



Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet
20200217

Anna-Carin Ivarsson, Psykiatrijuksköterska och Biträdande verksamhetschef

Innehållsförteckning

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet...s.3

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet...s.4

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året...s.4

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet...s.5

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten...s.6

Rutiner för händelseanalyser...s.7

Informationssäkerhet...s.7

Samverkan för att förebygga vårdskador...s.8

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter...s.8

Sammanställning och analys...s.9

Samverkan med patienter och närstående...s.11

Resultat...s.11

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Boendet Skåningegård Omsorg är en privatägd verksamhet inom LSS personkrets 1 och 2. Boendet består av ett serviceboende med 14 separata lägenheter och 2 gruppboenden med vardera 6 platser, det senast uppförda Jansboendet öppnades i augusti 2019.

Skåningegård arbetar för att de som bor där ska ha en trygg och säker tillvaro i en lugn och harmonisk lantlig miljö där personalen har kompetens för att utföra ett patientsäkert arbete med ett professionellt bemötande. Verksamhetens vision är att skapa *god livskvalitet för alla utifrån varje individs behov*. Det medför att personalen måste vara flexibla och ständigt arbeta utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv för att kunna bemöta varje individs olika behov för att en god livskvalitet ska uppnås.

Mål för patientsäkerhetsarbetet:

Förbättra arbetsmiljön så att entusiasm och arbetsglädje genomsyrar arbetet.

Förbättra dokumentationen i det nyligen införda dokumentationssystemet Safedoc.

Läkemedelsgenomgång av samtliga boende genomförs av Skåningegårds patientansvarige läkare minst en gång per år.

Fortsatt arbete med avvikelshanteringen.

Kompetensutvecklingsplaner ska upprättas för all fast anställd personal. Generella utbildningar för all personal ska genomföras angående läkemedel, hygien, lågaffektivt bemötande, hjärt- och lungräddning och rutingenomgångar.

Utbildning i dokumentation hålls i början på 2020.

Starta separata boenderåd i de tre boendegrupperna.

Upprätta riktlinjer och rutiner för nutrition, tandhälsa, medicintekniska produkter och skyddsåtgärder

Vi fortsätter att ta in handledare i de ärenden som är särskilt svåra, för att öka kompetensen och trygga arbetsmiljön och patientsäkerheten.

Screening genom självskattning av vårdhygien i patientnära arbete ska utföras två gånger per år.

Komplettera och revidera årshjulet i kvalitetsledningssystemet.

Tandvården ska kontaktas för utbildning av personal i munhygien.

Ett nära samarbete mellan den nya verksamhetschefen, sjuksköterska samt undersköterskor/boendestödjare kommer att leda till en säkrare vård för de boende.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamheten Skåningegård omsorg AB leds av en verkställande direktör. Styrelsen skall säkerställa att chef och medarbetare besitter kompetens för att utföra patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefen (§29) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård.

Samarbetet mellan dåvarande verksamhetschef och ledning upphörde i slutet av 2019, då verksamhetens mål och kvalitet, inklusive arbetet med hälso- och sjukvård, inte nådde önskad nivå.

Ny verksamhetschef anställdes i december 2019 och kommer att börja i verksamheten i februari 2020.

Ny gruppchef för serviceboendet och Jansgård anställdes i augusti 2019.

Sjuksköterskan på boendet är biträdande verksamhetschef samt gruppchef för Ainagården och daglig verksamhet. Tillsammans med patientansvarig läkare (PAL), medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschefen ansvarar sjuksköterskan för patientsäkerheten. Det är sjuksköterskan som i första hand tar emot synpunkter på patientsäkerhetsarbetet.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Rutiner styrs utifrån policys och riktlinjer och arbetas fram av sjuksköterska, MAS samt verksamhetschef.

En gång per år genomförs en boendeenkät som är lätt för alla att gå igenom, med frågor om bland annat trivsel och bemötande, med glada och missnöjda gubbar.

