



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-02-28

Tuija Illman, verksamhetschef enligt § 29 HSL

Innehållsförteckning

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

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

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Under 2012 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument, registrering av dödsfall gjorts i Svenska Palliativregistret, sammanställning av infektionsregistrering och mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar utförts samt kartläggning v 41 av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts.

Egenkontroll av ovanstående har genomförts.

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med MAS/MAR och verksamhetschef.

Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och återkopplas till berörd personal.

Klagomål diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten.

Inom två veckor efter att vårdtagaren flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och närstående om möjligheten att lämna in synpunkter och klagomål. Vårdtagare/närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Individuella riskbedömningar är gjorda för samtliga vårdtagarna vid de permanenta platserna. Få vårdtagare har drabbats av fraktur och ingen har rapporterat ha trycksår. Inte heller har någon vårdtagare behandlats för influensa eller virusorsakad magsjuka. Förekomst av infektioner följs genom infektionsregistrering.

Systematiska läkemedelsgenomgångar har knappt förekommit under året.

95 avvikelser rörande fall, 53 rörande läkemedel och 1 gällande brist i vårdkedjan har rapporterats.

Enheten är anmäld till Palliativa registret och registrerar vid dödsfall och i kvalitetsregistret Senior Alert.

Övergripande mål och strategier

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

Mål och strategier

Enheten har som mål att erbjuda vårdtagarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Vi minimerar andelen vårdskador på grund av trycksår, fall och undernäring genom systematiska riskbedömningar.

Vid väntade dödsfall följs rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.

För att förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner arbetar all personal efter basala hygienrutiner.

En hög säkerhetsnivå för läkemedelshanteringen eftersträvas genom hög följsamhet till upprättade regler och rutiner, systematiska läkemedelsgenomgångar och avstämningar samt extern granskning.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen¹, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen. MAR är ett komplement till MAS.

Verksamhetschef, MAS och MAR ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, d v s sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister, har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprö-

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

vad erfarenhet och ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser till MAS/MAR och verksamhetschef. Därutöver ska de följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns.

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonalen ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser.

De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9, 3 kap. 2 §

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser och infektionsregistreringar. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, t.ex. genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år till Äldreförvaltningen. Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per månad genom kartläggning av HSL- indikatorer.

Kartläggning v 41 av hälso- och sjukvårdsindikatorer.

Mätning av andelen registrerade dödsfall på enheten i Svenska Palliativregistret en gång per månad.

Sammanställning och analys av infektionsregistrering en gång per månad.

Genomföra hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien vart annat år.

Genomföra extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen en gång per år.

Mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar en gång per år för vårdtagare med läkemedelsbehandling.

Kontroll av följsamheten till upprättade regler och rutiner för läkemedelshandling genom avvikelserapportering.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 §, p 1-2

Under 2012 har:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument,
- registrering av dödsfall gjorts i Svenska Palliativregistret,
- sammanställning av infektionsregistrering genomförts,

-
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar utförts.
 - kartläggning v 41 av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts

Uppföljning genom egenkontroll

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

De egenkontroller som genomförts under 2012 är:

Granskning och analys av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår mot föregående år.

Kontroll att registrering av dödsfall vid enheten gjorts i Svenska Palliativregistret.

Egenkontroll genom dialog i arbetsgrupperna kring Vårdhygiens basala hygienrutiner.

Kontroll av att infektionsregistrering genomförs.

Analys av genomförd kartläggning v 41 av hälso- och sjukvårdsindikatorer.

Analys av extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen som sker en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda vårdtagarnas behov.

Vid rapport ett tillfälle per dag träffas omvårdnadspersonal och sjuksköterska.

Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal har team-möten varannan vecka.

Verksamhetschef och MAS har under året samverkat för att identifiera riskområden.

Läkarsamverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med Team Äldredoktorn. I samverkansmöten under året diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande och på individnivå för att förbygga att vårdskada uppstår.

Läkarna har varje vecka rond med omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda vårdtagarnas behov.

Annan samverkan

Vid inköp av medicintekniska hjälpmedel som exempelvis liftar, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar av organisationen eller på annat sätt i verksamheten. Samma gäller vid större förändringar av rutiner.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med MAS/MAR och verksamhetschef.

Delegerad omvårdnadspersonal, som inte har tillgång till avvikelsemodulen i datajournalssystemet, skriver avvikelserna på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska.

Allvarliga avvikelser utreds och hanteras av MAS/MAR.

Avvikelseerna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som inkommer via Socialstyrelsen och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS/MAR.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten.

Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av verksamhetschef som avgör grad av utredning.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Verksamhetschef samlar in och sammanställer rapporter, klagomål och synpunkter som inkommer och ger underlag för återkoppling och dialog med hälso- och sjukvårdspersonal samt övrig berörd personal.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Inom två veckor efter att vårdtagaren flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och närstående om Patientnämndens arbete. Vårdtagare/närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Informationsbroschyr lämnas i samband med inflyttning.

Vårdtagare/närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till vårdtagare/närstående.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Andelen genomförda riskbedömningar för:

fall uppgår till 100 %

undernäring uppgår till 100 %

trycksår uppgår till 100 %

Infektionsregistrering är genomförd.

Andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar uppgår till 1,5 %

Tre vårdtagare har drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor.

Andelen vårdtagare med trycksår uppgår till 0 %

Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 22 %

Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 64 st

Ingen vårdtagare behandlades för virusorsakad gastroenterit eller influensa, dvs. vårdrelaterad infektion.

Antal avlidna vid enheten under året är 19 personer.

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret är 17 st.

Antal personer med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert är 45 st.

Antal inrapporterade avvikelser rörande

Fall 95 st

Läkemedel 53 st

Brister i vårdkedjan 1 st

Måluppfyllelse

Analys

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts. Förekomsten av frakturer är låg. En stor andel av vårdtagarna har lågt BMI, vilken kan leda till att risken för trycksår ökar.

Inga trycksår har förekommit under året.

Systematiska läkemedelsgenomgångar har knappt förekommit under året.

Vid enheten finns 9 korttidsplatser där ett stort antal patienter har vårdats under året, vilket gör att siffrorna blir något svårare att tolka. De ovan beskrivna riskbedömningarna som genomförts till 100 % rör de vårdtagare som bott vid de permanenta platserna.

Antalet rapporterade avvikelser, antibiotikabehandlade infektioner och antal avlidna rör samtliga som funnits vid boendet under året.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål och strategier

Enheten har som mål att erbjuda vårdtagarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Vi minimerar andelen vårdskador på grund av trycksår, fall och undernäring genom systematiska riskbedömningar.

Vid väntade dödsfall följs rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.

För att förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner arbetar all personal efter basala hygienrutiner.

En hög säkerhetsnivå för läkemedelshanteringen eftersträvas genom hög följsamhet till upprättade regler och rutiner, systematiska läkemedelsgenomgångar och avstämningar samt extern granskning.

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

Registrering i kvalitetsregistret Senior Alert och svenska Palliativregistret ska fortgå under året.

All personal ska genomgå Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning under året och därefter en gång per år.

Hygienrond ska genomföras under 2013.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ska genomföras under första halvåret 2013.

Kontinuerlig kontroll av att systematiska läkegenomgångar görs för de vårdtagare som läkemedelbehandlas.

Kontinuerlig kontroll av att alla vårdtagare med inkontinens har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.