



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

20170224

Ewa Einerth, verksamhetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE | 1 |
| Sammanfattning..... | 3 |
| Övergripande mål och strategier | 3 |
| Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 4 |
| Struktur för uppföljning/utvärdering | 5 |
| Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet | 6 |
| Uppföljning genom egenkontroll | 7 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador..... | 8 |
| Risikanalys | 9 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 9 |
| HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER | 10 |
| Klagomål och synpunkter | 10 |
| Sammanställning och analys | 10 |
| Samverkan med patienter och närstående | 10 |
| RESULTAT..... | 11 |
| ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR | 13 |

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

Furuhöjdens Rehabiliteringshem bedriver evidensbaserad individuell vård- och rehabilitering med patienten i centrum. Vårt uppdrag är att ge patienterna precis den rehab de behöver vilket ställer höga krav på att patienter och anhöriga är delaktiga i vård- och rehab. För att uppnå detta har vi en kontinuerlig översyn av rehabiliteringsprocessen och dess delprocesser där vi bland annat kontrollerar efterlevnad av rutiner, riktlinjer, lagar och krav samt vårt gemensamma arbetssätt. Fokus läggs också på området kommunikation i vår kompetensutvecklingsplan för att på bästa sätt involvera patienter och anhöriga i rehabilitering och vård.

Furuhöjden är ISO 9001 och 14001 certifierat vilket innebär att vi har ett väl fungerande ledningssystem gällande kvalitet och miljö. Stort arbete läggs på att säkerställa alla delar i verksamheten genom kompetensutveckling, avvikelserapportering, åtgärdsplaner, riskbedömningar samt uppföljning och återkoppling till alla berörda.

Under våren 2016 har stort fokus legat på planering, organisation, revidering av rehab- omvårdnadsprocesser och tillhörande arbetssätt och rutiner i teamen. Detta med mål och syfte att införa diagnosinriktade avdelningar. Den 3 oktober genomfördes projektet och efterföljande tid har fokuserats på fortsatt revidering av rehab- och omvårdnadsprocesser och implementera nya rutiner och arbetssätt på avdelningen.

Parallellt med ovanstående har vi också haft stort fokus på dokumentation och införandet av "aktivitetsplaner", "att göra listan" samt reviderat journalmallar i vårt journalsystem Take Care.

Kompetensutveckling har skett inom området kirurgi (matstrupeoperationer), dokumentation, ortopedi, läkemedelsgenomgångar, brandskydd och ledarskap.

Inom området kost/nutrition har vi fortsatt arbetet med vårt kök och genom våra gästenkäter ser vi att arbetet börjat ge resultat.

Övergripande mål och strategier

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

Mål:

Furuhöjdens övergripande mål är att våra patienter får "precis den rehab de behöver".

Målet innefattar alla delar i rehab- och omvårdnadsprocesserna och utgår från att vi har en patientsäker kvalitet och miljö. För att uppnå detta arbetar vi med nedanstående strategier.

Strategier:

- Vi har regelbunden kompetensutveckling
- Vi har närvarande och engagerad ledning
- Vi har ett gemensamt patientorienterat arbetssätt som grundar sig på patientens individuella behov.
- Engagerade medarbetare med genuin motivation och glädje
- En arbetskultur som uppmuntrar avvikelserapportering och ständiga förbättringar.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschef.

- Ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och fastställda rutiner. I uppgifterna ingår också bevakning av att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls på Furuhöjdens Rehabiliteringshem.
- I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Avdelningschefernas ansvar är att

- säkerställa att den egna avdelningen följer Furuhöjdens verksamhetsplan, det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt att införande av nya rutiner/metoder följs.
- introducera och säkerställa att alla medarbetare använder administrativa system på rätt sätt.
- säkerställa att all patientdokumentation motsvarar ställda krav enligt patientdatalagen, socialtjänstlagen, kund- och/eller avtalskrav.
- rapportera personalens kompetensutvecklingsbehov till ledningen.
- säkerställa att avvikelshanteringen är "aktiv" och används på ett konstruktivt sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, konsultativ legitimerad personal)

- har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och de ska bidra till att hög patientsäkerhet

upprätthålls. De ska rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef enligt fastställd avvikelshantering.

Omsorgspersonalen (undersköterskor)

- har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården och socialtjänstlagen. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser enligt fastställd avvikelshantering.

