

Patientsäkerhetsberättelse 2014

– äldreomsorgens verksamheter i egen regi

Farsta stadsdelsförvaltning

stockholm.se/farsta

**Patientsäkerhetsberättelse för äldreomsorgens verksamheter i
egen regi, mars 2015**

Dnr 1.2.1-223/2015

Utgivningsdatum: 2015-03-27

Utgivare: Farsta stadsdelsförvaltning

Ansvarig för innehåll:

Päivi Kabran

Avdelningen för äldre
verksamhetschef enligt 29 § HSL

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Övergripande mål och strategier 2014	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete	8
Struktur för uppföljning/utvärdering	9
Uppföljning genom egenkontroll	11
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits 2014 samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	12
Samverkan för att förebygga vårdskador	13
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Klagomål och synpunkter	14
Sammanställning och analys	14
Samverkan med patienter och närstående	14
Resultat 2014	15
Övergripande mål och strategier för 2015	22

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en övergripande sammanställning för verksamheter i egen regi inom äldreomsorgen i Farsta. De verksamheter som berörs är Edö vård- och omsorgsboende med inriktningarna servicehus, somatisk inriktning och demens, Farsta vård- och omsorgsboende med somatisk inriktning och demens.

De viktigaste åtgärderna som har vidtagits för att öka patientsäkerheten:

- Att medarbetarna arbetar enligt rutin för fallriskbedömning, fallprevention och insatser vid inträffade fall.
- Att medarbetarna genomgår Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner, samt genomför självskattning och observationer.
- Att händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel, fall eller trycksår rapporteras i avvikelsemodulen.
- Att ansvaret för läkemedelsgenomgångar är tydliggjort och hör till läkarens ansvar. Läkemedelsgenomgångar ska ske i samverkan med sjuksköterska och genomföras för samtliga boende.
- Att riskbedömningar utförs och att plan för åtgärder upprättas då risker föreligger.
- Att implementering av nytt journalsystem med användning av nationellt fackspråk i den legitimerade personalen journalföring har påbörjats.

Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll:

- Journalgranskning av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
- Uppföljning av avvikelser
- Infektionsregistrering
- Hygienrond av MAS och hygiensköterska
- Självskattning/observation av följsamhet till basala hygienrutiner
- Apoteksgranskning
- Månadsstatistik

De viktigaste resultaten som uppnåtts när det gäller

- *fallolyckor* är att alla enheter beskriver ett teambaserat arbetssätt för att förebygga fallolyckor,

- *basala hygienrutiner* är att alla enheter arbetar aktivt med att upprätthålla kunskapen om basala hygienrutiner, vilket också enheternas egenkontroll har visat,
- *vårdskador* är att inga vårdskador har förekommit,
- *trycksår* är att regelbundna bedömningar av hud genomförs för att förebygga att trycksår uppstår,
- *läkemedelsbehandling* är att huvudansvaret för läkemedelsgångar är förtydligat och hör till läkarorganisationen, liksom att i både läkemedelsbehandling och läkemedelsgenomgångar samverkar läkare framförallt med sjuksköterska,
- *nationella kvalitetsregister* är att medvetenheten och kunskapen har ökat och att alla enheter arbetar för att registrera sina riskbedömningar i aktuella register,
- *kunskap om förändringar i Vodok* (Stockholms stads elektroniska journalsystem för dokumentation av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen) och *införandet av nationellt fackspråk* är att utbildningar har genomförts och processledare stödjer de lokala dokumentationshandledare som finns i verksamheterna.

Bakgrund

Den 1 januari 2011 började Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att gälla. Syftet med lagen är att öka patientsäkerheten för att minska och förhindra vårdskador. I lagen tydliggörs vårdgivarens ansvar, det framgår att varje vårdgivare är skyldig att arbeta förebyggande genom att bedriva ett så kallat systematiskt patientsäkerhetsarbete. En tidsplan ska upprättas för de åtgärder som inte kan vidtas omedelbart.

Vårdgivaren ska dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse med en beskrivning av vad man har gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården, och för att minska antalet tillbud och negativa händelser. En negativ händelse innebär en händelse som har medfört vårdskada, ett tillbud är en händelse som hade kunnat medföra vårdskada. 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.

Denna patientsäkerhetsberättelse är en övergripande sammanställning för verksamheterna i egen regi inom äldreomsorgen i Farsta. De verksamheter som berörs är Edö vård- och omsorgsboende med inriktningarna servicehus, somatik och

demens, Farsta vård- och omsorgsboende med inriktningarna somatik och demens.

Ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska säkerställa att det finns rutiner för att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten, åtgärda orsakerna till risker och göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar.

Patientsäkerhet är ett vedertaget begrepp som innebär att människor ska skyddas mot vårdskada. Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid den enskildes kontakt med hälso- och sjukvård. Dessa kan uppkomma både inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom de kommunala verksamheter som styrs av lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS) eller socialtjänstlagen (SoL). Att vårdskador uppkommer kan bero på olika orsaker, som till exempel brister i organisation, arbetsmiljö, rutiner, teknik eller kompetens.

Patientsäkerhetskultur innefattar de normer och värderingar som finns i organisationen och den riskmedvetenhet som finns hos medarbetare och ledarskap och som visar sig i inställning och beteende. En utveckling av patientsäkerhetskultur kräver systematisk uppföljning, tid och uthållighet.

Den enskilde individen och hens närstående kan delta i olika delar av patientsäkerhetsarbetet. Om samtycke finns från individen så kan även närstående engageras till exempel genom att erbjudas delta vid vårdplaneringar och få information om riskbedömningar och eventuella åtgärder. Det är viktigt att närstående får återkoppling och uppföljning på sina frågor och synpunkter. Det betyder dock inte att ansvaret för den enskildes vård och behandling förändras, utan det ansvaret har vårdgivaren.

Definitioner i patientsäkerhetsberättelse 2014

Egen regi: avser verksamhet (enhet) som bedrivs av Farsta stadsdelsnämnd.

Patient: avser person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård, används vid vårdrelationer.

Boende: avser person som bor i särskilt boende på beslut enligt socialtjänstlagen.

Legitimerad personal: avser hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga person anställd som sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Omvårdnadspersonal: avser person anställd som vårdbiträde eller undersköterska.

Medarbetare: avser både legitimerad personal och omvårdnadspersonal.

Journal: avser patientens journal förd inom hälso- och sjukvårdens område av legitimerad personal.

Hälsoplaner: avser omvårdnadsplaner, rehabiliterings- och funktionsuppehållande planer.

Egenkontroll: avser systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten.

Avvikelse: avser en icke förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada eller risk för vårdskada för patient.

Vårdskada: avser lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Övergripande mål och strategier 2014

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet i Farsta är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga att patienten drabbas av vårdskada.

Vården ska vara av god kvalitet och hålla en god hygienisk standard. Det innebär att den ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och ges med respekt för alla människors lika värde. Bemötande av den äldre och närstående ska ske så att den enskildes trygghet, värdighet och integritet beaktas.

Mål

Personer som nämnden har hälso- och sjukvårdsansvar för ska utifrån en individuell bedömning få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

För att uppnå detta har verksamheterna arbetat mot följande konkreta mål under 2014:

- Minska antal fall.
- Alla medarbetare skall arbeta enligt basala hygienrutiner.
- Minska antalet risk för eller inträffade vårdskador.
- Minska antalet trycksår.
- Alla patienter skall få den läkemedelsbehandling de behöver.
- Enheterna skall registrera i de nationella kvalitetsregistren.

- Att den legitimerade personalen och chefer har grundläggande kunskap om planerade förändringar i Vodok och införande av nationellt fackspråk som berör hälso- och sjukvårdens journalföring.

Strategier

Följande strategier har används för att nå målen:

- Alla medarbetare arbetar enligt rutin för fallriskbedömning, fallprevention och insatser vid inträffade fall.
- Alla medarbetare ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner, samt att självskattnig och observationer genomförs.
- Alla händelser med risk för eller inträffad vårdskada gällande läkemedel, fall eller trycksår ska vara rapporterade i avvikelsemodulen.
- Läkemedelsgenomgångar ska genomföras för samtliga boende.
- Att riskbedömningar utförs och att plan för åtgärder finns upprättad i de fall då det föreligger risker.
- Implementering av nytt journalsystem med användning av nationellt fackspråk i den legitimerade personalen journalföring. Införandet i verksamheten sker med stöd av processledare och dokumentationshandledare.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

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 ansvarar enligt 29 § HSL för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och 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.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

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.

Enhetschef i verksamheten ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker vård. Denne ska förvissa sig om att det lokala patientsäkerhetsarbetet är säkerställt för att förebygga vårdskador.

