



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Kyrkogatans gruppbostad och
Triangelns profilboende, särskilda
boenden inom socialpsykiatri.

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-02-01

Marie Aggesund Karlsson, verksamhetschef enligt
§ 29 HSL

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

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Alla medarbetare har uppmanats att genomgå Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

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.

Direkt när vårdtagaren har flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och närstående om möjligheten att lämna synpunkter och framföra klagomål. Om behov finns av vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras deltar vårdtagare/närstående.

All personal, inklusive chef, har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

Inga trycksår har uppkommit i verksamheten och en patient har drabbats av fraktur i samband med fall.

Ingen spridning av vårdinfektioner har skett.

Målet att sjuksköterskan gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter 65 år eller äldre har inte uppnåtts och inte heller målet att säkerställa att verksamhetens lokala rutiner för läkemedelshantering är säkra och ändamålsenliga .

Övergripande mål och strategier

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

MÅL 2014

1. Alla patienter över 65 år ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår gjorda minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av vårdinfektioner.
4. Verksamhetens lokala rutiner för läkemedelshantering är säkra och ändamålsenliga.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för alla patienter över 65 år minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patient med trycksår identifierats.
 - 3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
 - 3.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid vårdinfektioner.
 - 3.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen görs med apotekare/farmaceut för att säkerställa att de lokala rutinerna för läkemedelshanteringen är säkra och ändamålsenliga.

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.

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

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster 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/boendestödjare

Omvårdnadspersonalen/boendestödjarna 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.

Strukturen för uppföljning/utvärdering, kopplat till mål och strategier är följande:

1. Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
2. Mätning av andelen uppkomna trycksår på enheten en gång per år.
3. 1. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis.
- 3.2. Mätning av andelen personal, inklusive chef som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Granskning av följsamhet till arbetsmetoder och lokala rutiner för läkemedelshanteringen en gång per år.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

För att förhindra spridning av vårdinfektioner har alla medarbetare, inklusive chef, genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Infektionsregistreringen har följt och analyserats.

Uppföljning genom egenkontroll

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

De egenkontroller som genomförts är:

1. Granskning och analys av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter över 65 år en gång per år.
2. Granskning och analys av andelen uppkomna trycksår på enheten minst en gång per år.
3. Granskning och analys av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen/boendestödjarna har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda vårdtagarnas behov. Verksamhetschef, MAS och sjuksköterska har under året samverkat för att identifiera riskområden.

Extern samverkan

Verksamhetschef, MAS och sjuksköterska har under året påbörjat samverkan med en av två berörda vårdcentraler för att diskutera frågor som rör patientsäkerheten, både på övergripande och på individnivå i syfte att förbygga vård- skada.

Verksamheten samverkar också med apotekare/farmaceut från apoteket vid externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen enligt avtal

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamhetschefen ansvarar för att en risikanalys 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.

En risikanalys tillsammans med sjuksköterska och omvårdnadspersonalen/boendestödjarna görs alltid vid förändringar. Rutiner ses över kontinuerligt. Alla avvikelser analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och åtgärder genomförs vid behov.

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/boendestödjare, 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. Avvikelsena sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

Under året har 20 avvikelser rapporterats enligt följande; 4 fall och 16 läkemedel. Flertalet läkemedelsavvikelser rör läkemedel som inte överlämnats till patienterna.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som inkommer via IVO (inspektionen för vård och omsorg) 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.

Under året har inget klagomål som rör patientsäkerheten inkommit, vilket gör att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan ses.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När vårdtagaren har flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och närstående om Patientnämndens arbete. Informationsbroschyr om Patientnämnden lämnas i samband med inflyttning.

Vårdtagare/närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Om behov finns av vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras deltar vårdtagare/närstående.

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

Strukturmått

Andelen personal, inklusive chef som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 100 procent. Utbildningen omfattade cirka en timme.

Processmått Andelen riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter som är 65 år eller äldre uppgår till 0 procent.

Resultatmått

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 0 procent.

En patient har drabbats av fraktur i samband med fall.

Måluppfyllelse

1. Målet att sjuksköterskan gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter 65 år eller äldre har inte uppnåtts.
2. Målet att trycksår inte ska uppkomma i verksamheten har uppnåtts.
3. Målet att förhindra spridning av vårdinfektioner har uppnåtts.
4. Målet att säkerställa att verksamhetens lokala rutiner för läkemedelshantering är säkra och ändamålsenliga har inte uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Följande kvarstående brister ska vara genomförda senast maj 2015:

1. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringens görs med apotekare/farmaceut för att säkerställa att de lokala rutinerna för läkemedelshanteringens är säkra och ändamålsenliga.
2. Alla patienter över 65 år ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Detta ska sedan ske minst en gång per år.

MÅL 2015

1. Alla patienter över 65 år ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår gjorda minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av vårdinfektioner.
4. Verksamhetens lokala rutiner för läkemedelshantering är säkra och ändamålsenliga.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för alla patienter över 65 år minst en gång per år för de patienter som tackar ja till erbjudandet.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patient med trycksår identifierats.
 - 3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
 - 3.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid vårdinfektioner.
 - 3.3. All personal, inklusive chef och sjuksköterska genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen görs med apotekare/farmaceut för att säkerställa att de lokala rutinerna för läkemedelshanteringen är säkra och ändamålsenliga.