Kvalitets- och miljösamordnare

- ska uppfylla de mål som ledningen fastställer i Furuhöjdens verksamhetshandbok och aktivt arbeta för att samtliga medarbetare engagerar sig i kvalitets- och miljöarbetet.
- ska aktivt notera, sammanställa och rapportera avvikelser till verksamhetschef och ledning. Är även ansvarig för att genomföra interna revisioner.
- ska ta initiativ till förbättringar för att ständigt förbättra kvalitets- och miljöarbetet inom verksamheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Kvalitetssäkringssystem

Furuhöjden är certifierade för ISO 9001 och 14001. Det betyder att vi har ett fungerande ledningssystem med kontinuerlig översyn av befintliga system och struktur av rapportering, avvikelshantering och rutiner.

Avvikelsehantering

All personal är skyldig att skriva en avvikelserapport om de upptäcker eller hör om något som *kan leda* till vårdskada eller *risk för* vårdskada, eller där *rutiner inte* följts. Ledningen uppmuntrar till att dokumentera alla slags avvikelser. Dessa avvikelser sammanställs av verksamhetschef och kvalitetssamordnare. Efter denna sammanställning görs en riskbedömning, åtgärdsplan samt återkoppling till personalen. I de fall som patient eller anhörig haft klagomål sker även en återkoppling till dem.

Vad gäller trycksår, fall och vårdrelaterade infektioner skall, förutom en avvikelserapport, ett internt datadokument fyllas i. Detta tydliggör och lyfter upp patientsäkerhetsrelaterade problem och en åtgärd kan göras omgående.

Skyddsronnd med avseende på patient- och personalsäkerhet görs varje år.

Vid förändringar och nya rutiner i verksamheten görs alltid en riskbedömning utifrån Socialstyrelsens skrift "Händelse och riskanalys" och FMEA.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Dokumentation/journalföring

Under 2016 har ett fokus legat på utbildning av omvårdnadspersonal i omvårdnadsprocess och dokumentation. Vi använder Take Care som journalsystem och har där infört "aktivitetsplaner" och "att göra" listan för ökad patientsäkerhet och förbättrad spårbarhet. Aktivitetsplanerna förtydligar processen och minskar risken att glömma viktiga åtgärder. Aktivitetsplanerna är till största delen uppbyggda på omvårdnadsdiagnoser och åtgärder enligt NANDA -1. Även paramedicinsk personal, kurator och dietist har fått utbildning i **aktivitetsplaner** men framförallt i "**att göra listan**" för att de också ska kunna lägga till aktiviteter som ett viktigt verktyg i de individuella rehab- och omvårdnadsprocesserna.

Dokumentationsgruppen som startades ht 2015 har drivit projektet framåt och även haft workshops och enskilda utbildningstillfällen med personalen under hela 2016.

Kost, näring, nutrition

Under året har köket arbetat med att ta fram nya arbetssätt och beskrivningar för hur arbetet ska utföras och när. Arbetet med att skapa ett bra samarbete kök- och vårdpersonal har fortsatt.

Personal/kompetensutveckling

Stort fokus under året har legat på dokumentation och utbildning i omvårdnadsprocessen enligt VIPS och NANDA.

Internutbildning i vård- och rehab av patienter som genomgått matstrupeoperationer har också genomförts. Vi uppmanar vår personal att askultera på andra vårdenheter och dela med sig av inhämtad kunskap med övrig personal på p-möten och planeringsdagar. Ledningsgrupp och avdelningschefer har genomgått en ledarskapsutbildning med syfte att stärka deras möjligheter att stödja och uppmuntra sin personal till utveckling och ansvar inom sina specialområden.

Alla sjuksköterskor har genomfört en e-utbildning i läkemedelsgenomgångar och rehabintro har genomförts som brukligt med all nyrekryterad personal.

All personal har återigen genomgått en brandskyddsutbildning i Brandförsvarets regi och övningar har genomförts enligt rutiner.

Kvalitet

Våren 2016 inleddes ett arbete i personalgruppen med att förtydliga rehab- och omvårdnadsprocesserna för de olika diagnosgrupperna samt rutiner och arbets sätt i teamen. Detta med mål att införa diagnosinriktade avdelningar under hösten 2016 med uppdelning: Kirurgi/thorax, ortopedi, neurologi/onkologi. Personalen har så långt som möjligt själva fått välja sin avdelning för att höja engagemanget och därigenom öka intresset för kompetensutveckling inom sitt område.

