



Handläggare

Elisabeth Norberg
0152-295 70

Patientsäkerhetsberättelse Vård och omsorg, Socialnämnden 2018

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att

1. anta patientsäkerhetsberättelse år 2018.

Beskrivning av ärendet

Vårdgivaren socialnämnden i Strängnäs kommun är enligt 3 kap 1 § PSL ansvarig för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

God vård inom hälso- och sjukvården inom socialnämndens ansvarsområde i Strängnäs kommun skall baseras på: kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, jämlik och tillgänglig vård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att vård och omsorg uppfyller systematisk vårdprevention vilket innebär att skador i vården kan undvikas. Alla patienter garanteras en säker och lika vård. För att uppnå detta har det förebyggande arbetssättet varit präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat. Flera förbättringsområden kvarstår 2019.

Ekonomiska konsekvenser för kommunen

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser för kommunen.

Övriga konsekvenser

Beslutet medför inga övriga konsekvenser.

Uppföljning

Patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen av Medicinskt ansvarig sjuksköterska, nästa tillfälle senast 2020-03-01.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse år 2018, daterad 2019-01-23.



Beslutet skickas till

-

Agneta von Schoting
Kontorschef

Pia Kjaersgaard
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



STRÄNGNÄS KOMMUN

Patientsäkerhetsberättelse

År: 2018

Pia Kjaersgaard
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

2019-01-23

Dnr/SN/2019:56

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
SAMMANFATTNING	3
Bakgrund	3
Syftet.....	3
Resultat.....	3
Slutsats	3
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR ÅR 2018	4
Mål:.....	4
Strategier:.....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
Kvalitetsregister Senior alert.....	6
Kvalitetsregister Svenska palliativ registret	7
Kvalitetsregister BPSD registret	7
Demensvård.....	7
Läkemedelsgenomgångar	8
Basal hygien rutiner och klädregler	9
Svenska HALT.....	9
Delegering.....	10
Nattfasta på SÄBO.....	10
Uppföljning genom egenkontroll	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risakanalys.....	12
Informationssäkerhet.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	13
Avvikelse	13
Klagomål och synpunkter	14
Samverkan med patienter och närstående	14
Resultat sammanfattning 2018	15
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR ÅR 2019	16
Mål:.....	16
Strategier:.....	16

Sammanfattning

Bakgrund

Vårdgivaren socialnämnden i Strängnäs kommun är enligt 3 kap 1 § PSL ansvarig för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

Syftet

För att kunna följa upp patientsäkerhetsarbetet beskrivs arbetet i en årlig patientsäkerhetsberättelse. Den skall redogöra för hur Strängnäs Kommun har arbetat med patientsäkerhet, vad som har gjorts och vilka resultat som uppnåtts.

Resultat

Patientsäkerhetsberättelsen belyser patientsäkerhet inom verksamhetsområdena funktionsnedsatta, ordinärt boende samt särskilt boende, både på enhetsnivå och på en central nivå. Detta arbete utvecklas ständigt som till en naturlig del av enheternas vardag. Resultatet visar bland annat:

- Införande av KVÅ: Införandet började hösten 2018 och under 2019 fortsätter projektledaren som med att hålla införandet med det nya journalsystemet hälsoplan i Treserva.

Slutsats

Medicinskt ansvarig sjuksköterska bedömer att vård och omsorg uppfyller systematisk vårdprevention vilket innebär att skador i vården kan undvikas. Alla patienter garanteras en säker och lika vård. För att uppnå detta har det förebyggande arbetssättet varit präglat av struktur, systematik och synliggjorda resultat. Flera förbättringsområden kvarstår 2019. Se övergripande mål och strategier 2019

Övergripande mål och strategier för år 2018

Mål:

God vård inom hälso- och sjukvården i Strängnäs kommun.