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

Medarbetare ska aktivt medverka i och främja utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter har det yrkesansvar som föreskrivs i patientsäkerhetslagen. De har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Även omvårdnadspersonal som biträder legitimerad yrkesutövare i dennes vårdarbete och arbetar på direktiv, delegering av den legitimerade, har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård.

Alla medarbetare är skyldiga att rapportera avvikelser inom verksamheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Kvalitetsråd

På enheternas kvalitetsråd följs resultaten upp från nationella kvalitetsregistren och enheternas månadsstatistik. Varje månad diskuteras och granskas avvikelser i enheternas kvalitetsråd där enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal finns representerade. Åtgärder beslutas och rapporteras vid behov till alla medarbetare på arbetsplatsträffar. De inkomna avvikelserna sammanställs halvårsvis och rapporteras till stadsdelsnämnden.

Avvikelsehantering

Alla negativa händelser eller tillbud som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelse rapporteras i VODOK (Stockholms stads elektroniska journalsystem för dokumentation av

insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen). Alla inträffade avvikelser skrivs av legitimerad personal med MAS eller MAR som mottagare.

Vid avvikelse gällande medicintekniska produkter görs en anmälan till Läkemedelsverket.

Journalgranskning

Legitimerad personal har ett personligt ansvar att föra journal. Det ska tydligt framgå när och vem som har dokumenterat. En journal ska endast innehålla uppgifter som är väsentliga för den enskildes hälso- och sjukvård. Det vill säga anteckningar som rör patientens hälsotillstånd, upprättade i samband med undersökning, vård och behandling. Den huvudsakliga planeringen ska framgå genom dokumenterade hälsoplaner innehållande ordinationer/åtgärder och avsett hälsotillstånd (mål).

Alla patienter skall ha en riskbedömning för trycksår, fall och undernäring dokumenterade i sin journal. Vid risker ska en hälsoplan dokumenteras med åtgärder som alla medarbetare ska följa. Den ska uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet.

Alla patienter ska ha en ADL- och förflyttningsbedömning med tillhörande funktionsuppehållande plan (hälsoplan) innehållande åtgärder som alla medarbetare ska följa, dokumenterad i journal. Den ska uppdateras vid förändringar i hälsotillståndet.

MAS och MAR följer upp ovanstående genom journalgranskning vid de årliga verksamhetsuppföljningarna. Legitimerad personal använder vid behov arbetsmetoden kollegial journalgranskning för att utveckla kvalitén i dokumentationen.

Läkemedelsgranskning

Årliga kvalitetsgranskningar av enheternas läkemedelshantering utförs av farmaceut från apoteket tillsammans med MAS. Läkemedelshanteringen inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Läkemedelsgenomgångar genomförs minst en gång per år, under ledning av ansvarig läkare.

Uppföljning av hygien och infektioner

Uppföljning av följsamheten till basala hygienrutiner i verksamheten sker genom att

- Enhetschefer följer upp att all omvårdnadspersonal har genomfört webbaserad hygienutbildning.

- Årlig självskattning görs och observation av alla medarbetares följsamhet.
- Vårdrelaterade infektioner registreras månadsvis, en sammanställning delges MAS som redovisar den till Vårdhygien Stockholms läns landsting.
- Hygienrond genomförs på enheterna i samarbete med Vårdhygien Stockholms län.

Uppföljning genom egenkontroll

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

<i>Aktivitet som utförs för egenkontroll</i>	<i>Omfattning/frekvens</i>
Granskning av riskbedömningar och genomgång av att kvalitetsregister används	– halvårsvis av enhetschef – årligen av MAS och MAR
Genomgång avvikelser	– månadsvis vid enhetens kvalitetsråd – halvårsvis sammanställning av MAS och MAR
Journalgranskning	– årligen av MAS och MAR – vid behov kollegial journalgranskning.
Uppföljning av hygien och vårdrelaterade infektioner	– Infektionsregistrering varje månad – Årlig hygienrond av MAS och hygiensjuksköterska – Årlig självskattning/observation av följsamhet i basala hygienrutiner
Säkerställa läkemedelshantering	– Årlig läkemedelsgenomgång av läkemedelsordinationer för patient – Årlig apoteksgranskning av läkemedelshantering
Verksamhetsuppföljning (HSL)	Årligen av MAS och MAR
Månadsstatistik	Årligen i samband med verksamhetsuppföljningar

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits 2014 samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Avvikelse rapportering och -hantering

Kvalitetsråd med genomgång av avvikelser en gång i månaden.

