

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Attendo Postiljonen

Postiljonens Äldreboende drivs av Attendo på uppdrag av Farsta Stadsdelsförvaltning. Avtalet löper på 3+2+2+2 år med start 2009-11-01.

Postiljonens vård- och omsorgsboende har totalt 96 lägenheter och en öppen dagvårdsverksamhet.

80 lägenheter (16 somatisk och 64 demens) är avsedda för permanent boende och 16 platser (10 somatisk och 6 demens) är avsedda för korttidsboende. Avdelningarna är uppdelade på 6-10 lägenheter/ enhet.

Postiljonen är en verksamhet som leds av två verksamhetschefer. I vårt kvalitetsindex är resultat presenterat därefter (Postiljonen 1 & 2).

Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av vårt lokala kvalitetsarbete. Kvalitetsarbetet bedrivs på våra enheter enligt Attendos rutiner och riktlinjer. Riktlinjerna bryts sedan ned till lokala rutiner.

Kvalitetsarbetet på enheten innebär att enheten har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av kvalitetssamordnare, verksamhetschef, sjuksköterska och sjukgymnast/arbetsterapeut samt kvalitetsombud, vilka är representanter från de olika avdelningarna.

Ansvarsfördelning:

Kvalitetssamordnare

- Leder och sammankallar den lokala kvalitetsgruppen
- Sammanställer statistik
- Skriver protokoll

Sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut

Gör den första bedömningen samt individuella åtgärder vid händelser/avvikelser samt informerar verksamhetschef vid allvarlig händelse. Denna grupp medverkar vid kvalitetsmötena för att utveckla verksamheten inom aktuella områden.

Verksamhetschef

Har ansvar för att det finns kvalitetssystem samt

- att dessa är kända av medarbetarna
- att man systematiskt arbetar med säkring, uppföljning och utveckling
- att man arbetar med att göra riskanalyser
- att händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret på enheten för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

All personal har skyldighet att skriva avvikelser/händelser.

Attendo Add

Kvalitetsarbetet sker med hjälp av vårt kvalitetssystem Attendo Add. Här i skrivs alla händelser. Varje månad går vår kvalitetsgrupp igenom alla avvikelser/händelser som rapporterats in. I kvalitetsgruppen diskuteras händelser/avvikelser utifrån ett verksamhetsperspektiv, gemensam problematik identifieras vilket kan leda till tex förändring av rutiner.

Ett sammanfattande protokoll skrivs i Attendo Add vilket skickas för godkännande till vår kvalitetsutvecklare och MAS. I Attendo Add följs även tidigare protokoll upp så att man kan se att planerade åtgärder blivit genomförda.

Ur Attendo Add genereras statistik på tex antal fall, och denna statistik kan sedan enkelt följas i systemet.

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har vi ett kvalitetsindex. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter. Delarna som mäts är:

- Händelser/avvikelser
- Allvarliga händelser
- Brukarundersökning
- Vårderingsarbete
- Riskbedömningar
- Innovationer och projekt
- Egenkontroll
- Externa granskningar