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- Säker
- Individanpassad
- Jämlik
- Tillgänglig

Strategier:

- Införande av KVÅ, klassifikation av vårdåtgärder. En åtgärdskod är en kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård.
- Planering för utbildning för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inför införandet av KVÅ under hösten 2018.
- Utveckla interna och externa arbetssätt inom ramen för ”trygg och effektiv utskrivning från slutenvården”.
- Inom särskilt boende utveckla arbetet mellan enhetschefer, leg. personal och omvårdnadspersonal för att implementera ”rutin för att minska nattfasta och undernäring”.
- Planering att införa centralt kostråd.
- Fortsatt teamsamverkan för att underlätta vårdpreventivt arbetssätt för kvalitetsarbetet mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.
- Fortsatt kvalitetsarbete med bedömning, åtgärder och uppföljning utav munhälsa i kvalitetsregister Senior alert.
- Fortsatt kvalitetsarbete inom kvalitetsregister BPSD registret.
- Fortsatt kvalitetsarbete inom kvalitetsregister Palliativ registret för vård i livets slut.
- Fortbildningsinsats för arbetsterapeuter och sjukgymnaster i förflyttningar med personlyft.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Arbete med ett strukturerat ledningssystem för kvalitet inom hälso- och sjukvården med riktlinjer och rutiner, har pågått från 2017 och 2018. Detta arbete beräknas även vara en del av 2019 års patientsäkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvårdsmöten har hållit för legitimerad personal 2 gånger per termin, där genomgång av riktlinjer samt nya arbetsätt har gått igenom och diskuterats. Hälso- och sjukvårdsmötena har hållits av verksamhetschef vård och gemensamma insatser och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset. Det gemensamma arbetet med samverkan startade 2017 med fortsättning under 2018 mellan myndighet och bistånd, hemsjukvård samt vårdcentralerna inom Strängnäs kommun, utifrån de nya riktlinjerna för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland. Det har tydliggjort patientsäkerhetsarbetet mellan vårdcentralerna i Strängnäs kommun och socialkontorets verksamheter, bland annat med verksamheten vård och gemensamma insatser.

Ny modul till vårddokumentationssystemet Treserva har upphandlats. Modulen innebär en övergång till ICF-terminologi för samtliga yrkeskategorier. Den möjliggör också att vi kan rapportera KVÅ-åtgärder till Socialstyrelsen enligt ny lagstiftning som träder i kraft 1 jan 2019. Under sen vår och höst har ett stort termarbete gjorts i de olika yrkesgrupperna under ledning av utsedd intern projektledare.

Patientsäkerheten har också stärkts genom att kontaktpersonerna för respektive brukare inom funktionshinderomsorgs gruppboenden, arbetar på ett strukturerat

sätt med brukarens genomförandeplaner. Man tar fram strategier och arbetssätt som minimerar ohälsa och risksituationer. Inom särskilt boende har personalen infört ett nytt arbetssätt med att fördela dagens arbete sinsemellan för att tydliggöra ansvar och säkerställa att patienternas samtliga behov blir tillgodosedda.

Enheten hemsjukvård och rehabiliterings rehabpersonal har under våren 2018 gett utbildning i manuella förflyttningar för omvårdnadspersonal i hemtjänst, särskilt boende, larm- och nattpatrull och LSS.

Under hösten blev utbildningarna pausade och planering sker av nya utbildningar under 2019.

Fr o m 2018 har enheten ansvar för introduktionsutbildning för sommarvikarier i manuella förflyttningar, förflyttningar med lyft samt ergonomi till omvårdnadspersonal i hemtjänst, säbo, larm- och nattpatrull samt personlig assistans. 2 ggr/termin träffas vårdcentralernas samordningssköterskor tillsammans med hemsjukvård & rehabiliterings distrikts- och sjuksköterskor i syfte att utarbeta gemensamma rutiner och att arbeta mer lika.

Under året har enhetens fysioterapeuter ansvarat för ergonomiutbildning till undersköterskestuderande på komvux vid 2 tillfällen.

Kvalitetsregister Senior alert

Vårdpreventivt arbetssätt stöds genom att med ett strukturerat arbete identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall, undernäring, trycksår samt att upptäcka ohälsa i munhålan. Uppföljning av åtgärderna görs efter bedömning eller 1 gång i halvåret.

Det vårdpreventiva arbetet med att arbeta strukturerat i team, där sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal ingår, har fortsatt under 2018 men med mindre intensitet jämfört med föregående år. Detta resulterar i en sämre kommunikation mellan rehabpersonal och omvårdnadspersonal. Senior alert bedömning används inte inom hemtjänsten. Munhälsobedömningar ROAG har genomförts men ej regelbundet. Ny utbildningsinsats inom munhälsobedömning planeras under 2019.

