



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

Liviagården

År2012

Datum och ansvarig för innehållet

~~Catharina Pisoni-söderblom~~

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

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

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

Vårdskada är per definition lidande, obehag eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd(SOSFS 22055:12)

Liviagården är ett äldrepsykiatriskt profilboende med 30 platser, där patienterna har en mycket komplex symtombild. Alla har mer eller mindre svåra funktionsnedsättningar pga sin psykiatriska sjukdom. De flesta har en mycket nedsatt fysisk hälsa och munstatus till följd av sin psykiatriska sjukdom och mediciner. Samtliga är mycket präglade av sin psykiska sjukdom. Många av våra patienter har på grund av sin psykiska sjukdom få eller inga sociala kontakter.

Enhetschef, som har psykiatrisk kompetens och erfarenhet, och den psykiatriska specialist sjuksköterskan har under 2012 prioriterat den psykiatriska omvårdnaden i internutbildning och handledning. Psykiatri är ett mycket eftersatt område inom äldreomsorgen och få mät- och skattningsinstrument finns just för vår patientgrupps specifika problem. Likaså är flera av de frågor som förekommer i tex brukarenkäten inte tillämpbara i vår verksamhet.

Att profilboende inte sorterar under valfriheten gör att vi måste vara observanta och kritiska när vi granskar våra arbetsätt och de resultat vi uppnår.

Vi följer regelbundet upp avvikelser i kvalitetsrådet. Personalen påminns om att skriva avvikelser och uppmuntras att kritiskt granska verksamheten och arbetssätten. Ingen Lex Mariaanmälan har gjorts under året. Antalet läkemedels avvikelser är få och ingen av allvarlig karaktär

Sjuksköterskan och paramedicinsk personal har en egen punkt på dagordningen för morgonmöte och på APT.

Läkare kommer från Trygg Hälsa och psykiatrisk konsultation sker genom remiss till St Görans äldrepsykiatri.

Övergripande mål och strategier

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

Målet för verksamheten 2012 har varit att fortsätta utveckla vårt arbete utifrån ledningssystem, MAS rutiner och de övergripande direktiv staden anger i ILS.

Den psykiatriska omvårdnaden har lyfts fram för att säkerställa ett gott omhändertagande av vår patientgrupp.

Målsättning för Liviagårdens patientsäkerhetsarbete

- Alla arbetar förebyggande så att vårdskada eller risk för vårdskada aldrig uppstår
- Alla känner ansvar för och anstränger sig i att ständigt granska om vi gör rätt saker på rätt sätt
- Alla känner sig trygga med att rapportera avvikelser och är införstådda med att avvikelser i de flesta fall orsakas av brister i rutiner och organisation.
- Att avvikelser ses som möjligheter till förbättringar.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Nämndens ansvar

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården och för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 1982: 763, 29 §), dock inte det ansvar som åligger MAS. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- svarar för att rutiner implementeras och följs .
- ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Inom Hässelby-Vällingby finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion är ett komplement till MAS.

I de ledningsuppgifter som åligger MAS/MAR enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:1369) är MAS/MAR inte underställd verksamhetschefen eller någon annan tjänsteman i kommunen. MAS/MAR har således en fristående och oberoende roll och ett personligt ansvar för hur uppdraget fullgörs.

MAS/MAR ansvarar för att se till att lager och föreskrifter följs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska.

- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
- utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
- rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- utföra egenkontroll

Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. Det är verksamhetschefens ansvar att leda och planera utvecklingen.

Omvårdnads personal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap

Personalen har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser. En avvikelse hanteras för omedelbar åtgärd av sjuksköterska om avvikelsen bedöms sortera under HSL. Enhetschefen hanterar avvikelser enligt SoL. Avvikelse som bedöms allvarlig rapporteras till avdelningschef.

Sjuksköterska deltar i kvalitetsrådet som vi har varje månad och där redovisar hon de avvikelser som varit och kvalitetsrådet beslutar om de åtgärder som behövs göras. Därefter tas avvikelse och åtgärd upp på APT.

