



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Trekantens servicehus

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-02-29

Kirsi Näränen Olsson, 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	7
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	9
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

Under 2011 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument, registrering av dödsfall påbörjats i Svenska Palliativregistret, sammanställning av infektionsregistrering och uppföljning av hygienrund genomförts, 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. Vårdtagare/närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Individuella riskbedömningar är gjorda för majoriteten av vårdtagarna, vilket är en markant ökning. Antalet frakturer har minskat jämfört med föregående år. Få vårdtagare har drabbats av trycksår. Ingen vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka och två har behandlats för influensa. Förekomst av infektioner följs genom infektionsregistrering.

För sex av tio vårdtagare har läkemedelsbehandlingen följts upp genom en systematisk läkemedelsgenomgång.

125 avvikelser rörande fall, 67 rörande läkemedel, 2 om medicintekniska produkter, 2 om brister i vårdkedjan och 6 rörande brister i rehabiliteringsinsats har rapporterats.

En lex Maria-anmälan är gjord till Socialstyrelsen och ett yttrande har avgivits till Patientnämnden rörande ett klagomål från en anhörig.

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete har beslutats av stadsdelsnämnden under året.

Enheten är anmäld till Palliativa registret och registrerar vid dödsfall.

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 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, dvs 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 MAS/MAR och verksamhetschef.

Därutöver ska de följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

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. Avvikelse rapportereras 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 Palliativ- registret en gång per månad.

Sammanställning och analys av infektionsregistrering en gång per månad.

Genomföra hygienronder med hygienskoterska 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 2011 har:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument,
- registrering av dödsfall påbörjats i Svenska Palliativregistret,
- sammanställning av infektionsregistrering genomförts,
- brister som framkom i hygienrond 2010 åtgärdats under 2011,
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförts,
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar utförts.
- kartläggning v 41 av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts

Sjuksköterskeantalet har utökats från 2,0 till 2,75 helårstjänster.

Enheten har egen rehabiliteringspersonal istället för att tidigare köpa tjänsten från annan enhet.

Detta har stärkt teamarbetet runt vårdtagarna och lett till en högre patientsäkerhet.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 § p2

De egenkontroller som genomförts under 2011 är:

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

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

Egenkontroll genom dialog i arbetsgrupperna kring Vårdhygiens basala hygienrutiner.

Kontroll av att infektionsregistrering genomförs.

Kontroll av att åtgärder enligt hygienprotokoll 2010 vidtagits.

Analys av protokoll från extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.

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

Analys av genomförd kartläggning v 41 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 två tillfällen per dag träffas omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal på vardagar.

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

Läkarsamverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med Gröndals vårdcentral.

I samverkansmöten under året diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande och på individnivå för att förebygga 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 avvikelsen på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska.

Allvarliga avvikelser utreds och hanteras av MAS/MAR.

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 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 69 %

undernäring uppgår till 69 %

trycksår uppgår till 69 %

Infektionsregistrering är genomförd.

Andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar uppgår till 64 %

Andelen vårdtagare som drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor uppgår till 2,6 %.

Andelen vårdtagare med trycksår uppgår till 3 %

Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 21 %

Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 44 st.

Två vårdtagare behandlades för influensa medan ingen behandlades för virusorsakad gastroenterit, dvs. vårdrelaterad infektion.

Antal inrapporterade avvikelser rörande

Fall 125 st

Läkemedel 67 st

Medicintekniska produkter 2 st

Brister i vårdkedjan 2 st

Brister i rehabiliteringsinsats 6 st

En lex Maria-anmälan är gjord till Socialstyrelsen och ett yttrande har avgivits till Patientnämnden rörande ett klagomål från en anhörig.

Måluppfyllelse

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete har beslutats av stadsdelsnämnden under året.

Andelen riskbedömningar för fall, läkemedel och undernäring har i ökat markant. Förekomsten av frakturer har minskat. Få vårdtagare har drabbats av trycksår.

Antalet inrapporterade avvikelser rörande läkemedel har halverats och extern granskning av läkemedelshanteringen har genomförts.

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 påbörjas under året.

All personal ska genomgå Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning under året.

Hygienrond ska genomföras under 2012.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ska genomföras under andra halvåret 2012.