Kvalitetsregister Svenska palliativ registret

Registrering sker i kvalitetsregister palliativ registret för att kunna förbättra vårdkvalitén i livets slut. Arbetet inom kvalitetsregister palliativ registret har fortgått under 2019. Alla dödsfall registreras av sjuksköterska tillsammans med omvårdnadspersonalen i det palliativa registret. Kvalitetsindikationerna bland annat brytpunktssamtal för att förmedla vård i livets slut från sjuksköterska och läkare har inte uppfyllts och pekar på ett förbättringsområde inför 2019.

Kvalitetsregister BPSD registret

Registermöten hålls en gång i månaden för att genomgång av bland annat BPSD registret. Uppdatering sker regelbundet vid förändring eller vid inflyttning till särskilt boende. Bland annat har 4 stycken omvårdnadspersonal utbildat sig till administratörer samt 1 sjuksköterska.

Från bland annat Hammargården har arbete via BPSD registret synliggjort beteendestörningar och effekten av insatta omvårdnadsåtgärder. Hammargården har upprättat en rutin speciellt för arbetssättet för hur registrering och uppföljning görs i BPSD registret.

Fortsättning av att arbeta med kvalitetsregister BPSD behöver få ökad uppmärksamhet på enheterna, detta för att utveckla demensvården med omvårdnadsåtgärder.

Demensvård

Utökning av antalet demensvårdsplatser inom särskilt boende har genomförts under 2018 och planering av ytterligare demensvårdsplatser påbörjas under 2019.

Styrgrupp demens har återupptagits under 2018, där verksamhetschef för vård och gemensamma insatser är ansvarig och sammankallande. Styrgrupp demens har i uppdrag från socialchefen att utveckla demensvården inom Strängnäs kommun.

Demenssjuksköterskan har under 2018 haft flera olika uppdrag. Uppdragen har innefattat utbildningar i medvetet bemötande, demens, våld i nära relation/demens, åldrande/demens och autismspektrum, anhörigstödjande kunskap och värdegrund demens. Thomasgården, Hammargården, Riagården och Kristinagården har haft utbildningar av demenssjuksköterska.

Demenssjuksköterskan har vidare under 2018 haft kontinuerliga stödjande och

pedagogiska samtal, rådgivning, hembesök, deltagit på vårdplaneringar och utfört specifik handledning. Detta har skett i samverkan med flera olika personalkategorier: chefer, personal minnesteam, personal på geriatrikska/Mälarsjukhuset, omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal med flera.

Demenssjuksköterskan har deltagit i nätverksarbete tillsammans med Sörmlandsdemenssjuksköterskor och demenssamordnare för att bland annat verka för ett likvärdigt arbete utifrån evidens kring demensvården i Sörmland. Denna har deltagit på demensseminarium i Sörmland kring demensriktlinjer/program nationellt och i länet. Demenssjuksköterskan har samverkat med medicinskt ansvarig sjuksköterska gällande uppdatering av riktlinjer, rutiner och standardvårdplaner kring suicid, psykisk ohälsa, demens, BPSD och skydds- och begränsning. Demenssjuksköterskan har uppdaterat den lokala handlingsplanen för demens. Har deltagit på Silvia master Academy Day på Silviahemmet för att träffa och nätverka med andra specialister inom demensvården.

Demenssjuksköterskan har drivit så kallat "torsdagscafé" som är en mötesplats för personer med demens i tidigt stadium som en del av psykosocialt stöd och för att fånga upp fortsatt förebyggande stödbehov. Enskilda samtal har kontinuerligt hållits med demensdrabbade och deras familjer. Kontinuerliga träffar och samtal har hållits med Strängnäs kommuns blivande Silviasystrar för att stötta dem i deras arbete på respektive enhet samt i skolarbetet.

Läkemedelsgenomgångar

Alla patienter/brukare inom våra verksamheter där vi har ett hälso- och sjukvårdsansvar och som är över 75 år och äldre ska erbjudas en läkemedelsgenomgång. Enkel läkemedelsgenomgång utförs vid inskrivning inom hemsjukvården framför allt vid ett ansvarsövertagande av läkemedelshanteringen, samt vid inflyttning på särskilt boende. Årliga läkemedelsgenomgångar sker även för alla brukare med enkel läkemedelsgenomgång Enkel läkemedelsgenomgång betyder att genomgång utförs av sjuksköterska och läkare.