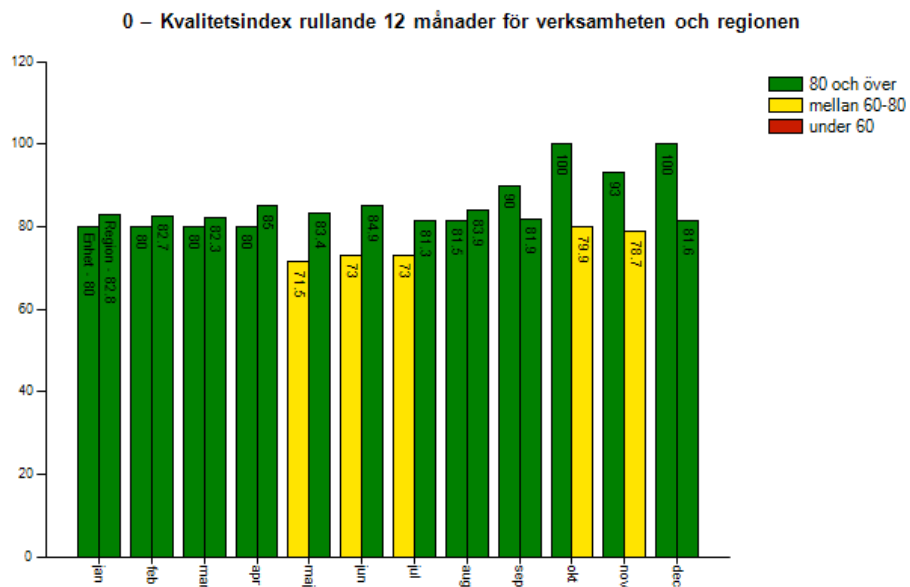
De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index. Sammanställningen utgörs av månads- och kvartalsrapporter där man kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheterna 12 månader tillbaka. Det är lätt att se hur det utvecklas och man kan snabbt sätta in åtgärder om behov finns.

Egenkontroll och dokumentationsgranskning

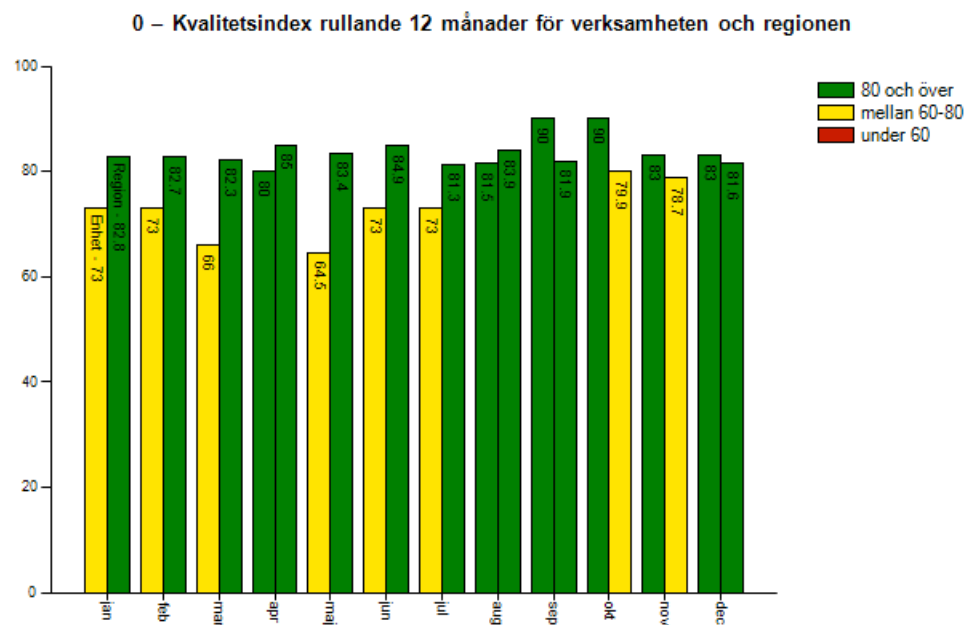
Attendos kvalitetsavdelning utför årligen egenkontroll på alla Attendos enheter. En del av egenkontrollen är en omfattande kontroll av Hälso- och sjukvården. För att nå godkänt resultat krävs att man har 90% godkänt på alla punkter i kontrollistan samt att dokumentationen är godkänd. Postiljonen blev år 2016 godkänd på egenkontrollen.