Målet med diagnosinriktade avdelningar är att höja patientsäkerheten genom att samla personalens specialiserade kunskap och genom välarbetade och förankrade rutiner samt tydliga rehab- och omvårdnadsprocesser inom de olika diagnosgrupperna.

Som ett led i denna omorganisation förändrades även tider och platser för de olika träningsgrupperna. Målet här var att öka kontinuiteten (så att patienterna så långt som möjligt träffar samma sjukgymnast/fysioterapeut/ arbetsterapeut) och minska "transportsträckorna" för patienterna mellan de olika aktiviteterna. Träningen ska så långt som möjligt utföras på den egna avdelningen av teamets paramedicinska personal.

Internrevision och kontroller har genomförts enligt planerat för att säkerställa att rutiner och processer fungerar samt upptäcka förbättrings/utvecklingsbehov.

Under våren genomfördes PPM(punktprevalensmätningar) gällande efterlevnad av basala hygienrutiner och klädregler samt förekomsten av VRI(vårdrelaterade infektioner) enligt SKL's nationella satsning.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Furuhöjden gör regelbundet egenkontroller för ökad patientsäkerhet

- Vi genomför avvikelserapportering inom alla områden gällande t. ex bristande rutiner, risk för vårdskada eller arbetsskada, brist i kommunikation och överrapportering, brister i vårdens övergångar, fall, trycksår, infektioner samt incidenser inom läkemedelshantering. Sammanställning och resultat redovisas internt och externt.
- Vi utför fortlöpande kontroller på medicintekniska produkter och har ansvariga i alla yrkesgrupper.
- "Stickprovskontroller" har gjorts av journaldokumentation under året för att följa upp och vid behov förändra pågående utvecklingsåtgärder inom området.

-
- För att ta reda på personalens förhållningssätt, motivation och attityder och upplevd kompetenshöjning genomförs årligen personalenkäter och medarbetarsamtal.
 - Köket har ett väl utvecklat program för egenkontroll och genomför dem enligt rutin.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Handläggningsrutiner vid intagning

Intagningssjuksköterskan gör bedömning av remisser och uppdrag. Intagningssjuksköterskan ringer avdelningen som skickat remissen och ställer frågor för att säkerställa att patienten är redo för rehabilitering.

När patienten kommer till Furuhöjden görs en ny bedömning. Om bedömningen visar att patienten inte är medicinskt stabil återremitterar läkaren patienten till sjukhuset.

Samarbetsformer

Furuhöjden arbetar med multidisciplinära team där patient, läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, kurator och arbetsterapeut ingår. Logoped och dietist kontaktas vid behov.

Alla i teamet träffar patienten under inskrivningsdygnet och tar anamnes och status. Sedan lägger man tillsammans med patienten upp rehab- och omvårdnadsplan med mål och åtgärder. Uppföljning sker dagligen av respektive yrkesgrupp och genom gemensamma uppföljningsmöten.

Närstående är alltid välkomna att delta aktivt i rehabiliteringen på Furuhöjden.

Samverkan för en sammanhängande vårdkedja

Vi använder journalsystemet Take Care och har därför sammanhållen journal med anslutna sjukhus. De sjukhus som inte har Take care skickar med journalhandlingar med patienten till Furuhöjden. Saknas handlingar tar Furuhöjden kontakt för komplettering. Patienten måste alltid ge sitt samtycke innan journaler från tidigare vårdinstanser får läsas.

Under vistelsen på Furuhöjden tas vid behov kontakter med distriktssjuksköterska, hemrehabiliteringsteam och kommunen för ev hemtjänstinsatser. I de fall då kontakter redan finns sker en överrapportering innan patienten går hem.

För landstingpatienter använder vi Webcare som kommunikationssystem mellan Furuhöjden, primärvård och kommun. Vårdplanering sker på Furuhöjden och någon i teamet närvarar alltid. Anhöriga är också välkomna att delta då patienten önskar detta.

Vid utskrivning får patienten med sig läkemedelslista och ett utskrivningsmeddelande med aktuella telefonnummer, diagnos och restriktioner.

All legitimerad personal sammanfattar vårdtiden och åtgärder samt resultat i en epikris.

Det är av stor vikt att överrapportering sker vid överföring av patienter till/från andra vårdgivare gällande eventuella risker för vårdskada samt behov av åtgärder för att förhindra vårdskada.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vid varje inskrivning bedömer personalen om risk finns för fall, trycksår och undernäring. Detta görs med evidensbaserade bedömningsinstrument och förebyggande åtgärder dokumenteras i journalen och rapporteras vidare i teamet.

