

Patientsäkerhetsberättelse

För vård- och omsorgsboendet Hemmet
för gamla
År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-21 Yvonne Söderberg, Nina Ehn



Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse.....	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
<i>Övergripande mål och strategier.....</i>	<i>4</i>
<i>Organisation och ansvar</i>	<i>4</i>
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</i>	<i>5</i>
<i>Patienters och närståendes delaktighet</i>	<i>5</i>
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i>	<i>5</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>5</i>
<i>Egenkontroll</i>	<i>6</i>
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
<i>Riskanalys.....</i>	<i>9</i>
<i>Utredning av händelser - vårdskador.....</i>	<i>9</i>
<i>Informationssäkerhet.....</i>	<i>9</i>
RESULTAT OCH ANALYS	10
<i>Egenkontroll</i>	<i>10</i>
<i>Avvikelser</i>	<i>10</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>Fel! Bokmärket är inte definierat.</i>
<i>Händelser och vårdskador</i>	<i>11</i>
Mål och strategier för kommande år	11

Sammanfattning

Enhetens uppdrag ur patientsäkerhetsperspektivet är att de boende på Hemmet för gamla får en trygg, säker och jämlik hälso- och sjukvård. För oss är det viktigt att den äldre känner att hen är i centrum och har kontroll över sitt liv. Bemötande är ett av våra viktigaste verktyg för att ge den äldre en känsla av trygghet. Vi arbetar utifrån alla äldres olika behov och anpassar verksamheten utifrån det. Undersköterskor finns på plats dygnet runt. Vi har omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast. Läkare kommer en dag i veckan. En säker och jämlik hälso- och sjukvård vilar exempelvis på bedömningsinstrument som ger likvärdig bedömning oavsett kön.

Under året har verksamhetsanpassning gjorts till att bli 63 platser. I april kunde vi stänga B-huset. I början av året utbildades all omvårdnadspersonal inför omställning från egna sjuksköterskor dygnet runt till sjuksköterskepatrull delar av dygnet från den 1 april. Detta medförde att sjuksköterskorna fick nytt schema och ett tydligare uppdrag för sina patienter. Denna förändring har genomförts med bibehållen patientsäkerhet.

De palliativa ombuden har genomgått utbildning i 3 dagar. All personal har gått utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik. Fastigheten har utrustats med taklyftar i alla rum i A-huset för att förbättra och öka tryggheten i förflyttningsmoment för både de äldre och för personal.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier för 2018

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

Mål för 2018:

- Patientsäker vård
- Personcentrerad vård och omsorg
- God vård i livets slutskede

Organisation och ansvar

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Vårdgivaren är Skarpnäcks stadsdelsnämnd som har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:30 4 kap 2 §, ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån nämndens ledningssystem och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ska se till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt. I ansvaret ingår att det finns personal med rätt kompetens samt att lokaler och utrustning är anpassade utifrån verksamhetens inriktning och behov.

Verksamhetschef ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar för utredning, åtgärder och återkoppling av resultat till verksamheten. Verksamhetschefen ska samverka med MAS/MAR i frågor som rör verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Verksamhetschef på Hemmet för gamla har uppdragit till biträdande enhetschef att utföra enskilda ledningsuppgifter

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. Sjuksköterska har omvårdnadsansvar för mellan 10-21 patienter. Sjuksköterskor finns på enheten Måndag- Fredag 7.00-17.00 Lördag- Söndag 7.00-15.00 samt helgdag övrig tid finns sjuksköterskejour som är Klara Kompetens. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar måndag-fredag.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Verksamheten har stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och dietist i att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamheten har en lokal samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen. Samverkan sker också med vårdhygien, utförare av tandvård och Apoteket AB.

