



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Axgårdens vård- och omsorgsboende

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-01-12

Marie Bergström, 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	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 §

Alla siffror inom parentes är från föregående år, 2015.

Sammanfattning

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Enligt ovan nämnda har vi under 2016 genomfört:

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

Egenkontroll av ovanstående har genomförts.

-påbörjat screening av inkontinens med nytt instrument.

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Avvikelseerna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal och återkopplas till berörd medarbetare.

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.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts med 89%, men minskat något jämfört med föregående år. Mindre än hälften av vårdtagarna har lågt BMI och det är något lägre än föregående år.

Under året har 3 (16) vårdtagare drabbats av trycksår, vilket är en minskning från föregående år.

130 (89) avvikelser rörande fall har rapporterats och 7 (4) har lett till frakturer.

Vid inskickning till sjukhus har 69 % blivit inlagda mot 83% förra året. Vid en genomgång finns inget som antyder att det rör sig om fler "onödiga" inskickningar .

Rapportering av avvikelser rörande läkemedel har halverats 24 (49) st. vilket enligt bedömning tyder på att läkemedelshanteringen förbättrats.

Ingen(ingen) vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka eller för influensa. Förekomst av antibiotikabehandlade infektioner följs genom infektionsregistrering. 4(5) personer med hepatit har vårdats vid enheten. Ingen person med antibiotikaresistenta bakterier har vårdats på enheten och därmed har heller ingen smittspridning har skett

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 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)

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, d v s 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

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 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 Enheten för 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 avvikelseanmälan.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 §, p 1-2

Under 2016 har:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument,
- registrering av dödsfall skett via Svenska Palliativregistret,
- demenssymtom registrerats i BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)
- 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 § p2

De egenkontroller som genomförts under 2016 är:

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

Kontroll att registrering av dödsfall sker i Svenska Palliativregistret.

Egenkontroll genom dialog i arbetsgrupperna kring Vårdhygiens basala hygienrutiner.

Kontroll av att infektionsregistrering.

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 två rapporttillfällen per dag träffas omvårdnadspersonal och sjuksköterska.

Särskilda team-möten mellan sjuksköterska, omvårdnadspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker en gång per 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.

Avvikelseerna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal. 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 79 (88) journaler varit upprättade vid enhetens 49 platser.

Alla siffror inom parantes är föregående års siffror.

Andelen genomförda riskbedömningar vid mätdatumet 161231 för:

fall uppgår till 89 % (98 %)

undernäring uppgår till 89 % (98 %)

trycksår uppgår till 89 % (98 %)

Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 78 % (98 %)

7 (4) vårdtagare har drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor.

3 (16) vårdtagare har drabbats av trycksår under året

Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 45 % (49 %).

Andelen vårdtagare som screenats enligt instrument för inkontinens är 89 % (100) %.

Infektionsregistrering är genomförd.

Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 63 (43) st.

0 (0) vårdtagare behandlades för influensa och 0 (0) drabbades av virusorsakad gastroenterit, dvs. vårdrelaterad infektion.

4 (5) personer med hepatit har vårdats vid enheten.

Antibiotikaresistenta bakterier:

Under året har ingen person med antibiotikaresistenta bakterier vårdats.

Ingen smittspridning har skett.

Antal avlidna under året är 29 (18) personer varav 21(13) har avlidit på enheten

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret är 24 (12) st.

Antal registreringar i BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är 18 (9).

Antal registrerade riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert är 53 (86), antalet registrerade åtgärder 42 (85)stycken under året

Vid 35 (35) tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året. 24 (29) personer blev inlagda, vilket motsvarar 69 % (83 %) av de inskickade.

Merparten av de som kom åter från akutklinik var inskickade efter fall för bedömning av eventuell fraktur.

Antal inrapporterade avvikelser rörande

Fall 130 (101) st

Läkemedel 27 (42) st

Brister i vårdkedjan 0 (0) st

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

Måluppfyllelse

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns beslutad av stadsdelsnämnden.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts i något mindre omfattning än föregående år. Förekomsten av frakturer har ökat liksom antal fall. En stor andel av vårdtagarna har lågt BMI dock har siffran minskat något. Antalet trycksår är väsentligen lägre än tidigare år.

Rapportering av avvikelser rörande läkemedel har halverats vilket efter bedömning visar att läkemedelshanteringen förbättrats.

Vid inskickningar till akutsjukhus har 69 % (83 %) blivit inlagda vilket är en minskning från föregående år.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2017

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
3. Patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) ska stödjas genom att personalen arbetar enligt validerad metod.
4. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
5. vi ska förhindra spridning av smittsamma infektioner.
6. En systematisk läkemedelsgenomgång ska genomföras för alla patienter med läkemedelsbehandling
7. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen ska följas till 100 procent.
8. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
9. All personal ska rapportera alla upptäckta avvikelser och av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.
10. Alla patienter ska ha en journal upprättad enligt ICF-strukturen.
11. Vi ska ha utbildade palliativa ombud på enheten.
12. Alla patienter ska ha en aktuell riskbedömning gällande nutrition (MNA) och en aktuell gällande munhälsa (ROAG). Alla som har en risk ska ha en hälsoplan med individuell utredning.

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 fortgå under året.
- 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 följer upp den skriftliga lokala rutinen för rapportering av avvikelser samt den lokala rutinen för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.
 9. Journaler upprättas enligt ICF-struktur på samtliga befintliga patienter. Därefter används ICF-strukturen i alla journaler.
 11. Alla medarbetare ska gå igenom webutbildning i palliativ vård. Enheten ska utse vårdteam med sjuksköterska rehabpersonal och undersköterskor till palliativa ombud som ska gå specifik utbildning. De palliativa ombuden ska ha ett tydligt uppdrag att tillsammans med enhetschef driva palliativa frågor och finnas som stöd för övriga medarbetare
 12. Enheten följer de framtagna riktlinjer och rutiner för enheten och förvaltningen. Internkontroll görs varje månad.

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

- 1-4.3,5,7. Pågår kontinuerligt under året
 - 4.4 Hygienrond har genomförts under första halvåret 2016. Vi arbetar nu med att rätta till våra rutiner och har nästa rond 2018.
 6. Genomförs första kvartalet 2017
 8. De lokala rutinerna följs upp under första halvåret 2017 och tillämpas fortsatt under året.
 9. ICF-strukturen används i alla nyupprättade journaler. Uppföljning under första halvåret med granskning.
 10. Alla medarbetare ska gå igenom webutbildning i palliativ vård under vårterminen 2017, utbildning till utsedda palliativa ombud under 2:a kvartalet 2017. Lokalt arbete hösten 2017.
-