Kvalitetsindex 2016

Postiljonen 1



Postiljonen 2



Statistik händelser/avvikelser från Attendo Add 2016

Händelse/avvikelse	Postiljonen 96 brukare
<i>Läkemedel</i>	Inom parantes avser 2015
Glömt att ge	40 (33)
Fel dos/styrka	1 (6)
Fel info	3 (5)
Fel delat, ej given	6 (2)
Fel läkemedel	7 (1)
Glömt signera	3 (0)
<i>Fall</i>	
Ingen skada	179 (197)
Skada ej sjukhusvård	33 (35)
Sjukhusvård	6 (9)
<i>Externt</i>	
Informationsöverföring	1(0)

Händelserna har registrerat i ett jämnt flöde under året, dock med en viss nedgång i augusti och en viss uppgång i mars och september. En anledning kring nedgången i augusti kan vara att det då arbetar många sommarvikarier.

Händelseanalys - Läkemedelsavvikelser

Läkemedelavvikelserna har legat jämnt fördelade under året.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat något, totalt 60 (2016) jämfört med totalt 47 (2015). Omvårdnadsansvarig sjuksköterska arbetar löpande med att handleda och instruera omvårdnadspersonalen i att ha en patientsäker läkemedelshantering. Sjuksköterskan följer också upp att delegerade HSL-uppgifter följs. Våra kvalitetsamordnare har under året arbetat med att få omsorgspersonal aktiva i händelserapporteringen och då framför allt läkemedelsavvikelser. Eventuellt kan detta vara orsak till ett högre antal rapporterade avvikelser.

Händelseanalys – Fall

Antalet fall har under året legat ganska jämt fördelat över månaderna, med något färre rapporterade fall i juni.

Antalet fall har minskat sedan föregående år, detta gäller inom alla kategorier av fall. Teamen har arbetat mycket tillsammans kring brukare med fallrisker och eventuellt kan vi här också se effekter av vårt arbete med BPSD-registret och individanpassade omsorgsåtgärder. Totalt har antal fall minskat med 23 stycken jämfört med föregående år.

På våra kvalitetsmöten har vi kunnat se att de flesta fall, precis som föregående år, är hos personer med känd fallrisk och som också har upprepade fall. En annan

återkommande kategori är nyinflyttade brukare såväl permanentboende som korttidsboende. Trots tidiga bedömningar och snabbt insatta åtgärder så tar det som regel en tid innan individanpassade åtgärder för att förhindra/minska fall har fastställts. Eventuella skyddsåtgärder sätts endast in efter teambeslut och samtycke av brukaren. Medvetenheten om dessa två riskgrupper kan också ha minskat antal fall under 2016.

Infektions registrering

Verksamheten har sammanställt infektionsregistrering kvartalsvis till MAS där man kunnat se eventuella återkommande infektioner samt få en bild av hur antibiotikaanvändningen ser ut.

Totalt registreras 80 brukare (permanent boende) i infektionsregistreringen, under okt 78 brukare och nov- dec var antalet 75. Det lägre antalet är pga lägre beläggning. Antal kateterbärare (kateter via urinröret) har varit konstant 2 under året, undantaget feb och mars då antalet var 3. Övriga brukare har ej varit katerbärare.

Ordinerade antibiotikabehandlingar vid infektioner

Behandling med antibiotika har ordinerats vid urinvägsinfektioner, pneumonier, sårinfektion, annan hud och mjukdelsinfektion, Clostridium difficile-diarré samt övrig infektion.

Antal antibiotikabehandlingar

- urinvägsinfektioner:
 - Utan KAD: 18 st, snitt 1,5/månad
 - Med KAD: 1st, snitt 0,08/månad
- Pneumonier: 8 st, snitt 0,66/månad
- Sårinfektioner: 22 st, snitt 1,83/månad
- Annan hud- och mjukdelsinfektion: 6 st snitt 0,5/månad
- Clostridium difficile-diarré: 8 st, snitt 0,66/månad (alla i december)
- Övriga infektioner: 4st, snitt 0,33/månad

Jämfört med föregående år så är antalet antibiotikabehandlingar snarlikt. Behandlingar för personer med KAD har minskat medan utan KAD har ökat något. Antibiotikabehandlingar vid pneumonier har minskat medan vid sårinfektioner och annan hud- och mjukdelsinfektion ses en viss ökning. I år har även förekommit antibiotikabehandling pga Clostridium difficile-diarré i en månad, något som ej var aktuellt föregående år.