Infektionsregistrering

Sammanställs månadsvis, jämförelser görs med föregående år.

Dokumentation, riskbedömning, hälsoplan, ADL- och förflyttningsbedömning

- Sjuksköterskor gör riskanalyser för att förebygga fall, undernäring, trycksår och munhälsoproblem. De skriver hälsoplaner utifrån resultat av utförda riskbedömningar.
- Sjukgymnast/fysioterapeut bedömer förflyttningsförmåga på samtliga boende.
- Arbetsterapeut bedömer ADL-status på samtliga boende.
- Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut upprättar en funktionsuppehållande plan utifrån ovanstående bedömningar.
- Enhetschef följer kontinuerligt upp att förflyttningsbedömningar, ADL bedömningar, riskbedömningar avseende fall, nutrition och trycksår genomförs och att hälsoplaner upprättas.
- Legitimerad personal använder Senior Alert och palliativa registret.
- Journalerna finns tillgängliga för berörda medarbetare så att patienten får nödvändig vård och omsorg.

Basala hygienrutiner

- Hygienronder genomförs tillsammans med hygienjuksköterska och hygienombud.
- Omvårdnadspersonal har genomgått webbaserad hygienutbildning.
- Självskattning och observation i tillämpning av basala hygienrutiner för alla medarbetare.

Läkemedelshantering

- Läkemedelsgenomgångar.
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.
- MAS har granskat att delegering utförs i enlighet med SOSFS 1997:14 och stadens riktlinjer. Vid årets apoteksgranskning på enheterna genomfördes en enkät-

undersökning angående delegering. Denna diskuterades på uppföljningen med personalen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I verksamheten arbetar man i team och samverkar internt och externt med andra aktörer. Följande samverkansformer finns

- Vårdplanering i samband med inflyttning och förändringar av hälsotillstånd. På vårdplaneringen deltar den boende, anhörig/god man, sjuksköterska, omvårdnadspersonal, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och vid behov enhetschef.
- Vid teamkonferens samordnas respektive yrkeskategoris insats och alla patienters hälsotillstånd följs upp. Utifrån behov finns enhetschef, legitimerad personal, vård- och omsorgspersonal, läkare och andra vårdgivare representerade.
- Regelbundna rehab- och sjuksköterskemöten hålls för att säkerställa hälso- och sjukvårdsrutiner.
- Samarbete med läkare. Sjuksköterskorna har rond med läkare en gång i veckan. De vidarebefordrar och förankrar nödvändig information till vård- och omsorgspersonalen.
- Samverkan med läkare sker genom det samverkansavtal som finns med läkarorganisation.
- Verksamhetschef och MAS har regelbundna möten med läkarorganisationen för utvärdering av läkarinsatser.
- Informationsöverföring mellan landsting och kommun. Överrapportering sker via landstinget och primärvård vid inflyttning, utskrivning från klinik och vid alla kontakter med landstinget.
- Samverkan för läkemedelshantering. Förvaltningen samverkar med apotek som levererar läkemedel.
- Verksamhetschef, MAS och MAR träffas regelbundet. Likaså samverkar MAS och mar även med enhetschefer i verksamheten, bland annat genom att vid behov delta i enhetschefernas ledningsgruppsmöten.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I samband med större förändringar i verksamheten ska alltid en riskanalys göras i samverkan med MAS och MAR. Detta för att förebygga risker för vårdskador.

I verksamheten finns rutin för

- Att medarbetare rapporterar avvikelser vilka behandlas i kvalitetsråd samt av MAS och MAR. Vid behov begär

MAS och MAR utredningar och anmäler Lex Maria till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) samt informerar nämnden.

- Funktionskontroller av tekniska hjälpmedel.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse rapport skrivs vid händelser och tillbud i hälso- och sjukvården, där legitimerad personal bedömer, åtgärdar och dokumenterar händelsen i Vodok. Verksamheten har kvalitetsråd där avvikelserna följs upp. Genom den avvikelsemodul som finns i Vodok ska samtliga inträffade avvikelser som resulterat i vårdskador eller risk för vårdskador rapporteras.

Avvikelserna bedöms av berörd MAS och MAR, sammanställs halvårsvis och analyseras och återkopplas till enheterna kontinuerligt. De avvikelser som MAS och MAR bedömer som allvarliga utreds och anmäls eventuellt enligt Lex Maria.

