 - Fortsatt samarbete med Vesica och TENA gällande inkontinenshjälpmedel
 - Fortsatt implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete på dator
 - Fördjupningsarbete inom hygien. En punktprevalensmätning (PPM) har genomförts med personal och visar på förbättringsområden
 - Fortsatt stöttande arbete med dokumentation enligt ICF samt fördjupning av gemonförändplaner
 - Skrivit avtal med SAPS gällande service av vårdsängar
 - En Loggdator för larmen har installerats
- **Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll**
 - Årsrapport Senior Alert Betelhemmet 2015
 - Årsrapport Svenska palliativregistret 2015
 - Statistik från händelserapporter gällande patientsäkerhet och läkemedel mm.
- **Hur risker och vårdskador identifieras och hanteras**
 - Händelserapporter skrivs på risker och vårdskador och hanteras via det interna kvalitetsarbetet
- **Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser**
 - Händelserapporter tas upp på kvalitetsmöte varje månad och diskuteras sedan på varje arbetsplatsträff. Åtgärdsplan skrivs då det behövs, annars dokumentation i protokoll för arbetsplatsträff.
- **Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats**
 - Synpunkter och klagomål från anhöriga hanteras enligt uppgjord rutin
 - Boenderåd hålls 4-5 gånger per år där boende synpunkter diskuteras och åtgärdas
 - Resultat från Socialstyrelsens brukarenkät granskas och förslag på åtgärder tas upp på boenderåd och i personalgruppen

- **De viktigaste resultaten som uppnåtts**
 - Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen visar god kvalitet
 - Händelserapporteringssystemet fungerar, fel och brister åtgärdas
 - Ny lokal rutin gällande hygien har upprättats

Övergripande mål och strategier

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

Betelhemmets övergripande mål:

- Nöjda och aktiva boende
- Hög kvalitet på vården
- Kostnadseffektivitet
- Rätt bemanning
- Bra måltidssituationer

Strategier:

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet fortsätter vi att involvera våra boende och göra dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi upprättar genomförandeplaner och hälsoplaner samt följer upp dem för att minska riskfaktorer. Vi har kontinuerligt interna diskussioner om säker läkemedelshantering. Vi fortsätter att informera och öka riskmedvetenheten hos boende och anhöriga. Vi arbetar aktivt med förbättringsarbete inom patientsäkerhet. Vi aktualiserar och reflekterar över våra lokala rutiner för att öka trygghet och säker vård. Personalen får intern och extern utbildning inom aktuella områden.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

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

Vårdgivare är stiftelsen Betelhemmet och dess styrelse. Styrelsens har 6 medlemmar, till större delen från Betelförsamlingen som är huvudman över stiftelsen Betelhemmet. Styrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Betelhemmet.

Verksamhetschef är underordnad styrelsen och fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen ansvarar för upprättandet av egenkontroll och att formulera mätbara mål. Verksamhetschefen ansvarar för att all personal har rätt kompetens i omvårdnadsarbetet, att personalen informeras om de brister som kan förekomma och de resultat som kvalitetsmätningarna ger.

Omvårdnadsansvarigsjuksköterska (OAS) ansvarar för att bedöma och ge omvårdnadspersonalen formell och reell kunskap för att få delegering att utföra medicinska uppdrag. OAS ansvarar för att dokumentera och möjliggöra för omvårdnadspersonalen att inhämta nödvändig information om de boende för att kunna utföra säker omvårdnad. OAS

ansvarar för registrering till MAS i Nyköpings kommun och tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelse gällande Lex Sara och Lex Maria.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap, 2 §

Fortlöpande skriftlig redovisning av verksamheten till styrelsen 6 gånger per år samt muntligt vid varje styrelsemöte. Tjänstegaranti sänds till Vård- och omsorgsnämnden 3 gånger per år.

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

SFS 2010:659, 3 kap 10 § p 1-2

Kompetensutveckling: All personal har fått intern utbildning inom dokumentationsverktyget ProCapita. En personal har gått utbildning inom inkontinens. Verksamhetschef, sjuksköterska och en personal har gått 2-dagars utbildning inom BPSD. Landstinget har hållit utbildning inom Osteoporos, vårdhygien och palliativ vård, sammanlagt 7 personal samt sjuksköterska har deltagit. Äldreomsorgsdagarna i Stockholm besöktes av sammanlagt 7 personer. Verksamhetschef har avslutat utbildning inom "Ledarskap för äldreomsorgens chefer" på Borås högskola

Läkemedelshantering: Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförd.