Vid fortsatta symtom initieras en fördjupad läkemedelsgenomgång där samverkar ansvarig läkare, apotekare samt sjuksköterska. Sjuksköterskans funktion blir att fånga upp och initiera till läkare om att en läkemedelsgenomgång kan vara aktuell.

Antal fördjupade läkemedelsgenomgångar 2018:

Sictoniagården 18 st

Kristinagården 0 st

Hammargården 17 st

Riagården 18 st

Isabellagården 2 st

Mariagården 0 st

Thomasgården 0 st

Hemsjukvården 1 st

Basal hygien rutiner och klädregler

Vid granskning av både kommunal hemtjänst och privat hemtjänst har resultatet visat på bra följsamhet till vårdhygieniska rutiner men att vissa förbättringsåtgärder finns. Exempelvis behöver följsamhet till klädregler följas. Uppföljning kommer att ske i maj 2019.

Vidare tas frågor om vårdhygien upp som punkt på dagordningen vid arbetsplatsträffar. Där diskuteras vårdhygien och basala hygienrutiner.

Möten genomförs med hygienombuden som finns på varje avdelning inom särskilt boende. Ett större utbrott av calici, vinterkräksjuka, på Sictoniagården skedde under hösten 2018, vilket föranledde att lokala rutiner vid caliciutbrott prioriterades att uppdateras.

Hygienrond med hygiensjuksköterska har genomförts på Kristinagården och Riagården. Hygienronden visade på att spoldesinfektorer saknas på Riagården. Trots detta visade hygienronderna på god följsamhet till vårdhygiens rekommendationer och rutiner.

Svenska HALT

Svenska HALT är Folkhälsomyndighetens återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige. Syftet är att stödja det förebyggande arbetet och sammanställningen

från Folkhälsomyndigheten är inte färdigställt vid tidpunkten för sammanställningen av detta dokument.

År 2018 var det första gången som de särskilda boendena i Strängnäs kommun var med.

Delegering

Inför delegering av omvårdnadspersonal använts den webbaserade utbildningsverktyget "Jobba säkert med läkemedel" framtaget av SKL (Sveriges kommuner och landsting). Efter genomförd utbildning erhålls ett diplom av kunskapstesten och tas med till delegeringstillfället hos sjuksköterska/distriktssköterska.

Omvårdnadspersonalen inom både särskilt boende och ordinärt boende samt inom funktionsnedsattas områden upplevs överlag att ha en högre kunskapsnivå inför delegeringar efter utförd webbutbildning.

Mål för antalet delegerade omvårdnadspersonal och personliga assistenter inte överstiger 30 personer/ distrikts-sjuksköterska.

Inom särskilt boende var medeltalet 20 delegeringar per sjuksköterska.

Antalet delegerade/distrikts- sjuksköterskor i hemsjukvård är i medeltal 21, median 27, range 12-49.

För sjuksköterskorna inom funktionshinderomsorgens boenden är medeltalet 52 delegerade. Totalt finns 153 aktuella delegeringar på 3 st sjuksköterskor.

Sjuksköterskorna inom funktionshinderomsorg har ett stort antal delegerad personal vilket gör att sjuksköterskorna svårt att utföra uppföljningar mm. Detta behöver ses över under 2019.

Nattfasta på SÄBO

Vid mätning av nattfasta inom särskilt som ska ligga under 11 timmar per natt och enskild person, visade resultatet för nutritionsrådets mätning att medeltiden var 12,04 och mediantiden 13,20. Vilket betyder att nattfastan ligger även under 2018 över 11 timmar. Under hösten 2018 har rutinen för nattfasta reviderats och att nattfastemätningen planeras att införas inom egenkontrollen under första halvåret 2019.