I medarbetarenkät som också genomförs årligen kommer personalens synpunkter fram.

MAS har gjort en kvalitetsuppföljning 2019 genom en kvalitets- och patientsäkerhets enkät.

Indirekt egenkontroll har gjorts genom avvikelssystemet där sjuksköterska kontinuerligt går igenom alla avvikelser som rör HSL. De mest utmärkande avvikelserna har diskuterats på APT för att analysera vad som gått fel och vad som behöver förbättras. Boendets sjuksköterska går igenom samtliga signeringslistor varje månad för att se vilken följsamhet som finns i läkemedelsbehandlingen. Man kan där se att det finns vissa brister i att personal glömt att ge medicin och ibland glömt att signera.

Diabeteslistor går igenom varje månad för att säkerställa att patienterna ligger på adekvat blodsockernivå samt att insulin ges som det ska. Här ser man att personalen är mycket noga med att ta blodsocker samt signera givet insulin. Inga avvikelser har förekommit kring detta under året.

Ett anmälningsformulär har framarbetats där anhöriga och utomstående kan lämna sina synpunkter på verksamheten.

Skyddsronnd utförs två gånger per år.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

Fortsatt implementering av det digitala kvalitetsledningssystemet, Sharepoint, har lett till en tydligare struktur på informationsöverföringen där alla lagar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner ligger lätt tillgängliga för alla medarbetare.

Avvikelsesystemet har förbättrats och är nu enkelt att använda och det går att följa avvikelser i analys och uppföljningsdel.

Införandet av ett nytt dokumentationssystem har påbörjats i december 2019. Dokumentationsstödjare har utsetts på varje enhet. All omvårdnadspersonal har fått utbildning av hur den löpande sociala dokumentationen ska genomföras och alla genomförandeplaner har reviderats. HSL-dokumentationen skickas till sjuksköterskan via den så kallade HSL-rapporten och sjuksköterska ansvarar för att sammanfatta och lägga in det som skrivs i HSL-rapport i HSL-journalen. Lathundar har gjorts för detta.

En ledarskapsutbildning pågår under en tvåårsperiod för hela ledningen i företaget, vilken kommer att vara genomförd i slutet på 2020. Biträdande verksamhetschef, tillika sjuksköterska har gått en utbildning i arbetsmiljöarbete samt i arbetsrätt.

Skåningegård har under året haft en stor tyngdpunkt på arbetsmiljöarbetet genom att gå igenom samtliga generella och individuella riskanalyser med handlingsplaner till dessa. Rutiner för att identifiera nya risker har införts. Alla genomförandeplaner har gått igenom enligt rutin. Alla boende har uppdaterade arbetsinstruktioner. Samtlig personal på boendet har tagit del av arbetet. Arbetsmiljöarbetet sker löpande genom träffar i arbetsmiljögruppen som består av ledning, sjuksköterska samt personal från samtliga boenden.

Utbildning i låg affektivt bemötande har planerats under 2019 då två omvårdnadspersonal har gått instruktörsutbildning. Utbildning till övrig personal kommer att genomföras under våren 2020.

Utbildning om läkemedel och diabetes har hållits i samband med att ny personal får delegering samt på APT om ny medicin satts in. Sjuksköterska har egen tid på APT på varje enhet för att ta upp aktuella medicinska frågor.

MAS har haft en utbildningsdag i maj om hygien, aktuella lagar, hjärtstopp och läkemedel.

Handledning av psykiatrin har satts in vid ett svårt fall där man behövde handledning kring en enskild person med Alzheimers sjukdom.

En indragning av delegering har skett på en personal då hen tog bort signeringslistor som sjuksköterska hade upprättat, och satt dit nya listor som hen vill ha dem. Detta ledde till osäkerhet och att annan personal gav medicin som inte stod med på läkemedelslistan.

Ett nytt gemensamt läkemedelsskåp har införskaffats för läkemedel som tillhör de boende där det inte är lämpligt att de har sina läkemedel i sina lägenheter. Undantag kommer i februari 2020 att dokumenteras i varje enskild journal om varför de ej bör ha läkemedel i sitt hem.