Vi har teammöte där personalen fortlöpande granskar sitt arbete och patientgenomgångar där sjuksköterska, kontaktperson och paramedicinsk personal deltar.

Kvalitetsrådet är enhetschefens forum för kvalitetsarbete där vi systematiskt arbetar med att försöka identifiera brister i verksamheten. Som underlag används: avvikelserapporter, synpunkter och klagomål samt förbättringsförslag

<i>Antal avvikelser 2012</i>											
<i>Indikator</i>	<i>Läkemedel</i>	<i>Fall</i>	<i>Fraktur</i>	<i>Vårdkedja</i>	<i>Omvårdnad/Rehabilitering</i>	<i>MTP</i>	<i>Dokumentation</i>	<i>Trycksår</i>			
								<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>
<i>Antal</i>	<i>6</i>	<i>19</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	

Under året har ramavtalsuppföljning, kvalitetsuppföljning av läkemedelshandlingen samt egen hygienrund genomförts

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Mas har deltagit i den årliga verksamhetsuppföljningen. Mas har även implementerat nya riktlinjer och rutiner angående patientsäkerheten.

Sjuksköterskan dokumenterar i Vodok, och registrerar kvalitetsindikatorer hon registrerar även i anvisade register som tex infektions- och palliativa registret samt senior alert

Riskbedömningar avseende Fall, Norton och MNA görs vid inflyttning sedan en gång per år samt vid behov.

Vi använder APO-dos för en säker medicinhantering.

Delegering åtföljs av kunskapstest.

Interutbildningen har haft fokus på psykiatri och psykiatrisk omvårdnad.

Sjuksköterskorna har gått nutritionsutbildning

Mätning av nattfastan sker regelbundet

Vikt på alla patienter var tredje månad samt vid behov

Vi arbetar enligt basala hygienrutiner och samtlig personal genomför varje år en webbutbildning om detta. Vi har egen hygienrund två ggr per år

Ordinerade ”årsprover” tas en gång per år på varje patient.

Läkemedelsgenomgångar på alla patienter en gång per år
Patientgenomgång med baspersonalen varje vecka

Uppföljning genom egenkontroll

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

Hygienombuden genomför självskattning och observation en gång per år. Egenkontroll avseende livsmedelshygien görs enligt checklista. Uppföljning av kunskap i samband med delegering. Checklista för kontaktpersonens arbetsuppgifter lämnas till enhetschef varje månad. Checklista för stickprovskontroller i verksamheten görs av samordnare varje månad lämnas till enhetschef och tas upp på kvalitetsrådet. Uppföljning av personalkompetens utifrån vad patienterna behöver. Rutinmöte varje vecka.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer:

Verksamheten ska utföra riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd och eventuella risker.

Mätmetod för kvalitetsindikatorer och riskbedömningar är antalet:

- utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår.
- utförda inkontinensutredningar.
- infektioner och ordinerad antibiotikabehandling.
- utförda läkemedelsgenomgångar.
- fall som har lett till fraktur eller annan skada och totala antalet fallolyckor.
- utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).

Antal boende inom verksamheten: 30

<i>Kvalitetsindikatorer och riskbedömningar 2012</i>											
<i>Indikator</i>	<i>Undernäring</i>		<i>Trycksår</i>	<i>Trycksår grad</i>				<i>Fallrisk</i>		<i>ADL</i>	<i>Munhälso- bedömning</i>
<i>Mät- metod</i>	<i>MNA initial</i>	<i>MNA slutgiltig</i>	<i>Norton</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>Down- ton</i>	<i>Fraktur</i>	<i>Sun- nås</i>	
<i>Antal</i>	21	8	27	1	1	1		27	3	12	28

<i>Kvalitetsindikatorer 2012</i>				
<i>Indikator</i>	<i>Inkontinensutredning</i>	<i>Läkemedels- genomgångar</i>	<i>Loggkontroll</i>	<i>Hygien Observation Basala hygien</i>
<i>Antal</i>		30	0	

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Genom de samverkansöverenskommelser som upprättats(se nedan) finns samverkan invävda i arbetssätt och rutiner.