Planering är att brukare med extra behov av näring får mellanmål. Det kan vara hemgjorda näringsdrycker eller köpta näringsdrycker samt att dessa extra åtgärder även införs i genomförandeplanen av omvårdnadspersonalen.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Infektionsregistrering sker kontinuerligt. Rapport till Mas var 3:e månad. Egenkontroll på basalhygien rutiner genomförs med stickprovsundersökning. Narkotikakontroll sker 1 g/månad enligt rutin. Under andra halvåret 2018 upptäcktes ett större svinn av narkotika på Kristinagården, vilket även polisanmäldes och polisen påbörjade utredning. Polisen har inte kommit fram till något avgörande innan årets slut. Vidare har sjuksköterskorna inom SÄBO kontrollräknat varje vecka under hösten och svinnet av narkotika har upphört.

Kvalitetsgranskning av extern granskare från ApoEx och utförs 1g/år av då alla läkemedelsavvikelse går igenom och vid behov lämnas förbättringsförslag.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkare från vårdcentralen är knuten till särskilt boende och läkaren besöker särskilt boende enligt överenskommen lokal läkarmedverkan.

I teamet kring patient/brukare ingår omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal.

Sjukgymnast och arbetsterapeut kontaktas vid behov.

Trygghetslarm och nattpatrull samverkar med kommunens hemsjukvård. Där uppföljningar sker kontinuerligt om gemensamma brukare.

För fysioterapeuter/sjukgymnaster samt arbetsterapeutärenden har en rutin utarbetats under 2016, med att tillgängligheten har förbättrats via telefon. Rutinen har säkerställt och underlättat prioriteringsarbetet. Denna rutin har implementerats och förankrats under 2017. Under hösten 2018 har rehabronder

dragit ned, vilket resulterat i sämre kommunikation mellan rehabpersonal och omvårdnadspersonal framförallt på Sictoniagården.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För att undvika att patienter drabbas av vårdskador måste personalen som arbetar i vården tänka och arbeta riskmedvetet och förebyggande. Personalen behöver ligga steget före. Det handlar om att vara beredd på det oväntade, även när allt ser ut att löpa som planerat. Personalen behöver känna till de vanligaste riskerna och veta varför de uppkommer. Personalen måste också veta hur de tidigt identifierar och hanterar risker, vilka arbetssätt som ger goda resultat och varför avvikelser uppstår. Under sommaren 2018 har detta arbete intensifierats

- Risk Värmebölja
- Risk Basala hygienrutiner vid magsjuka om ej följs
- Risk Om alla ej gör lika ex. när handlingsplan gjord
- Risk för bristande kompetens vid vård av demenssjuka
- Risk för bristande kompetens och okunskap om dokumentation i SoL och HSL

Risakanalys görs bland annat utifrån patientsäkerhetsperspektiv vid större förändringar, t.ex. när arbetssättet ändrades se första kapitlet, och vid schemaförändringar för omvårdnadspersonal. I dessa fall görs risakanalysen via KIA-systemet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för hantering av individuell information inom sitt verksamhetsområde.

För att säkerställa att personuppgifter i socialkontorets verksamhetssystem Treserva, nationell patientöversikt (NPÖ) samt Prator behandlas enligt gällande lagstiftning och god sed skall regelbundna kontroller av händelseloggar utföras enligt stickprovmodell. Händelselogg är en kontinuerlig förteckning, registrering över alla händelser i verksamhetssystemet. Utvärdering har inte visat på olämpligt användande.

Den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring med gällande vårdplaner har visat på god vård med dokumenterade vårdplaner. Vårdplanerna tar upp problemområde, uppföljning samt utvärdering av vården.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Sjuksköterskorna har arbetat aktivt med att informera personalen om hur och när en avvikelse ska rapporteras.

Fallavvikelser är den vanligaste avvikelsen och förebyggande arbete med bland annat registrering och riskbedömning i kvalitetsregister Senior alert görs. Antalet fall har även minskat sedan ett förbättringsarbete inom avvikelsehantering påbörjades 2015. Syftet var att få en mer noggrann inrapportering samt en effektivare hantering av avvikelsestatistik på enhets- samt verksamhetsnivå. År 2015 var antalet fallavvikelser 1860 st och för år 2017 var antalet avvikelser 1515 st. År 2018 visar på 1511 st fall och arbete med teamsamverkan för vårdpreve

Antalet avvikelser med läkemedel inblandat uppgår till 873 st, vilket kan redogöras med att antal doser under ett år uppgår inom exempelvis särskilt boende med ca 400 000 stycken. Utebliven dos är den vanligaste läkemedelsavvikelsen och förbättringsarbete sker via kvalitetsråden inom enheterna. Kvalitetsråden består av enhetschef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Exempelvis har Hammargården med sitt kvalitetsarbete fått ned antalet läkemedelsavvikelser från år 2017 från 247 st, till 174 st.