Kontinuerlig kontroll av lokaler och hjälpmedel sker för att förebygga vårdskador.

Infektioner registreras, följs upp och åtgärdas.

Läkemedelshanteringen diskuteras kontinuerligt vid sjuksköterske- och läkarmöten för att se om rutiner ska förändras för att förbättra säkerheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Alla avvikelserapporter granskas utifrån vår skyldighet att rapportera avvikelser i förhållande till "Lex Maria" och/eller "Lex Sarah". Utöver detta har vi rapporteringsskyldighet via gällande ramavtal med olika uppdragsgivare.

Avvikelseberättelsen finns i övrigt beskrivet under tidigare rubrik i dokumentet.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

- På varje patientrum finns en informationspärm som också innehåller *blankett för klagomål och utvecklingsidéer*.
Ledningen analyserar inkomna klagomål och synpunkter och beslutar om åtgärder.
Avdelningschefer eller ledning erbjuder patienten att diskutera det inträffade och återkopplar till personalen för att händelsen inte ska inträffa igen.
Beroende på klagomålets eller synpunkternas art kan det leda till behov av förändrade rutiner eller arbetssätt.
- Vi ber också varje patient att fylla i en enkät vid vårtdagens slut. Dessa samlas in, sammanställs kvartalsvis och presenteras samt diskuteras med ledning och personal som ett underlag för utvecklingsåtgärder.
- SLL skickar ut en årlig enkät till över 250 patienter angående bl a bemötande, delaktighet och information. Resultatet redovisas till verksamheten under vårterminen 2017.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Avvikelse, rapporter, klagomål och synpunkter noteras av kvalitetssamordnare i en händelselogg där sortering kan ske utifrån olika områden t. ex fall, läkemedelshantering, bemötande mfl.. Detta gör att det är lätt att se om samma händelse återkommer och hur ofta det händer.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi anser det vara av stor vikt att ta del av patientens och anhörigas frågor och synpunkter för att utveckla patientsäkerheten och tydligheten i informationsutbytet.

Det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till personalen eller via en blankett i patientrumspärmen.

Patienterna får också fylla i en enkät vid vårtdagens slut för att vi ska få återkoppling på vården och rehabiliteringen de fått.

Under vårtdagen sker kontinuerligt uppföljning med patient och team för att samla upp eventuella frågor och funderingar som uppstått. Under dessa möten erbjuds anhöriga att delta om patient önskar detta.

Anhöriga är också välkomna vid träningstillfällen samt informations och utbildningstillfällen som sker under vårdtiden.

Synpunkter och klagomål behandlas på samma sätt som övriga avvikelser.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Dokumentation

Vid stickprovskontroller och diskussioner med personal ser vid en tydlig förbättring gällande synligheten i patientjournalen av omvårdnadsprocessens alla delar från problem-plan-åtgärd till resultat. Införandet har dock skett under en relativt kort tidsperiod och dokumentationen kommer att behöva fortsatt uppföljning även under 2017.

Kvalitet

Att övergå till diagnosinriktade avdelningar har gjort att specialistkunskaperna hos personalen har samlats på samma ställe. Det har även inneburit att patienterna inte längre har behövt "transportera" sig över huset för träningar i lika hög grad vilken bidrar till en lugnare miljö. Vårdmaterial finns nu mer koncentrerat där det behövs och minskar därför onödig tid för att leta efter eller hämta det. Dock har andra "problem" uppstått som inte kunnat förutses gällande fördelning av antal personal som behövs på de olika avdelningarna pga av enskilda patients specifika rehab- eller omvårdnadsbehov. Fördelning och placering av personal sker därför dagligen beroende på avdelningarnas aktuella behov.

Delaktighet/information

Vi mäter kontinuerligt gästernas upplevelse av den vård och rehab de erhållit under vårdtiden för att ha som underlag för fortsatt verksamhetsutveckling.

En jämförelse av gästenkäterna mellan åren 2014- 2016 visar på ett medelresultat på 5,36 (av 6) för hela enkäten. Gällande gästernas upplevelse av delaktighet och erhållen information är medelresultatet år 2016 högre än föregående år 5,42 (av 6) 2016 mot 5,40 (av 6) 2015. Under sista kvartalet 2016 skedde en kraftig ökning gällande delaktighet/information med 5,44 (av 6).