Vårdskador gällande nutrition har vi förebyggt genom en Hälsoskola i daglig verksamhet där sjuksköterskan är involverad. Hälsosamtal med varje boende gällande kost, motion och livsstil har genomförts.

Anhöriga får vara med vid uppföljningar av hemkommunerna och om så önskar planeras anhörigmöten in. Sjuksköterska informerar anhöriga fortlöpande om patienternas hälsa och medicinska förändringar.

Rutiner för apodos- och narkotikahandtering, riktlinje och rutin för hjärtstopp, rutin för nattarbete, rutin för delegering samt rutin för utbildning i vårdhygien har upprättats.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Boende- och medarbetarenkäten genomförs årligen.

Kvalitets- och patientsäkerhetsuppföljning utförs av MAS en gång per år.

Ständig bevakning och analys av uppkomna avvikelser görs och tas upp med den enskilde i det fall det gäller samt i samband med APT för analys samt förbättringsförslag.

En arbetsmiljögrupp träffas fyra gånger per år och går igenom verksamheten.

Skydds rond görs två gånger per år då verksamhetschef, arbetsmiljögrupp bestående av personal från boendets samtliga enheter, sjuksköterska, fastighetsskötare samt skyddsombudsman deltar.

En schemagrupp träffas var tredje månad samt vid behov för att gå igenom hur det fungerar med arbetsscheman kring patienterna.

Uppföljningsmöten sker med patienternas hemkommuner två gånger per år där man går igenom patienternas situation, funktion, utveckling samt mående.

Läkarrond sker en gång per månad där sjuksköterska och psykiater deltar. Vid behov är även verksamhetschef med.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Om en vårdskada uppstår eller skulle kunna uppstått görs omedelbart en händelseanalys av sjuksköterska. Om sjuksköterskan själv eller delegerad omvårdnadspersonal är inblandad utreds händelsen av MAS. Om en allvarlig vårdskada uppstår eller kunde ha uppstått görs utredningen av MAS och händelsen lex Maria anmäls till IVO. Det är SKR:s analysmetod för risk och händelseanalyser som används.

Om ett missförhållande uppstår görs utredningen av verksamhetschef och VD. Sjuksköterskan och MAS utgör då en rådgivande roll. Om missförhållandet bedöms som allvarligt görs en Lex Sara anmälan till IVO.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

1. De uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse

Arbetet med egenkontroller gällande informationssäkerhet har fortsatt under året. Under 2019 kom GDPR att implementeras i egenkontrollen som genomförs två gånger per år.

2. De riskanalyser som har gjorts

Vi har genomfört riskanalyser utarbetade av Datainspektionen och säkerställt arbetet med vissa personuppgifter. Det vi vidtagit är att vi lösenordskyddat i större utsträckning samt behörighetsstyr i högre grad gällande åtkomst till känslig information.

3. De åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse

Skåningegård har under året fortsatt arbetet gällande informationssäkerhet genom ledningssystemet. Genom en hållbar ledningsstruktur kan vi arbeta med informationssäkerhet på ett strukturellt och systematiskt sätt.

4. Den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Vi har anlitat en extern part, Nordlo, där vi skyddar samtlig information via deras servrar. All dokumentation och annan känslig information är lösenordskyddad och behörighetsstyr. Uppmaning till samtliga medarbetare om att logga ut från dator i samband med att den lämnas.

5. Den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Det har utförts viss journalgranskning under 2019 men den behöver fortfarande bli bättre, vilket fortfarande är ett prioriterat utvecklingsområde under kommande år. Det nya dokumentationssystemet införs nu 2020-01-01 och kommer att underlätta för granskning av journalföring.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §

Skåningegårds sjuksköterska samverkar med psykiater som är anställd på boendet. Psykiatern besöker boendet regelbundet, minst en gång per månad. Läkemedelsgenomgångar görs 1–2 gånger per år. Psykiatern finns att nå för boendets sjuksköterska dagtid, vardagar.