Läkemedelshantering

Sjuksköterskor har vid varje månad gått igenom aktuella delegeringar för omvårdnadspersonal gällande hälso- och sjukvårdsuppgifter. Inför varje delegeringsbeslut har gjorts en noggrann och professionell bedömning som har innefattat ett kunskapstest.

Varje månad görs kontroll av de avvikelser som gäller delegerade uppgifter, hur de dokumenteras, åtgärdas och följs upp. Delegeringsförfarandet sker på ett patientsäkert sätt.

Enheten har under året jobbat aktivt med **läkemedelsgenomgångar**.

Patientansvarig läkare går regelbundet igenom brukares läkemedelslista för att säkerställa att inte brukaren har fler läkemedel än nödvändigt.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering gjordes i slutet av 2015 och arbetet med rekommenderade förbättringsområden fortlöper under 2017 då en ny granskning genomförs.

Rehabilitering och arbetstekniska hjälpmedel

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar löpande med att handleda och instruera omvårdnadspersonalen i att arbeta med vardagsrehabilitering och arbetstekniska hjälpmedel. Utbildningar i belastningsergonomi samt hantering av arbetstekniska hjälpmedel har genomförts vid flera tillfällen under året. Gruppen följer också upp att ordinerade HSL-uppgifter följs.

Hygien

Postiljonen har ett samarbetsavtal med Vårdhygien och under året har ett utbildningstillfälle för omvårdnadspersonal genomförts i samarbete med Vårdhygien. Enheten arbetar med basala hygienrutiner och enligt Vårdhygiens rekommendationer. En hygienrond genomfördes 2013. En ny hygienrond är planerad i februari 2017.

Dokumentation

På Postiljonen dokumenterar hälso- och sjukvårdspersonal i Stockholm stads journalsystem Vodok. Under 2016 har projektarbetet med införande av det nationella fackspråket ICF i Vodok forlöp i Stockholms stad.

För att underlätta införandet har vi på Postiljonen haft två dokumentationshandledare (en sjukgymnast och en sjuksköterska) som har spridit information samt kallat till träffar och möten. Vi har även haft stöd från Stockholm stads handledare.

Handledarna har under året gjort en dokumentationsgranskning enligt Stockholms stads mall. Olika utvecklingsområden har identifierats bland annat att skriva på rätt nivå (ordination-åtgärd), koppla åtgärder till samma hälsoplan ("patientens journal") samt att arbeta med Kartlagt hälsotillstånd.

Nationella kvalitetsregister

På Postiljonen registrerar vi i följande nationella kvalitetsregister:

- BPSD – registret (Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)
- Senior Alert
- Palliativa registret

All registrering sker efter samtycke från brukare.

BPSD- registret

På Postiljonen registreras alla boende med en demensdiagnos i BPSD-registret. Registeringen startade under andra halvåret 2015 och målsättningen för 2016 har varit att alla boende skall få en initial registrering. Målet har uppnåtts för året.