Patienters och närståendes delaktighet

Patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbete genom kontinuerlig dialog. Enheten erbjuder vårdplaneringar där den äldre och och anhöriga deltar. Anhörigmöten genomförs två gånger per år. Kvalitetsråd och boenderåd finns på enheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelse rapport skrivs i Vodok av legitimerad personal, där legitimerad personal tillsammans med verksamhetschef bedömer, åtgärddar, dokumenterar och rapporterar händelsen. Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan verksamhetschef, MAS och/eller MAR. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS eller MAR ansvar att anmäla till IVO och till stadsdelsnämnden.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter hanteras utifrån gällande rutin i Stadsdelsförvaltningen. Synpunkter och klagomål som kommer in sammanställs och redovisas under året i verksamhetsuppföljningen.

På enheten tas synpunkter och klagomål upp i olika forum för att utveckla verksamheten. Verksamhetschef har uppdragit åt biträdande enhetschef att besvara klagomål och synpunkter som rör hälso- och sjukvården. Dessa synpunkter och/eller klagomål ska även delges MAS och MAR. MAS/MAR samt biträdande enhetschef utreder, analyserar parallellt och återkopplar till varandra innan beslut fattas. I de fall patienten inte är nöjd med handläggningen av ärendet kan han/hon vända sig till patientnämnden eller inspektionen för vård och omsorg (IVO).

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Egenkontroll

Egenkontroller görs på både verksamhets- och individnivå. Nedan är en sammanställning på egenkontroller i verksamheten.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet (verksamhetsuppföljning)	1 gång per år	Äldreförvaltningen
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	1 gång per år	Senior alert
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna		Vodok
Avvikelser	Minst en gång i månaden.	Avvikelsemodulen i Vodok 2.0
Synpunkter och klagomål	Minst en gång i månaden	Stadsdelens diarium
Riskbedömningar/screening av fall, trycksår, undernäring, blåsdysfunktion och munhälsa	2 gånger per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0 Senior alert
Funktionsbedömning ADL	2 gånger per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagna mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll

Basala hygienrutiner	1 gång per år	Vårdgivarguiden
Vård i livets slutskede	Kontinuerligt	Svenska palliativregistret
Nattfaste mätning	2 gånger per år	Egenkontroll genomförs utifrån MAS regler
Loggkontroller	1 gång i månaden	Vodok
Journalgranskning	1 ggr/år	Vodok
Medicintekniska produkter - MTP	2 ggr/år	MTP inventarier.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Under året har vi arbetat med säker läkemedelshantering, ökad kompetens inom hälso- och sjukvård för alla medarbetare samt dokumenterad smärtskattning vid palliativ vård.

Arbetsätt och åtgärder för att förbättra patientsäkerheten under året:

- Utbildning av omvårdnadspersonal i läkemedelshantering i enlighet med författningen HSLF-FS 2017:37.
- Tvärprofessionellt arbete med att identifiera, förändra och följa upp strukturella hinder för korrekt läkemedelshantering på kvalitetsrådet.
- Tvärprofessionell granskning av läkemedelsavvikelser.
- Omvårdnadspersonalen har deltagit i en internutbildning gällande mätning av vitalparametrar, dokumentering samt rapportering till sjuksköterska.
- Utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik.
- Alla förskrivare har genomfört den webbaserade förskrivarutbildningen. Alla har lämnat intyg.
- Palliativa ombud utbildades. Analyser av 2018 års statistik från palliativa registret gjordes i Januari med hälso och sjukvårdspersonalen.
- HSL personal deltog i PKC-dagen.
- Kontroller görs regelbundet så att hjälpmedel är anpassade och kontrollerade.
- Loggkontroller har gjorts 1ggr/månad under året.
- Journalgranskning görs fortlöpande i den omfattning som krävs för att stärka verksamhetens kvalite.
- MTP- Medicintekniska produkter följs upp 2 ggr/år och vid behov. Rehabpersonal och sjuksköterska har ansvaret för att hjälpmedel är anpassade och finns hos varje patient. Sängar och lyfthjälpmedel besiktas 1 ggr/år.

