

# Patientsäkerhets- berättelse för Stiftelsen Sommarsol

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-05-25

Titti Unosdotter

VD och Verksamhetschef

---

## **Innehållsförteckning**

<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>Övergripande mål och strategier</b>	<b>4</b>
<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</b>	<b>4</b>
<b>Struktur för uppföljning/utvärdering</b>	<b>5</b>
Uppföljning genom egenkontroll	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Avvikelser	7
<b>Sammanställning och analys</b>	<b>8</b>
<b>Samverkan med patienter och närstående</b>	<b>8</b>
<b>Resultat</b>	<b>8</b>
<b>Övergripande mål och strategier för kommande år</b>	<b>9</b>

---

## Sammanfattning

Under 2014 har insatser genomförts eller påbörjats för:

- Utbildning i brand och prevention
- Utbildning i journalföring
- Förbättrad följsamhet till lagar och förordningar
- Säkrare läkemedelshantering
- Systematisk introduktion av all nyanställd personal
- Att personalen följer gällande kläd- och hygienregler.
- Ökad medverkan av gäst, närstående och ideella föreningar

Källor som analyseras är patientjournaler, avvikelserapporter, provtagning i badavdelning och i restaurangköket samt brandprov.

Alla medarbetare uppmuntras att skriva avvikelserapporter som syftar till att förbättra rutiner och öka säkerheten för gästerna. Gästernas synpunkter välkomnas. Avvikelse där gäst är inblandad protokollförs hur gästen eller närstående informerats, oftast direkt av VD.

Målgruppsundersökningar genomförs genom enkäter, individuella samtal med gästen samt gruppdiskussioner. Skyddsronder genomförs regelbundet och värdegrundskriterier diskuteras med medarbetarna vid utvecklingssamtalen. Stor vikt läggs vid egenkontroller på badavdelningen, i restaurangköket och för brandsäkerhet.

Det har utarbetats rutiner för att säkerställa att Sommarsols personal får nödvändig information om gästen redan innan gästen anländer. Läkemedelshanteringen har förbättrats och säkrats. Larmsystemet är utbytt och kompletterat med så kallade "talpuckar" som medger samtal mellan gäst och personal vid larm.

Rutinerna för avvikelser har arbetats om och i och med detta verkar antalet avvikelser ha minskat tillfälligt. Under vintern har mer tyngd lagts på rutiner och kännedom om vikten av att skriva avvikelser och detta har börjat ge effekt.

Patientsäkerhetsberättelsen publiceras i sin helhet på hemsidan och är därmed fullt tillgänglig för både gäster/patienter, närstående, vårdgivare och andra intressenter.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Säkerhetsarbetet ska vara en ständigt pågående process med hög delaktighet från både gäster och anställda. Personalens engagemang och delaktighet är nödvändig för att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet. Alla medarbetare ska ha förutsättningar och viljan att värna gästernas/patienternas säkerhet. Likaså är gästernas synpunkter och åsikter av stor vikt för att förebygga skador och tillbud. Genom att få in rapporter, förslag, klagomål eller synpunkter avseende verksamheten och dess kvalitet skapas förutsättningar för att utveckla och öka säkerheten i verksamheten.

Vi vill genom systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete ständigt säkra och förbättra vården i enlighet med krav som finns i regelverken. Detta ska vara en naturlig del för alla medarbetare i det dagliga arbetet. Vår kvalitetspolicy och vår värdegrund är framtagen och arbetet med att förankra den med våra medarbetare är igång. Vår värdegrund har sin utgångspunkt i de etiska principer som kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen och i socialstyrelsens föreskrifter för kvalitetsledningssystem och patientsäkerhet. Den utgör grunden för vårt gemensamma arbete med att säkra och utveckla verksamheten.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

VD har det övergripande ansvaret för att verksamheten håller en god kvalitet med hög patientsäkerhet, samt samordnar det övergripande patientsäkerhetsarbetet i verksamheten i samråd med ledningsgruppen (rehabchef, servicechef, ekonomichef samt verksamhetsutvecklare). Gruppen har dels egen kompetens i sina legitimerade yrke inklusive högskolestudier i Patientsäkerhet, samt externa stödfunktioner. Som stödfunktion nyttjas huvudsakligen läkare (egen konsult), hygienskötarska inom Region Skåne, Smittskydd Skåne, Räddningstjänsten, Anticimex samt avdelningen för Miljö och hälsa, Miljökontoret Ängelholms kommun. Medarbetarna ska kontinuerligt följa upp sitt arbete samt utföra risk- och preventionsbedömning i vård- respektive rehabarbetet.

Förutom linjeorganisationen återkopplar ibland betalningsansvariges organisation/verksamhet, exv. Biståndshandläggare, uttagningsläkare eller -kommitté, synpunkter eller klagomål från gäster. Utvärderingar görs även av vissa beställare och delges Sommarsol som ett av flera underlag för förbättringsarbetet.

---

## Struktur för uppföljning/utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Uppföljning och kontinuerlig mätning av viktiga parametrar i vården utgör grunden till att förändringsarbetet utvecklas. Det bedrivs en ständig utvärdering av verksamheten och dess patientsäkerhet via muntliga och skriftliga utvärderingar från gäster, genomgångar av avvikelserapporter samt utifrån egenkontroll.

Vårdskador, exempelvis trycksår och fall följs upp via rapportblanketter som lämnas till sjuksköterska. Journalgranskning, analys och sammanställning av resultaten görs regelbundet av sjuksköterska och läkare. Vid tillbud i bad, kök eller restaurang förmedlas informationen via respektive chef som själv ingår i ledningsgruppen.

Ledningsgruppen initierar vid behov åtgärder i samråd med till exempel läkare, sjuksköterska eller kock. Eftersom enheten har korta beslutsvägar och att samtliga medarbetare verkar inom samma byggnad kan åtgärder snabbt förmedlas till alla anställda.

En viktig förutsättning för att säkra den goda vården är att ständigt förbättra kommunikationen med våra samarbetspartners. Vi agerar i huvudsak på uppdrag av kommuner, landsting och regioner som är våra största och viktigaste samarbetspartners, men också på uppdrag av privata aktörer. I diskussionerna måste hela tiden gästens bästa och god säkerhet i vården vara vägledande. Alla medarbetare ska vara välinformerade om patientsäkerhetsarbetet och aktivt bidra till ett fortlöpande förbättringsarbete med stöd av ledningen.

### Uppföljning genom egenkontroll

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

Källor som analyseras är patientjournaler, avvikelserapporter, provtagning i badavdelning och i restaurangköket samt brandprov.

Patientjournaler granskas regelbundet av verksamhetsutvecklare som gör stickprov. Granskning kan också göras av sjuksköterska eller på teammöte. Loggkontroller i journalsystemet genomförs regelbundet av verksamhetsutvecklare.

Avvikelse rapporter granskas av ledningsgruppen enligt ovan.

Varje dag tas vattenprover från alla pooler, både manuellt och genom avläsning. Det fria klore, det bundna klore och det totala klorvärdet samt pH-värdet kontrolleras enligt gällande riktlinjer. En gång per månad sänds analyser på Heterotrofa bakterier 35°C och *Pseudomonas aeruginosa* till ackrediterat laboratorium.

Restaurangköket följer riktlinjerna för livsmedelshantering enligt Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP), för att systematisk

---

kontrollera att hälsofaror i verksamheten är under kontroll. HACCP-systemet är uppbyggt av en produkt- och hanteringsbeskrivning, flödesschema samt en faroanalys för råvaror och hanteringssteg.

Det utförs också brandlarmsprov en gång per kvartal av extern konsult samt att brandskyddsansvarig gör så kallad månadsprov en gång per månad enligt riktlinjer från Räddningstjänsten.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Målgruppsundersökningar genomförs genom enkäter, individuella samtal med gästen samt gruppdiskussioner.

Skyddsronder genomförs regelbundet och värdegrundskriterier diskuteras med medarbetarna vid utvecklingssamtalen.

Efter att ett antal gäster framfört synpunkter på att de träffade sjuksköterskan för sällan har rutinerna förändrats så att sjuksköterskorna aktivt tar kontakt med samtliga gäster dagligen. Varje gäst/patient får en kontaktsjuksköterska eller ansvarig sjuksköterska, som dels tar kontakt ett par veckor före vistelsen, tar emot vid ankomst, samt följer honom/henne under vistelsen. Läkemedels-hanteringen har ändrats så att undersköterskorna i större utsträckning och på delegation ansvarar för den rutinmässiga läkemedelsadministrationen för att bättre nyttja sjuksköterskornas tid. Omvårdnadspersonalen har börjat använda journalsystemet PMO för att säkerställa att de har tillgång till nödvändig information om gästerna. Resultatet av dessa förändringar kommer att kunna analyseras kommande år.

Brandskyddsansvarig personal finns utsedd som regelbundet tillsammans med extern konsult gör interna ronder där risken för brand och möjligheten till utrymning fortlöpande bedöms. Det har även förekommit "skarpa" övningar på gården då brandsläckare demonstrerats och provats. En gång per år inspekterar Räddningstjänsten hela brandskyddet. Det utförs också brandlarmsprov en gång per kvartal av extern konsult samt en gång per månad av brandskyddsansvarig. Brand och säkerhetsinformation är obligatoriska punkter vid nyanställning.

De utbildningar som i övrigt har erbjudits är hygienkunskap, hjärt-lungräddning, brandutbildning, fortbildning kring stroke, MS, Parkinson och post polio.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

I övergång mellan sjukhus och Sommarsol har det framkommit att överrapporteringen ibland varit alltför kortfattad och att utlovad

---

dokumentation aldrig kommit personalen tillhanda. Det har därför utarbetats rutiner för att säkerställa att Sommarsols personal får nödvändig information redan innan gästen anländer.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Avvikelser**

Målet är att alla avvikelser ska rapporteras och alla medarbetare uppmuntras att skriva avvikelse rapporter som syftar till att förbättra rutiner och öka säkerheten – utan fördömande attityd. Samtliga medarbetare har eget ansvar för att arbetet följer lagar och förordningar och håller hög kvalitet, samt att rapportera avvikelser som vederbörande observerar eller är delaktiga i. Medarbetarna ska kontinuerligt följa upp sitt arbete samt utföra risk- och preventionsbedömning i omvårdnads- respektive rehabarbetet. Syftet är att lära sig av misstagen och att hitta systemfel samt åtgärda och förebygga dessa.

Följande ska anmälas:

- fallskador under vistelse på Sommarsol
- förväxlingar, felaktiga förskrivningar, feldoseringar eller felexpedieringar av läkemedel
- utebliven eller fördröjd undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering
- felaktigt utförd undersökning, vård eller behandling
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande information till gäst eller närstående
- felaktig, otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personalen vid behandlande eller mottagande vårdenhet

### **Klagomål och synpunkter**

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

Det finns olika sätt för gäster och deras närstående att höra av sig med synpunkter och klagomål och deras synpunkter välkomnas. Kontakten kan ske via epost, telefon, enkäter samt via personlig kontakt. Synpunkter och klagomål kan även komma från personal, vårdgivare, samarbetspartners, myndigheter, föreningar och andra intressenter.

Före en rehabvistelse skickas utförlig information och kallelse hem till gästen. Ansvarig sjuksköterska ringer sedan upp gästen för att få information om särskilda önskemål eller behov. Vid ankomst till Sommarsol inbjuds gästen till ankomstmöte i grupp samt enskilt ankomstsamtal med ytterligare möjlighet att få och ge information, i syfte att underlätta kommunikationen och undvika missförstånd. I slutet

---

av vistelsen ombeds alla gäster att fylla i en enkät med specifika frågor om verksamheten samt gott om plats att skriva löpande text. Sommarsol äger också en facebook sida och både facebook och hemsidan tillåter kommentarer. På hemsidan ([www.sommarsol.se](http://www.sommarsol.se)) finns ledningen representerad med namn och kontaktuppgifter, samt kontaktuppgifter till reception och bokning.