Resultatet från 2016 års landstingsenkät har tyvärr inte inkommit vid detta dokumentets färdigställande därför redovisar vi resultatet av 2015 års frågor gällande delaktighet och information:

Fråga:

- Om pt upplever att de fått tillräcklig information om sin behandling/rehab - 71p (2014:61p) Landstingets krav -70p.
- Om pt känt sig delaktiga i beslut om behandling/rehabilitering - 78 p(2014: 67p) Landstingskrav 70 p.
- Om pt upplever att det helt och hållet fått sitt behov av rehab tillgodosett - 84 p(ny fråga 2015),Landstingskrav 75p

Resultatet här visar på förbättring inom alla tre parametrar.

Kost, näring, nutrition

Även gästernas upplevelse av kosten mät i våra gästenkäter och resultatet visar på att arbetet med kost och kök som bedrivits under 2015-2016 varit bra.

Medleresultatet för Gästernas upplevelse gällande kost och måltidsmiljö 2015: 5,17(av 6) och 2016 5,22 (av 6).

PPM VRI/BHK/ samt Tryck och fall

2015 utförde Furuhöjden Punktprevalensmätningar (PPM) i basala hygienrutiner och klädregler samt VRI(vårdrelaterade infektioner) enligt SKL´s nationella satsning. Resultatet av PPM mätningarna i efterlevnad av Basala hygienrutiner och klädregler föranledde repetition av rådande regler och justering av rutiner.

Resultatet av 2016 års mätningar visar på en förbättrad efterlevnad i hygienrutiner med en ökning på 18 %. Medleresultatet för 2015 gällande efterlevnad av hygienrutiner var 62 % och 2016 hade det ökat till 80 %. Efterlevnad i klädregler verkar konstant med medelresultat på över 91 % både 2015 och 2016.

Resultatet från PPM 2016 i VRI visade att andelen VRI låg på 9% till skillnad mot 2015 års resultat på 5,7%. Alltså en ökning av andelen fall. Ser vi resultatet för SKL´s mätning i Stockholms Läns Landsting är det en generell ökning av andelen VRI under 2016. Ser man på mätning från hela riket så har dock andelen VRI fall sjunkit något. Då resultatet av mätningen är helt beroende på vilka patienter som är inlagda ett specifikt datum mellan från klockan 8.00 på morgonen och antal patienter inte är konstant och kan variera kraftigt känns resultatet inte helt tillförlitligt när det rör sig om mellan 32 och 44 patienter. Därför kommer vi utföra 2017 mätning och avvakta resultat innan vi kan besluta om åtgärder.

Under 2016 inkom totalt: 90 st fallrapporter och 1 st rapporter om tryckskada grad 2. Tryckskadan hade uppkommit på Furuhöjden.

De rapporterade fallolyckorna fördelas:

85 st tillbud och 5 stycken negativ händelse.

Furuhöjden har haft ca 1809 inneliggande patienter och ca 35 dagvårdspatienter under 2016.

Inga anmälningar har inkommit till IVO eller patientnämnden.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2017 kommer verksamheten fortsatt fokusera på att implementera de nya rehab och omvårdnadsprocesserna för de olika diagnosgrupperna samt fortsatt arbete med att säkerställa en dokumentation med hög kvalitet och patientsäkerhet.

Arbetet med att få patienterna att känna sig delaktiga och välinformerade är ständigt pågående. Sammanställningar av enkäter genom åren visar att detta är ett område som kräver ständig fokus för att uppnå ett bra resultat d v s att patienter känner sig delaktiga och välinformerade. Trots bra resultat inom detta område 2016 kommer det fortsatt vara i fokus även 2017.

2016 års arbete inom dokumentation kommer att följas upp med journalgranskning under vårterminen 2017.

2017 års områden för fortbildning och kompetenshöjning hos personalen finns inom områdena kirurgi, neurologi och ortopedi.

Avdelningarna kommer också att fortsätta det goda samarbetet med remitterande kliniker för kunskapsutbyte genom bland annat auskultationsdagar.

Ett utbildningsprogram för våra undersköterskor kommer att tas fram som ett komplement och förtydligande av deras roll som rehabassistenter på Furuhöjden.

Egenkontroller och avvikelserapportering fortsätter och är ständigt föremål för utveckling gällande själva rapporterings- och återkopplingssystemet för att göra det enkelt, smidigt och tydligt att använda.