

Patientsäkerhetsberättelse för Attendo Postiljonens Vård- och omsorgsboende 2018

2018-10-31

Annika Borggren

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	3
Övergripande mål.....	3
Ansvarsfördelning.....	3
Mät- och uppföljningsmetod.....	4
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	5
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	5
Granskning av dokumentation.....	6
Samverkan.....	6
Rapporteringsskyldighet.....	7
Synpunkter och klagomål	7
Resultat.....	7
Övergripande Mål för kommande år	7

Sammanfattning

Vidtagna åtgärder för ökad patientsäkerhet:

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och undernäring har genomförts på alla boende och bedömda insatser ordinerats och följts upp regelbundet.

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

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

Alla händelser/avvikelser inrapporteras i vårt avvikelsesystem Attendo Add. Vidtagna åtgärder och uppföljning av dessa kommuniceras på avdelningsmöten och på arbetsplatsträffar en gång per månad.

Vi har under uppdragsperioden 2018-01-01 till och med 2018-10-3 haft en (1) Lex Maria-anmälan.

Övergripande mål

Mål för 2018

- Dokumentation HSL: resultat från dokumentationsgranskning i samband med verksamhetsuppföljning visar på 92%. Det finns brister i hälsoanamnes hos några brukare samt att det saknas hälsoplaner hos några brukare. 10% av journalerna har blivit granskade.
- Infektionsregistrering: mål ej uppnått
- Loggkontroller: mål ej uppnått
- Abbey Pain Scale: pågående arbete fortlöper
- Kollegiala dokumentationsgranskningar: mål ej uppnått
- BPSD-registrering: pågående arbete fortlöper
- Basala hygienrutiner i samverkan med Vårdhygien Stockholm: pågående arbete fortlöper
- Synpunkter och klagomålshantering: pågående arbete fortlöper

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
- Informerar verksamhetschef vid allvarliga händelser

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.

Omvårdnadspersonal

- Personal ansvarar för att skriva avvikelser och händelser i vårt avvikelssystem.

Omvårdnadspersonalen medverkar i kvalitetsmötena för att utveckla verksamheten inom aktuella områden.

Mät- och uppföljningsmetod:

Attendo Add

Kvalitetsarbetet sker med hjälp av vårt kvalitetssystem Attendo Add. Här 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 t ex förändring av rutiner. Vidtagna åtgärder och uppföljning av dessa kommuniceras på avdelningsmöten och på arbetsplatsträffar en gång per månad.

Ett sammanfattande protokoll skrivs i Attendo Add skickas för godkännande till vår kvalitetsutvecklare stab. 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 – resultat svarsfrekvens
- Riskanalyser
- Granskning av HSL och SoL-dokumentation samt genomförandeplaner
- 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.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts:

Sjuksköterskorna har arbetat med att registrera brukare i Senior Alert som fortlöper. Samtlig personal använder sig av BPSB som metod för att säkerställa individanpassad omvårdnad. Allt arbete sker förebyggande i HSL-gruppen avseende fallrisk (Downton) nutrition (MNA) och trycksår (Norton). Uppföljning och utvärdering sker månadsvis i kvalitetsrådet utifrån vårt avvikelssystem Attendo Add. För att säkerställa patientsäkerheten ges utbildning i vårt avvikelssystem till samtliga nyanställda.

I samarbete med Vårdhygien Stockholm genomförs hygienrund som ligger till grund för vidare arbete med basala hygienrutiner på arbetsplatsen. Arbetet med handlingsplan från 2017 är pågående.

Löpande utbildning i arbetstekniska hjälpmedel och belastningsergonomi ges kontinuerligt till samtliga anställda.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser:

Apoteksgranskning har skett under 2018.

Utifrån 2018 års resultat av Socialstyrelsens brukarundersökning med fokus på upplevd tillgänglighet till sjuksköterska var resultatet 78%, läkare 50% samt den boendes upplevda trygghetskänsla 74% andel positiva svar.

BPSD-registrering är pågående och antalet inrapporterade uppgifter i nationella registret är för få i dagsläget för att kunna ta fram statistik.

Händelse/avvikelse	Postiljonen 96 brukare
Läkemedel	Inom parentes avser 2017
Glömt att ge	23 (43)
Fel dos/styrka	3 (4)
Fall	
Ingen skada	114 (237)
Skada, ej sjukhusvård	30 (26)
Sjukhusvård	6 (21)
Externt	
Informationsöverföring	2 (3)
Medicintekniska produkter	

Handhavandefel	2 (3)
----------------	-------

Händelseanalys – Läkemedel

Antalet läkemedelsavvikelser har under perioden 2018-01-01 till 2018-10-31 legat på 26 avvikelser jämfört med totalt 65 avvikelser per helår 2017. 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 perioden 2018-01-01 till 2018-10-31 legat på sammanlagt 150 rapporterade fall, med jämförelsetal från föregående helår 2017 då det inrapporterades totalt 284 fall. 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.

Händelseanalys - Medicintekniska produkter (MTP)

Uppkomna handhavandefel under perioden 2018-01-01 till 2018-10-31 - sammanlagt två (2) händelser som uppkommit till följd av att man ej följt direktiv om dubbelbemanning i samband med användning av liftanordning.

Infektionsregistrering

Ingen infektionsregistrering är utförd 2018. Arbetet med handlingsplan från 2017 är pågående.

Egenkontroll och dokumentationsgranskning

Egenkontroll genomförs av verksamheten och regionen årligen. 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. Postiljonen erhöll godkänt resultat vid denna kontroll.

Läkemedelshantering

Inför varje delegeringsbeslut har det gjorts en noggrann bedömning som innefattat kunskapstest. Varje månad har de avvikelser som gäller delegerade uppgifter kontrollerats, hur det dokumenterats och åtgärdats och följts upp. Patientansvarig läkare går regelbundet igenom brukarnas läkemedelslista för att säkerställa ordination.

Samverkan

Information ges alltid till närstående om brukaren drabbats av vårdskada eller riskerat att drabbas. Närståendemöten har genomförts där vi beskriver och diskuterar kvalitetsarbetet.

Läkarorganisationen – läkare på plats två dagar/vecka där möjlighet finns att konsultera om/när brukare drabbas eller riskerar att drabbas av vårdskada samt vid infektion hos brukaren. Samverkan sker med olika vårdcentraler gällande korttidsboende.

Rapporteringsskyldighet

Lex Sarah – inrapportering vid vårdskada eller risk för vårdskada (omvårdnad)

Lex Maria – inrapportering vid vårdskada eller risk för vårdskada (hälso- och sjukvård)

M A S – inrapportering av händelser/avvikelser via Attendo Add

Synpunkter och klagomål

Synpunktshantering och klagomål hanteras skyndsamt av verksamhetschef som också säkerställer aktuell åtgärd.

Resultat

Målen för 2018 är pågående eller har uppnåtts i samband med verksamhetsövergång 2018-10-31 med undantag för infektionsregistrering, loggkontroller samt kollegiala dokumentationsgranskningar.

Övergripande Mål för kommande år 2019

Verksamheten är aktuell för verksamhetsövergång 2018-10-31.