Läkemedelsgenomgångar: Förenklade läkemedelsgenomgång utförs kontinuerligt på alla boende. Fördjupad läkemedelsgenomgång i samverkan med apotekare har genomförts på alla boende.

Vård i livets slut: Samtliga dödsfall på Betelhemmet är registrerade i Svenska palliativregistret.

Förebyggande arbete mot undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen: All personal och sjuksköterska registrerar riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar i Senior Alert. Teamrond (sjuksköterska, vårdpersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, verksamhetschef) hålls varannan vecka och då diskuteras riskbedömningar, planerade åtgärder och uppföljningar.

Hygien: Fördjupningsarbetet inom detta område. Socialstyrelsens nya föreskrifter inom basal hygien har legat till grund för detta samt den PPM-mätning som genomfördes.

Delegering: Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för all delegering. Personal får genomföra både skriftlig och praktisk del innan delegering. All personal genomför test på internet innan delegering på Betelhemmet.

Avvikelse: Händelserapporteringssystemet fungerar. Även risker för allvarliga händelser rapporteras, så även förslag till förbättringar.

Trygghetslarm: Kontroll av larmet genomförs kontinuerligt av vaktmästare. Loggdator finns.

Brandutbildning och HLR: Genomförs årligen för all personal av räddningstjänsten Nyköping

Dokumentation: Intern utbildning för vårdpersonal och legitimerad personal om dokumentation. Fokus för 2016 har varit genomförandeplaner, uppföljningar samt "Göra-listan"

Loggkontroller: Utförs i verksamhetssystemet Pro Capita. Årlig kontroll på larmloggar.

Rapportmall: En mall för överrapportering av information mellan arbetspassen har utformats och vidareutvecklats. En krysstavla på kontoret har gett mer översikt och tydlighet.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2001:9, 5 kap 2§, 7 kap 2§ p 2

Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, kontrollera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbete utifrån patientsäkerheten och utifrån resultat och förväntade effekter. Säkerställa att lokala rutiner finns i enlighet med lagstiftning. Systematiskt arbetsmiljöarbete samt kontroll av dokumentation.

Verksamhetschef och sjuksköterska följer regelbundet resultaten i kvalitetsregistret Senior Alert och återför till verksamheten. Upprättar rutiner gällande medicintekniska produkter och förbrukningsmaterial.

Sjuksköterska följer upp och kontrollerar signeringslistor, omvårdnadsplaner och läkemedelsgenomgångar.

Samverkan för förebyggande av vårdskador

SOSFS 2011:9, 4 kap 6§, 7 kap 3§ p 3

Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med landstinget Sörmland. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök på Betelhemmet av läkare. Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt. Dygnet runt finns även tillgång till tjänstgörande sjuksköterska enligt avtal med Nyköpings kommun.

En kommunal hygiensjuksköterska delas med de andra kommunerna i Sörmland.

Tandvårdsenheten i landstinget Sörmland har avtal med Nyköpings kommun om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, VoN. Oral Care kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård.

Apoteket Farmaci har avtal med Nyköpings kommun om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering samt fortbildning för sjuksköterskor om nyheter inom läkemedelsområdet. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, VoN.

Teamronder tillsammans med paramedicinsk personal, sjuksköterska, vårdpersonal och vid behov verksamhetschef hålls varannan vecka.

Riskanalys

SOSFS 2011:9 5 kap 1§

Verksamhetschef ansvarar för riskanalys genom att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapportskyldighet

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

En händelserapport ska skrivas av den person som upptäcker avvikelsen eller händelsen, denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori. Det kan exempelvis gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad och informationsöverföring. Lokala rutiner finns tillgängliga för all personal.

Personalen på Betelhemmet är medveten om deras skyldighet att anmäla Lex Sarah om missförhållande eller risk för missförhållande skulle uppstå i omvårdnaden.