Sedan tidigare används följande arbetssätt för patientsäkerhet:

- Apoteksgranskning
- Hygienrond
- Kvalitetsråd
- Egenkontroller
- HSL-möten
- Lokala rutiner

Mål: Säker läkemedelshantering

1 januari 2018 började författningen HSLF-FS 2017:37 gälla. Författningen ställer större krav på delegerad personal t.ex. gällande kontroll vid administrering av läkemedel. Arbetet har bestått i en till en undervisning där sjuksköterska berättat och visat hur dessa kontroller genomförs. Några medarbetare på varje avdelning genomförde webbutbildning ”Jobba säkert med läkemedel”. Biträdande enhetschef har tillsammans med MAS samt chef från Edö vård- och omsorgsboende samverkat och omarbetat signeringslistor som rör läkemedel. Detta för att minska antalet listor samt få en översiktlig bild av läkemedelsadministreringen. Avvikelser som uppstått har diskuterat tvärprofessionellt på teammöte samt på kvalitetsråd.

Mål: Öka kompetensen i observationer och medicintekniska moment.

Under året har vi arbetat med att öka kompetens hos medarbetarna i observationer och medicintekniska moment. Utbildningsinsatserna har utgått från medarbetarnas förkunskaper.

- Omvårdnadspersonalen genomgått utbildning i mätning av vitalparametrar, dokumentation samt rapportering till sjuksköterska. Denna utbildning genomfördes under våren i mindre grupper.
- Omvårdnadspersonal har genomgått en 4 timmar lång utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik.
- Alla förskrivare har genomfört socialstyrelsens webbaserade förskrivarutbildning.
- Omvårdnadspersonal genomför olika webbutbildningar inom tex palliativ vård, diabetes, basala hygienrutiner.

Mål: Dokumenterad smärtskattning i palliativ vård

Inför ett förväntat dödsfall upprättas en palliativ vårdplan samt ordination av palliativa läkemedel. För att avgöra behovet av tex smärtsstillande läkemedel genomför sjuksköterskorna regelbundet smärtskattning. Detta dokumenteras utifrån ett skattningsinstrument.

Fokus under året låg därför på dokumenterad smärtskattning utifrån Abbey painscale. Resultatet har analyserats och åtgärdsplaner är gjorda.

Övriga åtgärder som genomfördes:

- Palliativa ombud utbildades, totalt 10 stycken
- Medarbetarna genomförde webbutbildning om palliativ vård
- HSL personal deltog i PKC-dagen

Risikanalys

Under året har vi fortsatt att arbeta med den handlingsplan som gjordes inför övertagandet. Riskanalyser görs fortlöpande. Riskanalys gjordes inför övertagandet av sköterskepatrull på jourtid. Detta medförde utbildningssatsningar och uppföljningsmöten med uppdragstagaren. Riskanalyser görs inför sommaren så att bemanningen säkerställs vid sommarledighet. Med långsiktig planering och framförhållning så blir bemanningen säker utifrån enhetens uppdrag.

Utredning av händelser - vårdskador

Verksamheten har under året fått återkoppling gällande ett ärende som innan verksamhetsövergången den 1 oktober 2017 anmäldes till patientnämnden. Ärendet som härledde från anhörig ledde till en IVO-anmälan. IVO rapport visade på bristande dokumentation under natten för händelsen men ingen brist gällande själva omhändertagandet utifrån hälso- och sjukvård. I samband med verksamhetsövergång har stadens system för dokumentation införts och hälso- och sjukvårdspersonal har fått utbildning.

En händelse gällande en trasig liftbåge som lett till en fallolycka utreddes också av oss samt leverantören av liftsystemet. En risk gällande läkemedels distribution där utreddes. En boende fick ett uppehåll i sin läkemedelsadministration på grund av oförutsedd ekonomisk situation hos denne. Dessa händelser har utretts och resulterat i utveckling av verksamheten.