Klagomål och synpunkter

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

Den enskilde har som patient inom hälso- och sjukvård inte rätt att överklaga beslut som rör vården eller behandlingen. Patienten ska i första hand vända sig till den befattningshavare som nämnden utsett till verksamhetschef enligt 29 § HSL med synpunkter och/eller klagomål som gäller kommunens hälso- och sjukvård. Dessa synpunkter och/eller klagomål ska delges även MAS och MAR. De utreder, analyserar och återkopplar till verksamheterna. I de fall patienten inte är nöjd med handläggningen av ärendet kan han/hon vända sig till IVO.

Verksamheten sammanställer och redovisar inkomna klagomål i verksamhetsberättelsen.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Under året har inget ärende föranlett en anmälan enligt Lex Maria.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal erbjuder ankomstsamtal och vårdplanering till samtliga boende som flyttar in. Om den boende önskar har anhörig/närstående deltagit i planeringen av

omvårdnadsinsatserna. Planering framgår av den boendes genomförandeplan och hälsoplan.

Vid inflyttning, vårdplanering och vid andra kontakttillfällen med anhöriga/närstående diskuteras lämplig möblering, hjälpmedel, tillsyn, bemötande och anpassning av boendemiljön som kan bidra till en säkrare vardag. Vid behov och/eller framfört önskemål har enhetens chefer, sjuksköterskor och kontaktpersoner avsatt tid för samtal med anhörig/närstående.

Samverkan sker också genom anhörigstödscirklar. Även arbetssätt med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktmannaskap bidrar till en kontinuitet och samverkan med anhöriga/närstående. MAS och MAR kontaktar berörda anhöriga/närstående vid utredning av avvikelser.

Resultat 2014

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Mål: Minska antalet fallolyckor

Antal 2013: Totalt 423 fall

Antal 2014: Totalt 473 fall

Varje enhet arbetar för att både minska antalet fall och minska skadorna vid fall. Detta görs genom att man för varje person bedömer riskerna och vidtar fallförebyggande åtgärder. Arbetet ska vara teambaserat och följas upp. Om personer trots denna insats ändå faller skall man vidta åtgärder som minskar risken för skador.

Även om enheterna arbetar enligt dessa rutiner kan fall ändå inträffa, dels för att föreslagna fallförebyggande åtgärder aldrig kan tvingas på någon och dels för att alla på ett boende måste få vara fria att röra sig även om det finns risker. Statistiken kan därför inte klart visa om en enhet arbetar fallförebyggande, varje enhet måste därför själva analysera om rutinerna följs och vilket resultat man når.

Orsaken till att antalet fallolyckor ökat kan vara att enstaka personer försämrats i sitt hälsotillstånd och därmed faller oftare. Det kan också bero på att personer med hög fallrisk flyttat in på boendet.

Enheternas kommentarer

Edö servicehus (149 platser)

Antal: 171 fall

Alla boende på servicehuset har en aktuell fallriskbedömning som görs av sjuksköterskan. Utifrån resultatet görs en omvårdnadsplan och i samråd med sjukgymnast och arbetsterapeut sätts in åtgärder för att förebygga fall.

Läkemedelgenomgång görs.

De boende får rekommendationer vid inflyttningen samt vid första vårdplaneringen om hur fallrisk kan förebyggas.

Utifrån behov kan gångträning, bostadsanpassning, samt hjälpmedel erbjudas.

I de fall de förebyggande åtgärderna inte är tillräckliga kan larmmattor eller rörelselarm installeras i samråd med den boende.

Alla fall diskuteras på kvalitetsråd där man går igenom alla avvikelser som tillkommit under månaden.

Åtgärder kan även diskuteras på teamkonferensen var 3:e vecka.

Under 2014 har 75 % av personalen genomgått den obligatoriska förflyttningsutbildningen del 1 som Rehab personalen har anordnat. Utbildningen fortsätter under våren 2015.

Edö Somatik (37 platser)

Antal: 76 fall

Vi tar tag i fallhändelser på en gång – vi har sjuksköterskemöte med rehab och alla medarbetare på avdelningen en gång i veckan där vi går igenom alla boende. Riskanalys för fall görs på alla boende.

Edö demens (51 platser)

Antal: 104 fall

Vi har ju många som är förvirrade och själva inte minns att de inte får gå ensamma eller utan gånghjälpmedel, det skapar en större fallrisk men vi kan inte hindra den som vill gå. Däremot så försöker vi självklart alltid ha extra tillsyn, sällskap och hjälpmedel för att minimera risken för den med fallrisk. För de boende som faller två gånger eller fler tas dessa fall upp på kvalitetsråd där vi i teamet diskuterar lämpliga åtgärder och dokumenterar detta i Vodok – enligt rutin.