MAS arbetar tillsammans med boendets sjuksköterska för att förbättra och säkra allt som gäller HSL på boendet. MAS kommer att göra uppföljning på boendet en gång på våren samt en gång på hösten, 2020 på grund av införandet av det nya dokumentationssystemet.

Sjuksköterska samverkar även med den vårdcentral som de boende tillhör och med specialistpsykiatrien kring de boende som har fast vårdkontakt där. Kontakt med vårdcentralen sker vid behov och kontakt med fast vårdkontakt inom psykiatrien sker regelbundet. (få in andra mottagningar).

Tandhygienist besöker boendet varje år och bedömer tandstatus.

Fotvårdsspecialist kommer till boendet vid behov och gör fotvård på de boende.

Sjuksköterska och verksamhetschef tittar tillsammans med all personal på vilka risker som finns för vårdskador för de boende.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Verksamheten har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål. Alla medarbetare har kunskap om vår hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att direkt rapportera ett klagomål. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast till berörd part. Verksamhetschef och legitimerad personal informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till VD, MAS och uppdragsgivare. Även godman/företrädare kontaktas i de fall

det är aktuellt. Det viktigaste är att ansvarig chef har en direkt kommunikation med berörda.

Personalen har kunskap om och ansvarar för att rapportera genom att skriva avvikelser. Verksamhetschef får samtliga avvikelser och sjuksköterska får alla som berör HSL. En bedömning görs av respektive ansvarig om akuta åtgärder måste vidtas. Avvikelseerna besvaras i Sharepoint och man arbetar sedan vidare med dem på APT och i arbetsmiljögruppen. Om allvarliga händelser inträffar kontaktas MAS

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning av de avvikelser som skett under året.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Boendet har tre patienter med ÖPT. Deras domar tas återkommande upp i rätten enligt lag. Två av dem har en fast vårdkontakt i öppenvården på rättspsykiatri i Växjö som hen har regelbunden kontakt med. Inga avvikelser finns på de patienterna avseende medicinering eller hot och våld. Den andra patienten som har ÖPT har sjuksköterska telefonkontakt avseende medicinering med patientens behandlande klinik i sin hemkommun. De kommer också till boendet för uppföljning två gånger per år.

Antalet avvikelser gällande hälso- och sjukvård under året var 70 st. De olika kategorierna var:

1. Medicinering, 53 st, med underkategorier

-Missad medicingivning, 18 st.

-Missad signering, 15 st.

-Upphittade läkemedel, 11 st.

-Överdoser, 1 st.

-Fel datum på dospåse men rätt medicin given (rätt datum saknades), 1 st.

-Morgonmedicin samt 14-medicin given på morgonen, 1 st.

-Fel i dosett, 2 st.

-Saknad dospåse, 2 st.

-Flera p-pillerkartor påbörjade, 1 st.

-Slut på inhalation hos boende vid ordinerad tid, 1 st.

2. Personalen slutat kontrollera blodsocker, 1 st.

3. Sjuksköterska ej meddelad om sjukhusbesök och medicinändring, 1 st.

4. Personal ej noterat att boende ska ha injektion, 1 st.

5. Självskadebeteende, 2 st.

6. Olåst medicinskåp, 7 st.

7. Fall, 3 st.

8. Externa avvikelser, 2 st.

Vi valde att ta bort att skriva avvikelser på de boenden som har frivillig medicinering inte tog sin medicin, vilket gjorde att avvikelserna gällande medicin minskade med hälften.

En medicintavla gjordes som ett förbättringsarbete i början på året och i och med det minskade både antalet missade medicintillfällen samt missad signering.

Antalet upphittade läkemedel ökade i och med att en person med demens flyttade in som ibland spottade ut mediciner på golvet. Där hade vi läkarkontakt och fick tillåtelse att krossa medicinerna.