Informationssäkerhet

Loggkontroller i VODOK har genomförts regelbundet.

Verksamhetschefen har uppdragit åt biträdande enhetschef att genomföra loggkontroller samt säkerställa att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer logghanteringen. Rutinen är känd och följs i verksamheten. Samtlig HSL-personal och alla boende är kontrollerad minst 1 gång under året. Ingen obehörig användning har noterats.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Här kan ni skriva en samlad analys av alla resultat utifrån satta mål, strategier och genomförda åtgärder dvs. vilka resultat har era egenkontroller givit och vad gör ni för analys, t.ex. resultat och analys av PPM, riskbedömningar mm.

Egenkontroll	Resultat	Åtgärd
Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen	8 stycken förbättringsförslag	Alla förbättringsförslag har genomförts.
Hygienrond	Rapport är skickat till enheten efter rond.	Rapporten är genomgången och förbättringsåtgärder genomförs utifrån protokollet.
Basala hygienrutiner	Alla har genomgått utbildning i vårdhygien.	Alla redovisar webutbildningsdiplom.
Nattfaste mätning	Snitt 10 timmar varav 11 personer låg över 11 timmar	Boende med längre nattfasta än 11 timmar har planerade åtgärder för att minska nattfasta alt tackat nej till åtgärder.
Loggkontroller	Inga avvikande loggningar.	
Avvikelser	Totalt 130 stycken varav 93 stycken var fall, 36 stycken om läkemedel och 1 stycken gällande omvårdnad.	

Avvikelser

Under året rapporterades totalt 130 stycken avvikelser varav 93 stycken var fall, 36 stycken om läkemedel och 1 stycken gällande omvårdnad. Av dessa 93 stycken fall, ledde 12 stycken till skada och 2 stycken till fraktur. Alla fall var olyckor och det fanns ingen brits i hälso- och sjukvården. Avvikelseerna gällande läkemedel bestod till största del av missad administration, signering eller dyl.

Händelser och vårdskador

Utifrån de händelser, avvikelser samt klagomål och synpunkter har flertalet nya rutiner skapats. Dokumentationen har förbättrats genom egenkontroller, samtal i HSL-gruppen och stödmaterial i Vodok samt från MAS. Ett fortsatt arbete med åtgärdsplaner som skapats efter egenkontroll av dokumentationen ingår nu i verksamheten. Rutiner har omarbetats som ett resultat av avvikelser. Ett fokus har även varit att de avvikelser som skrivs är av god kvalitet och bearbetas både som enskild händelse samt utifrån ett systemperspektiv.

Mål och strategier för kommande år

Införa arbetssätt utifrån BPSD

- Utbilda BPSD administratörer
- Ansluta enheten till BPSD registret
- Implementera arbetssättet på demensavdelningarna.

Säkerställa inkontinensvården

- Utbilda alla sjuksköterskor i förskrivningsverktyget Guide
- Gemensamma möten med ombud från avdelningarna genomförs.
- Säkerställa att alla boende har rätt hjälpmedel genom ordination i Guide.

Öka kunskaper om nutrition

- Dietist utbildar sjuksköterskor i nutrition
- Måltidsombud finns på varje avdelning för att stötta kollegor och samverka med andra avdelningar för att göra måltiden till en nyttig och trevlig stund på dagen.
- Vi arbetar med dietist kring modellen FAMM.
- Dietist finns för utbildning, handledning samverkan kring styrdokument. Måltidsombuden är en länk mellan boende, personal, anhöriga , chefer i frågor som rör mat, måltider och nutrition.
- Måltidsombuden deltar i informationsträffar måltidsråd utbildningar för att få fördjupad kunskap.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- Säkerställa att verksamhetens rutiner följer nämndens ledningssystem och stadens regler för hälso- och sjukvård

- Digitalisera verksamhetens ledningssystem för en ökad tillgänglighet och förbättrade möjligheter till systematisk uppföljning