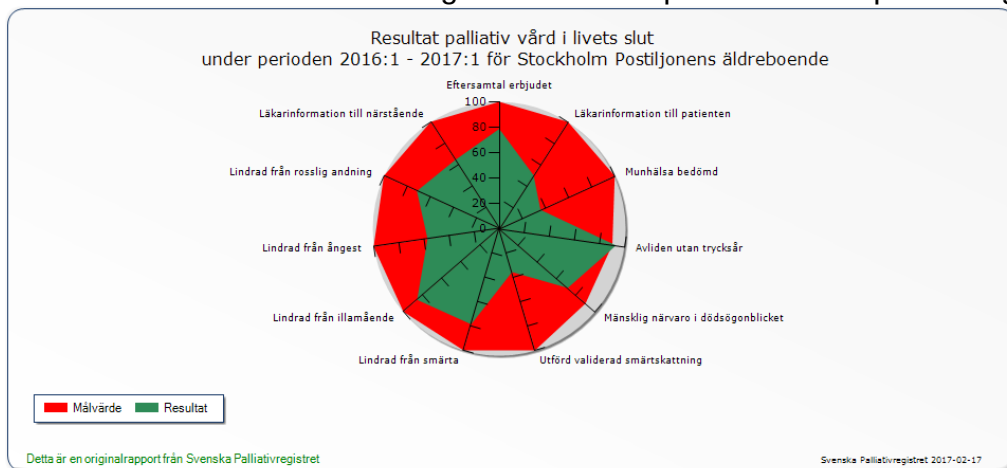
Senior Alert

På Postiljonen skall alla boende registreras i Senior Alert. Registeringen startade på somatiska avdelningar under 2015 och har fortlöpt under 2016 med övriga avdelningar. Under året har arbetet med BPSD prioriterats på demensavdelningarna därför är alla boende ännu inte registrerade i Senior Alert.

Palliativa registret

Under 2016 avled 26 av Postiljonens brukare, vilket motsvarar 27 % av brukarna. En avled på sjukhus, övriga på Postiljonen. Under 2015 avled 32 av Postiljonens brukare, vilket motsvarar 33 % av brukarna. Antalet avlidna under året är således färre än föregående år.

Resultatet från det Palliativa registret för 2016 presenteras i spindeldiagram nedan:



Förra året såg vi följande utvecklingsområden:

- Läkaren information till närstående och patient
- Utförd validerad smärtskattning
- Omvårdnadspersonalens kompetens kring palliativ vård

Jämfört med föregående år så kan vi se att vi har blivit mycket bättre på att erbjuda eftersamtal. Vi har även blivit bättre på att ge läkaren information till närstående och patient. Även den validerade smärtskattningen har nått ett högre resultat. Alla områden kan fortfarande utvecklas och förbättras.

Under året har läkarorganisationen genomfört två uppskattade föreläsningar om palliativ vård för omvårdnadspersonalen.

Vidtagna åtgärder för att öka patientsäkerheten

Vi har under året inte haft någon Lex Maria- anmälan.

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och undernäring har genomförts på alla brukare och bedömda insatser ordinerar och följs upp regelbundet.

Vi arbetar aktivt med risk- och händelseanalyser. Som utgångspunkt använder vi Socialstyrelsens metod för Riskanalys och Händelseanalys.

Närstående

För att delge och involvera våra närstående i patientsäkerhetsarbetet beskriver och diskuterar vi vårt kvalitetsarbete på våra närståendemöten. Vid behov kontaktas närstående vid individuella händelser/avvikelser.

Mål och Resultat 2016

Mål för 2016 är delvis uppfyllda. Registrering i Senior Alert är påbörjat men inte infört på samtliga avdelningar.

Alla brukare är registrerade i BPSD-registret på samtliga avdelningar med demensinriktning.

Mål för 2017

- Alla brukare som har givit samtycke ska vara registrerade i Senior Alert
- Uppföljningar på samtliga brukare i BPSD-registret.
- Synliggöra omvårdnadsåtgärder i BPSD- registret
- Ett fortsatt teamarbete för att identifiera individanpassade åtgärder till nyinflyttade brukare och brukare med fallrisk för att fortsätta falltrenden nedåt.
- Ytterligare poängtera vikten av registrering av händelser för våra sommarvikarier.
- Arbete kring hygien enligt rekommendationer från Hygienrond som genomförs i början av året.
- Löpande utbildning i arbetstekniska hjälpmedel och belastningsergonomi.
- Fortsatt arbete kring dokumentation och ICF
- Kollegial dokumentationsgranskning
- Ett samarbete med läkarorganisationen bland annat gällande utbildning för omvårdnadspersonalen.
- Arbete med smärtskattning enligt Abbey Pain Scale.

Olivera Gojcevic
Verksamhetschef

Anna Lund
Verksamhetschef

Marie Halvorsen
Medicinskt ansvarig sjuksköterska