



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-02-01

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	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

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.

Enligt ovannämnda har vi under 2014 genomfört:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår enligt validerade instrument
- registrering av dödsfall i Svenska Palliativregistret
- sammanställning av infektionsregistrering
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar
- inlett registrering i BPSD-registret

Egenkontroll av ovanstående har genomförts.

- påbörjat screening av inkontinens med nytt instrument.
- påbörjat bedömning av munstatus i nytt instrument

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 verksamhetschef och MAS.

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.

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

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.

110 avvikelser rörande fall har rapporterats och fyra av dessa har lett till fraktur.

Endast 4 avvikelser rörande läkemedel har rapporterats. Ingen vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka eller influensa. Förekomst av antibiotikabehandlade infektioner följs genom infektionsregistrering. En person med antibiotikaresistenta bakterier har vårdats på enheten. Ingen smittspridning har skett.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts till en del, men når inte upp till målsättningen och andelen riskbedömningar har minskat

jämfört med föregående år. Förekomsten av frakturer är låg. Andel av vårdtagarna med lågt BMI har minskat, medan andelen vårdtagare med trycksår har ökat.

Systematiska läkemedelsgenomgångar ligger på samma nivå som föregående år, 24%, vilket är en alltför låg nivå.

En analys över inskickningarna till akutsjukhus behöver återigen göras, då endast en tredjedel blir inlagda.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser är extremt låg vilket indikerar att avvikelserapporteringen inte fungerar.

Vid enheten finns 9 korttidsplatser där ett stort antal patienter har vårdats under året. Dessa har inte medräknats i statistiken som redovisas ovan.

Enheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativ registret och BPSD-registret.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap.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

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerlig 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.

Verksamhetschef och MAS 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 beprövad erfarenhet och ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef och MAS.

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.

Mätning av andelen registrerade dödsfall på enheten i Svenska Palliativ- registret 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 läkemedelshantering genom avvikelserapportering.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 §, p 1-2

Under 2014 har:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument,
- registrering av dödsfall gjorts i Svenska Palliativregistret,
- sammanställning av infektionsregistrering genomförts,
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförts,
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar utförts
- registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts

Enheten har arbetat med att stärka teamarbetet runt vårdtagarna genom att utveckla strukturerade team-möten.

Uppföljning genom egenkontroll

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

De egenkontroller som genomförts under 2014 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.

Granskning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar för alla vårdtagare med läkemedelsbehandling.

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

Analys av genomförd registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer.

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/fysioterapeut, 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 verksamhetschef och MAS.

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.

Avvikelserna 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 inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS.

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

Under året har 68 journaler varit upprättade vid enhetens 45 platser.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

Andelen genomförda riskbedömningar vid mätdatum 141231 för:

fall uppgår till 65 % (96 %)

undernäring uppgår till 53 % (96 %)

trycksår uppgår till 51 % (96 %)

Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 67 % (87) %

Andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar uppgår till 24 % (27 %)

Fyra (1) vårdtagare har drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor.

7 vårdtagare har drabbats av trycksår (1), varav 4 på sjukhus eller annan plats.

Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 12 % (16 %)

Andelen vårdtagare som screenats enligt nytt instrument för inkontinens är 12 %.

Infektionsregistrering är genomförd.

Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 52 (96) st.

Ingen (5) vårdtagare behandlades för virusorsakad gastroenterit eller influensa, dvs. vårdrelaterad infektion.

Ingen person med hepatit har vårdats vid enheten.

Antibiotikaresistenta bakterier:

Under året har det vårdats en person med MRSA.

Ingen smittspridning har skett.

Antal avlidna vid enheten under året är 27 (15) personer varav 4 (3) på sjukhus.

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret är 16 (13) st.

Antal registreringar i BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är 2 stycken.

Antal personer med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert är ??(44) st.

Vid 32 (34) tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året. 10 (9) personer blev inlagda, vilket motsvarar 31 % (26) % av de inskickade.

Antal inrapporterade avvikelser rörande

Fall 110 (94) st

Läkemedel 4 (18) st

Medicintekniska produkter 1 st

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

Måluppfyllelse

Analys

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts till en del, men når inte upp till målsättningen och andelen riskbedömningar har minskat jämfört med föregående år. Förekomsten av frakturer är låg. Andel av vårdtagarna med lågt BMI har minskat, medan andelen vårdtagare med trycksår har ökat.

Systematiska läkemedelsgenomgångar ligger på samma nivå som föregående år, vilket är en alltför låg nivå.

En analys över inskickningarna till akutsjukhus behöver återigen göras, då endast en tredjedel blir inlagda. Syftet är att försäkra sig om att inga onödiga inskickningar sker.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser är extremt låg vilket indikerar att avvikelserapporteringen inte fungerar.

Vid enheten finns 9 korttidsplatser där ett stort antal patienter har vårdats under året. Dessa har inte medräknats i statistiken som redovisas ovan.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2015

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok och patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) ska stödjas genom att personalen arbetar enligt validerad metod.
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha systematisk läkemedelsgenomgång genomförd.

-
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 procent.
 7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
 8. All personal ska rapportera alla upptäckta avvikelser och av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.
 9. Alla patienter ska ha ny journal upprättad enligt ICF-strukturen.

STRATEGIER

- 1-3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen. Därutöver ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att screena patienterna inom områdena inkontinens och munhälsa. Vid behov ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriva individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Registrering i kvalitetsregistret BPSD ska påbörjas/fortgå under året. Utbildningsinsatser behövs för nya sjuksköterskor.
- 4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
- 4.4. Hygienrond genomförs vartannat år.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar till att fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare.
6. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
8. Verksamhetschef upprättar en skriftlig lokal rutin för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.
9. Nya journaler upprättas enligt ICF-struktur på samtliga befintliga patienter. Därefter används ICF-strukturen i alla nyupprättade journaler.

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

- 1-4,3,5,7. Pågår kontinuerligt under året
 - 4.4 Hygienrond ska genomföras under första halvåret 2015. Rond genomförs vartannat år.
 6. Genomförs under första halvåret 2015
 8. De lokala rutinerna upprättas under första halvåret 2015 och börjar tillämpas snarast under året.
 9. För befintliga patienter ska ny ICF-journal vara upprättad under vecka 5, 2015 och därefter används ICF-strukturen i alla nyupprättade journaler.
-