



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten- Liljeholmens stadsdelsnämnd

Axgårdens vård- och
omsorgsboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-01-25

Marie Bergström, verksamhetschef enligt
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	8
RESULTAT OCH ANALYS	8
Egenkontroll	8
Avvikelser	9
Klagomål och synpunkter	10
Mål och strategier för kommande år	10

Sammanfattning

Vårt mål är att ge en god hälso- och sjukvård.

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Enligt ovan nämnda har vi under 2018 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.

-screening av inkontinens enligt instrument i Nikola.

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.

Avvikelserna 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 patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman. Vid ankomstsamtalet informeras patient och närstående om möjligheten att lämna in synpunkter och klagomål. Patient/närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts med 80 % (86), men minskat jämfört med föregående år. Mindre än hälften av vårdtagarna har lågt BMI och det är något lägre än föregående år.

Under året har 26 % drabbats av trycksår, vilket är en ökning från föregående år. Den sista december fanns 6 patienter med trycksår, varav 3 har uppkommit på annan plats.

38 (68) avvikelser rörande fall har rapporterats. Ingen (3) har lett till fraktur. Vid inskickning till sjukhus har 92 % blivit inlagda mot 42 % förra året. Det tyder på att adekvata bedömningar gjorts som därför inte medfört onödiga inskickningar.

Rapportering av avvikelser rörande läkemedel har minskat till 6(8) st. vilket enligt bedömning visar att läkemedelshanteringen förbättrats.

Ingen(ingen) vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka. Förekomst av antibiotikabehandlade infektioner följs genom infektionsregistrering.

4(4) 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.

Enhetens sjuksköterskor har under året ansvarat kvällstid för akuta insatser på Fruängsgårdens servicehus 16.30 - 21.30.

Vi kommer att arbeta med att riskbedöma och registrera i de nationella registren. Under 2018 har vi inte nått målen vad gäller antal genomförda riskbedömningar i tid vilket vi ska förbättra under 2019. Vi arbetar också fortsatt med att utveckla den palliativa vården.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Enheten har som mål att erbjuda patienterna 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 läkemedelshandlingen eftersträvas genom hög följsamhet till upprättade regler och rutiner, systematiska läkemedelsgenomgångar och avstämningar samt extern granskning.

Organisation och ansvar

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 4 kap, 2§ 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 kontinuerlig 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 kap 11 och 12 HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

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

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, d v s sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/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 och verksamhetschef.

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

Baspersonal

Baspersonalen 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.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov.

Vid två rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar vardagar.

Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt.

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.

Läkaren har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Annan samverkan

Vid inköp av medicintekniska hjälpmedel som exempelvis liftar, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

Patienters och närståendes delaktighet

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras patient och närstående om Patientnämndens arbete. Patient/närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Informationsbroschyr lämnas i samband med inflyttning.

Patient/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 patient/närstående.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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 baspersonal, som inte har tillgång till avvikelsemodulen i datajournalssystemet, skriver avvikelser på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska. Verksamhetschef ansvarar för att avvikelser utreds.

Vid allvarliga avvikelser överlämnas utredningen till MAS för ställningstagande till ev. Lex Mariaanmälan.

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

Klagomål och synpunkter

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.

Egenkontroll

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser och infektionsregistreringar. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, t.ex. andel patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras månadsvis till verksamhetschef och MAS. 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.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: Fall Undernäring Trycksår Inkontinens Munhälsobedömning ADL-bedömning	1 gång per månaden	Rapport av hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per kvartal	Egenkontrollblankett från Vårdhygien
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Egenkontrollblankett från Vårdhygien

Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Mätning av andelen registrerade dödsfall	1 gång per månaden	Svenska Palliativregistret
Granskning av läkemedelshanteringen	1 gång per år	Externt av farmaceut
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshanteringen	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Under 2018 har:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument,
- registrering av dödsfall gjorts i Svenska Palliativregistret,
- sammanställning av infektionsregistrering genomförts,
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar utförts,
- registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ej genomförts. Den blev framflyttad till 8 januari 2019 och är nu genomförd

Enheten har strukturerade team-möten runt patienterna.

Risikanalys

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.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Under året har **88** (84) journaler varit upprättade vid enhetens 49 lägenheter.

Den sista december 2018 var 48 (46) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

Aktuell riskbedömning: Fall, Undernäring, och trycksår	Mål 90 %	Resultat 81 % (93 %) 83 % (93 %) 77 % (93 %)
Inkontinensutredning	Mål 90 %	Resultat 79 % (93 %)
Munhälsobedömning	Mål 90 %	Resultat 71 % (89 %)
ADL-bedömning	Mål 90 %	Resultat 92 % (89 %)
Hygienrond	Mål En gång vartannat år	Kommer att genomföras 31 januari 2019
Granskning av läkemedelshanteringen	Mål En gång per år	Genomfördes 8 januari 2019

Andelen patienter med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 48 %.

26 % av patienterna har drabbats av trycksår under året.

Infektionsregistrering visar att antalet antibiotikabehandlade infektioner uppgår till 45 (28).

Ingen patient behandlades för virusorsakad gastroenterit, d.v.s. vårdrelaterad infektion.

Den sista december fanns ingen person med antibiotikaresistenta bakterier.

Den sista december fanns 4 personer med hepatit vid enheten.

Under året har 29 personer avlidit, varav 5 på sjukhus.

17 har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Vid 25 tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året och av dessa blev 92 % inlagda.

Avvikelser

Under året har 45 (76) avvikelser rapporterats.

Fall 38 (68), ingen fraktur har rapporterats och 2 annan skada/misstänkt skada

Läkemedel 6 (8)

Trycksår 2

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

Måluppfyllelse

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har minskat och når inte upp till målnivån. Ingen patient har drabbats av fraktur under året. Trycksårsförekomsten är hög, men även trycksår i grad 1 uppmärksammas. I siffran redovisas både trycksår som uppstått vid enheten och patienter med trycksår som flyttat in.

Antalet inrapporterade avvikelser rörande fall har minskat jämfört med föregående år och samma gäller rapporteringen av läkemedelsavvikelserna. Det indikerar att avvikelserapporteringen fungerar vid enheten. Extern granskning av läkemedelshanteringen flyttades fram och genomförs 8/1 2019.

Mål och strategier för kommande år

MÅL 2019

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok och patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) ska stödjas genom att personalen arbetar enligt validerad metod.
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha systematisk läkemedelsgenomgång genomförd.
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen ska följas till 100 procent.
7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
8. All personal ska rapportera alla upptäckta avvikelser och av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.

STRATEGIER

1-3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen. Därutöver ansvarar planeringsansvarig sjuksköterska för att screena patienterna inom områdena inkontinens och munhälsa. Vid behov ska planeringsansvarig sjuksköterska förskriva individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Registrering i kvalitetsregistret BPSD ska fortsätta 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. Hygienrund genomförs vartannat år.
5. Planeringsansvarig 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. Planeringsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
8. All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

- 1-4.3,5,7. Pågår kontinuerligt under året
- 4.4 Hygienrund ska genomföras 22 januari. Rond genomförs vartannat år.
6. Genomförs 8 januari 2019.
8. Lokala rutiner uppdateras efter framkomna behov av förändringar