Sjuksköterskan har ansvar att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Verksamhetschef ansvarar för att följa upp och avsluta alla händelserapporter. Verksamhetschef ansvarar även för att utreda och sammanställa händelserapporter samt anmäla allvarliga händelser till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Hantering av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap 3§, 7 kap 2§ p 6

Klagomål eller synpunkter som inkommer från patienter och anhöriga besvaras av verksamhetschef. Betelhemmet har särskilda lokala rutiner för denna hantering. Klagomål som inkommer via patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg utreds och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap 3§, 7 kap p 6

Betelhemmet har särskilda rutiner för sammanställning och analys av händelserapporter. Alla rapporter hamnar i ett första skede hos sjuksköterska som i sin tur dokumenterar i journal om det gäller HSL, gäller rapporten SoL eller förbättringsprojekt skickas den direkt vidare till verksamhetschefen. När sjuksköterska är färdig med sina åtgärder och dokumentation hamnar även dessa rapporter hos verksamhetschefen.

Verksamhetschef samlar alla rapporter varje månad för statistik och analys av innehållet. Varje månad hålls ett kvalitetsmöte där alla rapporter diskuteras, personal får möjlighet att själva komma med förslag till tänkbar åtgärd. Resultatet från kvalitetsmötet tas upp på varje APT så att alla i hela personalgruppen får samma information om åtgärder och planer. Detta leder till samstämmighet i förbättringsarbete och förändringsåtgärder. Olika förändringsåtgärder behöver mer eller mindre tid att implementera. Händelserapport är ofta det första steget i en förändringsprocess.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap 4§

Vid ankomstsamtal och individuell vårdplanering inbjuds boende och närstående att delta i att planera omvårdnaden. De planer som personal utarbetar godkänns av boende. För att förebygga vårdskador informeras boende och närstående om kvalitetssäkringsarbetet i kvalitetsregister Senior Alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap 10§ p 3

Utifrån de kvalitetsregister som används på Betelhemmet (Senior Alert och Svenska palliativregistret) har följande registrerats.

Senior Alert:

Alla boende på Betelhemmet har två ggr/år en genomförd riskbedömning. Åtgärder sätts in om det finns risker. Åtgärdsplanerna följs upp senast tre månader efter genomförd riskbedömning. Alla riskbedömning åtföljs av en teambaserad utredning av bakomliggande orsaker på våra teamronder.

Svenska palliativregistret:

Under 2016 har nio dödsfall inträffat på Betelhemmet. Ytterligare ett dödsfall av Betelhemmets patient/boende har skett på sjukhuset, då har ingen registrering gjorts i palliativregistret av Betelhemmets personal.

Av nio dödsfall har fyra avlidit i ensamhet, de andra har haft personal och närstående närvarande. Alla närstående har fått information av läkare om tillstånd innan dödsfall, en boende har inte klarat av att ta emot information om sitt tillstånd. Alla nio har fått dokumenterad smärtskattning av validerat instrument under den palliativa vårdtiden, dock ej tre st den sista veckan. Alla, utom en, har fått ordination på vidbehovsläkemedel i injektionsform. Alla, utom en, har fått bedömning av munhälsa genomförd innan dödsfall. Alla närstående har blivit erbjudna efterlevandesamtal.

Vårdrelaterade infektioner:

Mätning genomfördes under första kvartalet och rapporterades till Nyköpings kommun, vi hade då inga vårdrelaterade infektioner. De övriga tre kvartalet har ingen mätning gjorts då vi inte kunde fortsätta rapportera till Nyköpings kommun.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier (se s 4) ska fortsättningsvis vara ledande. Därutöver vill Betelhemmet även fokusera på:

- Förebyggande arbete för att minska risk för undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen
- Dokumentation enligt HSL och SoL
- Fortsatt god läkemedelsbehandling av äldre, alla ska få förenklad läkemedelsgenomgång vid behov och en fördjupad läkemedelsgenomgång tillsammans med apotekare.
- Miljöarbete
- Kostnadseffektivitet på beställningsvaror

För att nå dessa mål behöver vi:

- Arbeta med befintliga rutiner för kontinuerlig uppföljning av patientsäkerhetsarbetet
- Delta i de mätningar som vi blir ålagda
- Intern och individuell utbildning inom dokumentation
- Fortsätta arbetet med implementering av ledningssystem för kvalitet
- Utarbeta en miljöplan som håller över tid
- Jämföra kostnader från olika beställningsställen och enbart beställa vid särskilda tidpunkter. En person ansvarar för beställning.