Saknade dospåsar rapporterades till Apotekstjänst.

Personalen som slutat kontrollera blodsocker kallades till samtal med sjuksköterska och förklarade att de inte hade boendes medgivanande till kontroll. Sjuksköterska kontaktade vårdcentralen som meddelade att boendet inte behöver fortsätta kontrollera blodsocker mer än vid behov och att det skulle göra bedömningar utifrån långtidsvärden av blodsocker, på vårdcentralen istället.

Personalen går igenom läkemedel enligt rutin varje månad och det har lett till att man mer sällan behöver beställa medicin akut eller åka till apoteket.

Vid ett av fallen som rapporterats har det lett till sjukhusbesök via ambulans med många påföljder och två externa avvikelser till Centrallasarettet.

Då det kom fram att medicinskåpen stått olåsta vid ett flertal tillfällen och att det berodde på otillräckliga lås på själva skåpet, ordnades nya medicinskåp hos alla personer på det gruppboendet det gällde, och medicinerna flyttades dit.

Då en överdosering gjordes var det av ett preparat som man kan köpa receptfritt på apoteket som gavs och man hade inte tittat på ordinationen. Det bestäms att de läkemedel som finns bland den boendes läkemedel ska finnas på läkemedelslistan och om det inte finns ska sjuksköterska kontaktas.

Vid kontroll av narkotiska preparat där det sakades medicin, visade det sig att man hade glömt signera på vidbehovslistan.

MAS medverkan vid utbildning av personalgruppen gjorde att personalen bättre förstod sjuksköterskans roll och skyldigheter och att vikten av arbetet med hälso- och sjukvård blev tydligare.

Handledningen från Äldrepsykiatriska enheten gällande en dement boende ledde till utökad kunskap och trygghet hos personal, vilket gjorde säkerheten större i arbetet med den boende.

Inga synpunkter har inkommit från utomstående vad det gäller hälso- och sjukvården kring de boende.

Det har inte gjorts några IVO-anmälningar under året.

Inga Lex-Maria eller Lex Sara anmälningar har gjorts under året.

Apodoserna har varit kompletta vid varje leverans efter införandet av återkommande kontroller av dessa.

Sjuksköterskan behöver under kommande år avsätta tid till att utföra egenkontroller och säkerställa att personalen har rätt verktyg för att utföra ett patientsäkert arbete. Verksamhetschef ansvarar för att göra detta möjligt.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna har tillsammans med sina närstående möjligheter att påverka patientsäkerhetsarbetet vid varje uppföljning och anhörigträff. Sjuksköterska och läkare (via sjuksköterska) finns tillgänglig på telefonen för att informera och diskutera vård och behandling. Läkare har telefonsamtal samt träffar anhöriga vid önskemål.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Jansgård öppnades 1/9 med ytterligare 6 vårdplatser. En ny gruppchef anställdes i och med det vilket resulterat i att vi nu är fler som samarbetar.

En medarbetarenkät gjordes under 2019 där man uppfattade samarbetet med varandra och sjuksköterska som gott medan samarbetet med ledningen som mindre bra. Man uppfattar att man har tillräckliga kunskaper för att utföra sitt arbete men att tiden inte alltid räcker till.

Resultatet av MAS kvalitetsuppföljning blev fem punkter med förslag på åtgärder:

- Sjuksköterska på boendet behöver förstärkning vid införandet av det nya dokumentationssystemet.
- Mallen för riktlinjer och rutiner behöver bli tydligare när det gäller vem som ansvarar för dokumentet.
- Avvikelsesystemet behöver utvecklas så att man ser varje boende inom bolaget för sig.
- Utsedda dokumentationsstödjare bör träffas regelbundet för att följa upp hur dokumentationen fungerar.
- Samtliga riktlinjer och rutiner inom HSL bör gås igenom och revideras.

Det har framkommit vid de regelbundna uppföljningarna att patienternas hemkommuner är mycket nöjda med vården som bedrivs på Skåningegård.