Fallriskbedömningar görs hos samtliga boende.

Ökad andel boende har larmmatta och rörelselarm.

Höftskyddsbyxor ordineras hos personer med fallrisk för att minska risken för höftfraktur.

Extra tillsyn hos personer med hög fallrisk.

Utbildning av omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik och användande av tekniska hjälpmedel.

Inköp av extra låg säng och fallskyddsmattor.

Legitimerad personal utbildar omvårdnadspersonal hur man förebygger fall.

Farsta vård och omsorgsboende (66 platser)

Antal: 122 fall

Enheten arbetar kontinuerligt med att minska antalet fall genom att enligt rutin omgående samla teamet efter alla fall. Teamet består av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt den boendes kontaktperson eller annan omvårdnadspersonal som arbetar nära den boende. Teamet går igenom händelsen, utvärderar gällande fallpreventiva åtgärder samt fattar vid behov beslut om nya. Det som beslutats gälla sprids till övriga medarbetare i arbetslaget. Uppföljning sker sedan kontinuerligt i samband med enhetens arbetslagsträffar.

Vid enhetens månatliga kvalitetsråd hanteras samtliga fall på enheten. Här diskuteras om åtgärderna som vidtagits är tillräckliga samt om man kan se några mönster som föranleder förändrat arbetssätt. I fall där andra arbetslag kan dra lärdom av en händelse sprids kunskapen vidare i samband med enhetens arbetsplatsträffar.

Mål: Att alla arbetar enligt basala hygienrutiner

Enligt 2014 års verksamhetsuppföljning och hygiensköterskans genomgång har alla verksamheter basala hygienrutiner och arbetar efter dessa.

Enheternas kommentarer

Edö servicehus

All personal på servicehuset har genomgått den webbaserade hygienutbildningen.

Alla nyanställda får vid introduktion Edös broschyr om basala hygienrutiner.

All personal ska läsa broschyren om basala hygienrutiner en gång om året och signera när de har gjort det.

Hygienrond genomförs en gång/år.

En gång om årets väljs medarbetare i varje arbetsgrupp som ska observera om de basala hygienrutinerna följs i respektive arbetsgrupp.

Edö somatik

Vi har gjort förändringar efter hygiensjukskötarens råd. Vi repeterar basala hygienrutiner vid sjukdomsutbrott. Vi har hygienrutiner i rutinmapp på alla avdelningar. Alla boende har sitt eget städmaterial.

Edö demens

Hygienombuden gör observationer enligt checklista från Vårdhygien.

Webbaserad utbildning i basala hygienrutiner används.

Hygienrond hålls med hygiensjuksköterska.

Varje avdelning har ett hygienombud.

Infektionsregistrering görs månadsvis.

Farsta vård och omsorgsboende

Enheten har utsedda hygienombud som regelbundet uppdaterar sina kunskaper inom området. Hygienombuden har ett särskilt ansvar för att bevaka att enhetens medarbetare följer gällande rutiner. En gång per år genomförs en mer strukturerad uppföljning i form av observationer och självskattningar. Uppföljningen visar att enhetens medarbetare följer gällande rutiner och att enhetens hygieniska standard är god. Enhetens samtliga medarbetare har genomgått en webbaserad utbildning i basala hygienrutiner med godkänt resultat.

Mål: Minska antalet risk för eller inträffade vårdskador

Ingen anmälan om Lex Maria har inkommit under året och därmed dras slutsatsen att inga vårdskador förekommit.

Mål: Minska antalet trycksår

Antal personer med trycksår 2013: Totalt 16 stycken

Antal personer med trycksår 2014: Totalt 14 stycken

Enheterna arbetar preventivt genom att bedöma risker och att vidta åtgärder. Det förekommer trots det att personer boende på vård- och omsorgsboende samt servicehus drabbas av trycksår. Exempelvis i palliativt skede ökar risken för att trycksår ska uppstå. Om en person kommer till enheten och redan har ett trycksår får enheten ge den vård som krävs för att såret ska läka.

Enheternas kommentarer*Edö servicehus (149 platser)*

Antal personer med trycksår: 6 stycken

Omvårdnadsansvarig sjuksköterskan gör en bedömning om risk för trycksår föreligger vid inflyttningen samt en gång per år. Bedömningen görs oftare vid förändringar i den boendes hälso-tillstånd.