Vi har utvärderat våra lokala samverkansmöten mellan personal från olika yrkeskategorier för att se hur de optimalt gagnar patienten. Ett utvecklingsområde är rapportering mellan olika arbetspass och olika yrkeskategorier

Samarbete med andra vårdgivare:

Övergripande samverkansmöten på St. Görans sjukhus mellan representanter från vårdcentraler, slutenvårdsenheter och stadsdelsförvaltningar inom innerstaden och Västerort. Verksamhetschefer och MAS från de olika förvaltningarna deltar. Syftet med mötena är att ta upp förbättringsåtgärder utifrån inkomna avvikelser, diskutera gemensamma problem och försöka lösa dem samt informationsöverföring mellan sluten och öppenvården etc.

En lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning av patienter i slutenvården har utarbetats mellan Hässelby- Vällingby, Capio St. Görans sjukhus, Brommageriatriken och samtliga vårdcentraler inom stadsdelen. Det-

ta för att öka patientsäkerheten vid överföring av information mellan enheterna.

MAS har möten med Landstinget gällande läkemedelsförråd, läkarmedverkan på särskilda boenden, nödvändig tandvård och vårhygienfrågor. Vid dessa möten diskuteras eventuella avvikelser och förslag för att förbättra rutiner. MAS informerar vård- och omsorgsenheterna om eventuella nya rutiner och risker som har framkommit.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar görs i Vodok och de uppdateras årligen eller vid förändringar i patientens tillstånd. Risk och väsentlighetsanalys görs i ILS

Vi gör riskbedömningar utifrån arbetsmiljösynpunkt, avseende omvårdnadsarbete i hemmiljö.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Vi följer förvaltningens och Mas/Mar's rutiner för rapportering av avvikelser.

Avvikelse som bedöms som allvarlig rapporteras direkt till enhetschef som rapporterar vidare till avdelningschef och Mas/Mar.

Alla avvikelser tas upp i kvalitetsrådet.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Enhetschef ansvarar för att synpunkter och klagomål registreras och åtgärdas.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Statistik över avvikelser sammanställs och redovisas på kvalitetsråd, ledningsgrupp och arbetsplatsträffar. Analys och åtgärdsbeslut sker i kvalitetsrådet.

Ytterst få klagomål/synpunkter kommer in.

Sammanställningar av enkäter både egna och externa redovisas i kvalitetsgrupp och på arbetsplatsträffar. Analys och åtgärder beslutas i kvalitetsrådet.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi d inflyttning till Liviagården sker ett ankomstsamtal där det i de fall det finns anhöriga, erbjuds de att delta. Inom 14 dagar sker en vårdplanering. Beslut fattas och dokumenteras.

Anhöriga har möjlighet att träffa patientansvarig läkare.

Där samtycke lämnats informeras anhöriga vid förändrat hälsotillstånd.

Anhöriga har möjlighet att delta i verksamhetens boråd

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	Kategori	Antal/år	120101-1121231	
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	Bas-personal och ssk		25	
Antal patienter med fullvärdig omvårdnadsjournal. Enl checklista			20	
Antal vårdskador-fall			3	
Vårdrelaterade infektioner				
Trycksår			3	
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till patienter med identifierade nutritionsproblem			9/13	
Antal registreringar i palliativa registret				
Antal Lex Maria				
Antal Lex Sarah				
Klagomål och synpunkter			2	

Övergripande mål och strategier för kommande år

Målsättningen för 2013

- Liviagården ska ha en trygg och säker hälso- och sjukvård
- Regelbundna teammöten ska tidigt identifiera eventuella risker i miljön, sjukdomsförloppet mm och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder tidigt
- Kollegial granskning av journaler och genomförandeplaner ska införas
- All personal ska få utbildning i Lex Sarah och ökad kunskap om Lex Maria
- Handledning i psykiatrisk omvårdnad utökas.