Alla avvikelser rapporteras och skrivs in i avvikelsemodulen i datajournalssystemet Treserva. Avvikelsen görs av den som upptäcker avvikelsen, denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori. Allvarliga avvikelser rapporteras direkt till MAS. Avvikelsen följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterska bearbetar avvikelsen och gör en analys om vad som skett. Analys görs också vid läkemedelsavvikelse – stress, missförstånd eller att rutiner inte har följts.

Vid ett fall görs analys om orsak, yttre påverkan eller om hjälpmedel varit inblandat osv. Inom 4 veckor efter inflyttningen görs riskanalys av bl a Down

Town Fall index, där ser man hur stor risk det är för ett fall och åtgärder vidtas och utvärderas, detta kan ske även med andra yrkeskategorier.

Kvalitetsrådet diskuterar avvikelserna och analyserar orsaker, dessa tas även upp i berörd arbetsgrupp. Enhetschef följer upp och avslutar alla avvikelser.

Enhetschef och sjuksköterska för en diskussion på APT (ArbetsPlatsTräffar) angående avvikelser – återkoppling – uppföljning.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som inkommer från patienter och anhöriga besvaras av enhetschef.

Klagomål som inkommer via patientnämnd eller socialstyrelse besvaras av verksamhetschef och MAS. En utredning av händelsen påbörjas snarast och återkopplas till den enhet som berörs. Patient, anhöriga, patientnämnden eller socialstyrelsen får återkoppling/analys efter utredning. Under 2018 har medicinskt ansvarig sjuksköterska träffat patientnämnden för att utveckla samarbetet.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inskrivning och årlig individuell vårdplanering inbjuds patient och i många fall även närstående för att planera omvårdnaden. För att förebygga vårdskador informeras om kvalitetssäkringsarbetet i kvalitetsregister Senior alert och hur personalen tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår samt vårdrelaterade infektioner.

Samverkan sker även internt med resursteamet som består av demenssjuksköterska och demenssamordnare inom demens, för att skapa dialog och hitta lösningar för bemötande och aktiviteter av personer med demens och psykisk ohälsa.

Resultat sammanfattning 2018

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

- Demenssjuusköterska och demenssamordnare har inom demensvården genomfört kompetenshöjande utbildningar för omvårdnadspersonal samt sjuusköterskor.
- Utbildning inom BPSD registret har genomförts under 2018.
- Alla enheter inom särskilt boende och hemsjukvård arbetar aktivt med kvalitetsregister Senior alert och Palliativ registret.
- Regelbundna enkla läkemedelsgenomgångar 1 gång per år samt vid receptförnyelse har genomförts. Med att sjuusköterska initierat fördjupande läkemedelsgenomgångar har gjorts inom 3 särskilda boenden, saknas inom övriga samt hemsjukvården.
- Tillgång till läkare och sjuusköterska finns dygnet runt.
- Klagomål som inkommer från patienter och anhöriga hanteras av enhetschef och/eller MAS.
- Fortsatt hög andel delegeringar för sjuusköterskorna, vilket försvårar sjuusköterskornas uppföljningsansvar för delegerad personal.

Övergripande mål och strategier för år 2019

Mål:

God vård inom hälso- och sjukvården i Strängnäs kommun.

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- Säker
- Individanpassad
- Jämlik
- Tillgänglig

Strategier:

- Förnyad teamsamverkan för att förbättra resultaten inom vårdprevention
- Utveckla samverkan mellan sjuksköterska och läkare inom palliativ vård för att förbättra brytpunktsamtal.
- Utveckla samverkan mellan sjuksköterska, läkare och apotekare för fördjupade läkemedelsgenomgångar.
- Fortsatt arbete med implementering av KVÅ koder (klassifikation av vårdåtgärder) inom modul hälsoplan i verksamhetssystem Treserva
- Utveckling av ICF dokumentation inom hälso- och sjukvård, vilket gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell.
- Svenska HALT, följa utvecklingen av Folkhälsomyndighetens återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende.