

Patientsäkerhets- berättelse för Stiftelsen Sommarsol

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-03-01

Titti Unosdotter

VD och Verksamhetschef

Innehållsförteckning

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

Sammanfattning

Under 2016 har insatser genomförts eller påbörjats för:

- Utbildning i brand och prevention samt journalföring
- Ökad följsamhet till lagar och förordningar
- Säkrare läkemedelshantering
- Systematisk introduktion av all nyanställd personal
- Följsamhet till gällande rutiner, kläd- och hygienregler
- Ökad medverkan av gäst, närstående och ideella föreningar
- Patientsäkerhetsgrupp börjat arbeta
- Utbildning i värdegrund

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. Läkemedelshantering har förbättrats och säkrats. Larmsystemet är utbyggt och kompletterat.

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, omvårdnadschef, ekonomiansvarig samt verksamhetsutvecklare). Gruppen har dels egen kompetens genom sina legitimerade yrken inklusive högskolestudier i Patientsäkerhet, samt externa stödfunktioner. Som stödfunktion nyttjas huvudsakligen läkare (egen konsult), hygiensköterska 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 omvårdnadsrespektive rehabarbetet.

Förutom linjeorganisationen återkopplar ibland betalningsansvarig 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 åtgärderna 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, kontroll av medicinsk-teknisk utrustning samt brandprov.

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

Avvikelseapporter granskas av ledningsgruppen enligt ovan.

Varje dag tas vattenprover från alla pooler, både manuellt och genom avläsning. Det fria klorret, det bundna klorret 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.

Egenkontroll av medicinsk-teknisk laboratorieutrustning sker regelbundet och utifrån tillverkarens riktlinjer.

Det utförs 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 årliga utvecklingssamtal.

Varje gäst/patient får en kontaktsjuksköterska eller ansvarig sjuksköterska, som tar telefonkontakt ett par veckor före vistelsen, om möjligt tar emot vid ankomst, samt följer honom/henne under vistelsen. Legitimerad personal tar aktivt kontakt med samtliga gäster dagligen. Samtlig omvårdnadspersonal använder 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 förekommer även övningar utomhus då brandsläckare demonstrerats och provats tillsammans med Anticimex. Det utförs också brandlarmsprov en gång per kvartal av extern konsult. En gång per månad sker månadsprov av intern brandskyddsansvarig. Brand- och säkerhetsinformation är obligatoriska punkter vid nyanställning. Årlig revision och översyn av månads- och kvartalsproven görs av extern konsult enligt regelverket.

De utbildningar som i övrigt har erbjudits är fortbildning kring värdegrund samt brandutbildning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Överrapporteringen mellan sjukhusavdelning och Sommarsol har förbättrats avsevärt jämfört med 2015. Sommarsols personal har besökt sjukvården vid ett tillfälle och årliga besök inplanerade.

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, vilka 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 rehabiliteringsarbetet. 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 eller i vissa fall undersköterska ringer tre till fyra veckor före ankomst 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) 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 2015 lades mer tyngd vid rutiner och kännedom om vikten av att skriva avvikelser och det har gett effekt under 2016.

Under 2016 har 128 avvikelser anmälts; drygt 40 fallolyckor med ringa besvär eller småblessyrer som följd. Resten av avvikelserna innefattar ett 40-tal avvikelser kopplat till läkemedelshantering, 10 avvikelser gällande informationsöverföring och övrigt ett 30-tal.

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. Även gäst/besökare har möjlighet 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 2014 beskrev att patientsäkerhetsarbetet skulle utvecklas, och det arbetet har skett. Den multidisciplinära Patientsäkerhetsgruppen träffas regelbundet, ca 5-6 gånger om året och vid allvarliga tillbud.

Särskilt fokus skulle läggas på att minska antalet fallolyckor genom preventiva åtgärder, något som är svårt att bedöma resultatet av då gästantalet ökat och att gästerna har ett större hjälpbehov idag jämfört med tidigare.

Under 2015 infördes ett intranät, dvs. ett forum för alla anställda att få och ge information. Det gör att de olika enheterna och arbetslagen får samma information och samtidigt, och alla kan ta del av informationen när det passar dem under arbetspasset och under arbetsveckan. Enheterna och arbetslagen knyts samman på ett bättre sätt med hjälp av funktionen. Intranätet kommer att utvecklas vidare under 2017.

En hållbarhetsrapport har tagits fram (Corporate Social Responsibility CSR) och finns att läsa via Sommarsols hemsida. Likaså finns en miljögrupp med syfte att minska resursslöseri och för att erbjuda en mer klimatsmart anläggning.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Medarbetarna kommer att ytterligare stimuleras att registrera incidentrapporter enligt de nya rutinerna och med den nya blanketten som passar Sommarsols verksamhet bättre.

Vi planerar att införa ett kvalitetsledningssystem under 2017.

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.