Om risk för trycksår föreligger, upprättas en omvårdnadsplan. Antidecubitus hjälpmedel ordineras i förebyggande och behandlande syfte i de fall trycksår uppstår.

Personal får undervisning av arbetsterapeut om nya hjälpmedel samt att bruksanvisning finns tillgängligt i den boendes pärm.

Sjuksköterskan ser över den boendes kost samt ordinerar lägesändringschema vid behov.

Edö somatik (37 platser)

Antal personer med trycksår: 2 stycken

Det förebyggande arbetet görs genom daglig kontroll av hud, genom att smörja och avlasta. Sjuksköterskemöte på avdelningen hålls en gång i veckan. Riskanalys görs på alla boende.

Edö demens (51 platser)

Antal personer med trycksår: 2 stycken

Riskanalyser görs på samtliga boende.

Förebyggande madrasser används liksom behandlande madrasser.

Vårdsängar används som ger möjlighet till positionering.

Vändschema används vid trycksårskrisk.

Speciella antidecubitusdynor används i rullstolar.

Okulär besiktning görs av hud.

Lägesändringar görs.

Årlig utbildning från HSL personal ges om rutiner för att förebygga trycksår.

Farsta vård och omsorgsboende (66 platser)

Antal personer med trycksår: 4 stycken

Enhetens omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har enligt rutin genomfört riskbedömningar på samtliga boende och upprättat vårdplaner vid behov. Vid behov av hjälpmedel har samverkan skett med enhetens rehabiliteringspersonal. I samband med enhetens arbetslagsträffar har boendes behov av förebyggande insatser diskuterats och följts upp. Vid enhetens arbetslagsträffar deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast samt all omvårdnadspersonal i arbetslaget.

Mål: Att alla patienter skall få den läkemedelsbehandling de behöver

Läkare ansvarar för läkemedelsgenomgångar och samarbetar vid behov med andra yrkeskategorier om inte hinder finns enligt offentlighets- och sekretesslagen eller patientdatalagen. Patienter som är äldre än 75 år och är ordinerade fem läkemedel eller fler, ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång av läkare minst en gång per år. Inom kommunalt vårdboende skall samtliga patienter oavsett ålder få erbjudande i samband med inflyttning. Detta skall även erbjudas vid läkemedelsrelaterade problem eller då misstanke finns om sådant.

Enheternas kommentarer

Edö servicehus

Under 2014 hade 91 % av de boende hade en aktuell läkemedelsgenomgång.

Trygg Hälsa ansvarar för att läkemedelsgenomgångar blir gjorda. Sjuksköterskan ansvarar på provtagningar i samband med läkemedelsgenomgångar efter läkarens ordination.

Edö somatik

Vi har haft olika läkare under hösten, under den tiden har ett fåtal läkemedelsgenomgångar gjorts.

Edö demens

Antal läkemedelsgenomgångar under 2014 var utförda till 91 %.

Kontinuerlig läkemedelsgenomgång görs med ansvarig läkare.

Det är enligt avtal läkaren (Trygghälsas) ansvar att se till att alla boende får regelbundna läkemedelsgenomgångar. Våra sjuksköterskor har kontroll på detta och poängterar för läkaren men sedan är det upp till hen att initiera detta. Trygghälsa har tidvis haft vissa läkarbekymmer under hösten, möjligt att det är orsak till att detta brister just i år.

Farsta vård och omsorgsboende

Enhetens omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har ett tätt samarbete med ansvarig läkare från Trygg Hälsa. En dag i veckan finns läkaren på enheten för genomgång av de boende omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har behov av att ta upp. Behövs ordination annan tid kan enhetens sjuksköterskor kontakta jourläkare. Varje år genomförs en läkemedelsgenomgång på samtliga boende.

Enhetens omvårdnadspersonal undervisas av enhetens sjuksköterskor och får efter godkänt kunskapsprov läkemedelsdelegering. Alla medicinavvikelser registreras i Vodok och följs upp av ansvarig sjuksköterska samt i samband med enhetens månatliga kvalitetsråd. Här diskuteras om åtgärder som vidtagits är tillräckliga samt om man kan se några mönster som föranleder förändrat arbetssätt. I fall där andra arbetslag kan dra lärdom av en avvikelse sprids kunskapen vidare i samband med enhetens arbetsplatsträffar.