Alla synpunkter, positiva som negativa återkopplas till VD och ledningsgrupp som beroende på ärende handlägger eller vidarebefordrar till berörd personal. Innebär ett klagomål ny rutin handläggs det som beskrivet ovan via ledningsgruppen.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Finns klagomål av väsentlig karaktär diskuteras dessa både internt som beskrivet ovan, och tas upp tillsammans med styrelsen och/eller dess ordförande. Under 2014 skedde en stor omorganisation av verksamheten med helt ny styrelse, ny VD och ny ledningsgrupp. Rutinerna för avvikelser har arbetats om och i och med detta verkar antalet avvikelser har minskat tillfälligt. Under vintern har mer tyngd lagts på rutiner och kännedom om vikten av att skriva avvikelser och vi ser nu att det har gett effekt.

Ett mindre antal avvikelser har inkommit under året; ett tiotal fallolyckor och ett par tillfällen då gästen inte fått sina läkemedel i tid samt att larmsystemet inte fungerat. Vid ett tillfälle fick en gäst uppsöka sjukvården efter ett fall pga en stroke, men i övrigt har ingen händelse bedömts som allvarlig. Vi har inte haft något att anmäla enligt Lex Maria under året.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Personalen på Sommarsol uppmuntrar gästerna att på gästenkäten skriva ner synpunkter och förslag. I de fall där närstående är gäst/besökare finns det möjlighet även för dem att delge sina synpunkter.

Patientsäkerhetsberättelsen publiceras i sin helhet på hemsidan och är därmed fullt tillgänglig för både gäster/patienter, närstående, vårdgivare och andra intressenter.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Patientsäkerhetsberättelsen för 2013 beskrev att patient-säkerhetsarbetet under 2014 skulle utvecklas genom öppna



---

diskussioner och uppföljningar av riskanalyser och händelser. Särskilt fokus skulle ligga på att minska antalet fallolyckor genom preventiva åtgärder, samt utbyte av larmsystem för att säkerhetsställa tillgängligheten. Detta har i stort sett uppfyllts men är svårt att helt mäta pga den stora omorganisationen, beskrivet ovan. Larmsystemet är dock utbytt och nu finns även sk. "talpuckar" som medger samtal mellan gäst och personal vid larm.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

För kommande år planeras ett mer strukturerat patientsäkerhetsarbete, genom att införa ett it-stöd för registrering av avvikelser, ökad kompetens i risk- och händelseanalys, samt ökat fokus på varje medarbetares skyldighet att rapportera avvikelser. It-stödet kommer också att underlätta återkoppling till anmälaren och/eller gästen, samt att det funktionellt går att följa/dokumentera att detta är gjort.

De mätningar som utförs i verksamheten ska utvecklas ytterligare. Gästernas upplevda vårdkvalitet kommer att fortsättningsvis utgöra grunden för god vård och gästenkäterna kommer att omarbetas och förbättras.

Ett ökat samarbete med avdelningen för Miljö och hälsa, Miljökontoret Ängelholms kommun har inletts och en badmästare har anställts i syfte att förbättra hygien vid badavdelningen.

Ledningen kommer att prioritera fortbildning för all personal och då även utbildning i patientsäkerhetsfrågor. Medarbetarna kommer att ytterligare stimuleras att registrera incidentrapporter som har som viktigaste syfte att göra vården säkrare utan för stort fokus på enskilda individers arbete. Det mest avgörande inför framtiden är att bevara den goda arbetsmiljön som byggts upp och att stödja medarbetarna i det högkvalitativa patientfokuserade arbete som utförs.