Mål: Enheterna skall registrera i de nationella kvalitetsregistren

Antal registreringar i Senior Alert: 209 stycken

Antal registreringar i Palliativa registret: 27 stycken

Antalet registreringar i Senior Alert och Palliativa registret har ökat sedan föregående år. Bägge registren ger en god hjälp till ett bättre förebyggande respektive palliativt arbete.

Resultat Edö servicehus (149 platser)

Antal registreringar av riskbedömningar i Senior Alert: 108 stycken

Antal registreringar i Palliativa registret: 2 stycken

Alla boende ska registreras i senior alert senast en månad efter inflyttning.

Vi har kommit igång med registreringar men ska jobba för att blir bättre på uppföljningar i senior alert. Hittills har bedömningar och uppföljningar i Vodok prioriterats.

Vi har kommit igång med registreringar i palliativa registret men har ännu inte blivit en del av det vardagliga arbetet. Vi jobbar nu med att involvera hela arbetsteamet i registreringar i palliativa registret då vi går igenom på gruppmötet checklistan från palliativa registret varje gång en boende avlider. Sjuksköterskan ansvarar för registreringen.

Edö somatik (37 platser)

Antal registreringar av riskbedömningar i Senior Alert: 19 stycken

Antal registreringar i Palliativa registret: 1 stycken

Det dagliga arbetet har gjort att vi inte hunnit satsa på registrering i Senior Alert. Registreringen i Palliativa registret har kommit igång.

Edö demens (51 platser)

Antal registreringar av riskbedömningar i Senior Alert: 41stycken

Antal registreringar i Palliativa registret: 12 stycken

Palliativa registret används kontinuerligt.

För närvarande prioriteras Vodok 2/ICF.

Vi gör alltid alla riskbedömningar i Vodok men i år har man inte haft möjlighet att prioritera Senior Alert. Våra sjuksköterskor har som avsikt att komma i kapp med Senior Alert till sommaren. Vi använder alltid Palliativa registret när detta är aktuellt.

Farsta vård och omsorgsboende (66 platser)

Antal registreringar av riskbedömningar i Senior Alert: 41stycken

Antal registreringar i Palliativa registret: 12 stycken

Enhetens omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har enligt rutin efter samtycke att registrera de boende i de nationella registren. Samtliga boende på enhetens somatiska avdelningar som gett samtycke har registrerats. Då det varit oklart angående samtycke för de boende med demens har enheten valt att avvakta ny lagstiftning på området. Här startade arbetet med att inhämta samtycke och registrera de boende i registren under hösten.

Mål: Att den legitimerade personalen och chefer har grundläggande kunskap om planerade förändringar i Vodok och införande av nationellt fackspråk.

Utbildningar har genomförts i olika omgångar under året och berörda målgrupper har ombetts att delta. Processledare har arbetat med att stödja införandet med hjälp av dokumentationshandledare i verksamheten.

Övergripande mål och strategier för 2015

Mål

- Att verksamheten använder sig av nationella kvalitetsregister i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen.
- Minskat antal fallolyckor.
- Minskad förekomst av undernäring, det vill säga ett tillstånd av brist på energi, protein eller andra näringsämnen som orsakar ogynnsamma förändringar.
- Minskat antal trycksår.

- Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner.
- Att alla verksamheter följer rutin för loggkontroller i VODOK.

Strategier

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information.

- *Kvalitetssäkring:* Att verksamheten arbetar med implementering och registrering i nationella kvalitetsregister det vill säga Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Resultat analyseras och om behov finns vidtas åtgärder på individ- och enhetsnivå.
- *Fallolyckor:* Att alla medarbetare arbetar enligt rutin för fallriskbedömning, fallprevention och insatser vid inträffade fall. Alla fall rapporteras i Vodoks avvikelsemodul.
- *Undernäring:* Att alla medarbetare arbetar enligt den vårdpreventiva processen. Det vill säga utför riskbedömningar, kartlägger bakomliggande orsaker, planerar och följer upp resultat av åtgärder.
- *Trycksår:* Att alla medarbetare arbetar enligt den vårdpreventiva processen. Det vill säga utför riskbedömningar, kartlägger bakomliggande orsaker, planerar och följer upp resultat av åtgärder.
- *Vårdrelaterade infektioner:* Att kunskap om och följsamhet av basala hygienrutiner upprätthålls, i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning.
- *Loggkontroller:* Att rutiner är kända och följs i verksamheten samt att resultat rapporteras till MAS.