



Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten- Liljeholmens stadsdelsnämnd

Trekantens servicehus

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-01-25

Päivi Palomäki, verksamhetschef enligt
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll

| | |
|---|----------|
| Sammanfattning | 3 |
| STRUKTUR | 4 |
| Övergripande mål och strategier | 4 |
| Organisation och ansvar | 4 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 5 |
| Intern samverkan | 5 |
| Patienters och närståendes delaktighet | 5 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 5 |
| Klagomål och synpunkter | 6 |
| Egenkontroll | 6 |
| PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten | 7 |
| Riskanalys | 7 |
| RESULTAT OCH ANALYS | 7 |
| Egenkontroll | 7 |
| Avvikelser | 8 |
| Klagomål och synpunkter | 8 |
| Mål och strategier för kommande år | 9 |

Sammanfattning

En organisation för systematisk patientsäkerhetsarbete är beslutad av stads delsnämnden.

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan

Ett ankomstsamtal hålls inom två veckor efter patienten flyttat in. Patienten får träffa sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson.

Innan patienten flyttar in skickas broschyr till hen där information om hur synpunkter och klagomål kan framföras.

Rapporterade händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada sammanställs och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal och återkopplas till berörd personal. Vid allvarliga hälso- och sjukvårds avvikelser tas direkt kontakt med enhetschefen och MAS. Vi har under året genomfört riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår enligt validerade instrument. Vi har registrerat dödsfall i palliativregister och registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) samt gjort sammanställning av infektionsregistrering. Vi har erbjudit och genomfört munhälsoundersökningar.

Enheten har strukturerade team-möten runt patienterna. En gång per år eller vid behov träffas hälso- och sjukvårdspersonal och kontaktperson med samlade kunskaper om patienten som ska leda till en helhetssyn om patientens aktuella status.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Under 2018 har inga vårdskador inträffat. Vi har arbetat preventivt för att undvika uppkomst av trycksår. Under året har åtta patienter haft trycksår, varav ett uppstått på enheten.

En blick framåt

Enheten kommer att arbeta för en god hälso- och sjukvård som är trygg, säker och förebyggande genom att fortsätta med tvär professionella team-möten där patienten står i fokus.

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 patienterna 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.

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 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 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

Leg. 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.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

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

Vid rapport två tillfällen per dag träffas baspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal på 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 Gröndals vårdcentral.

I samverkansmöten under året diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande och på individnivå för att förebygga 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.

Avvikelserna 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. Avvikelser 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 år | Egenkontrollblankett från Vårdhygien |
| Hygienronder | 1 gång vartannat år | Protokoll |
| Infektionsregistrering | 1 gång per månad | Egenkontrollblankett från Vårdhygien |
| Avvikelser | 1 gång per | Avvikelsehanteringssystemet |

| | | |
|--|--------------------|--|
| | månaden | |
| 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

Enheten har strukturerade team-möten runt patienterna.

Riskanalys

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 84 (91) journaler varit upprättade vid enhetens 89 lägenheter.

Den sista december 2018 var 62 (71) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

| Aktuell riskbedömning: | Mål | Resultat |
|------------------------|------|----------|
| Fall, undernäring och | 90 % | 85 % |

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| trycksår | | |
| Inkontinensutredning | Mål 90 % | Resultat 79 % |
| Munhälsobedömning | Mål 90 % | Resultat 68 % |
| ADL-bedömning | Mål 90 % | Resultat 97 % |
| Hygienrond | Mål En gång vartannat år | Utförs januari 2019 |
| Granskning av läkemedelshanteringen | Mål En gång per år | Ej utfört Utförs 2019 |

Andelen patienter med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 14 %

9,5 % av patienterna har drabbats av trycksår under året.

Infektionsregistrering är genomförd. Antal antibiotikabehandlade infektioner uppgår till 46 (47).

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

Den sista december fanns tre personer med antibiotikaresistenta bakterier.

Ingen person med hepatit har vårdats vid enheten.

Under året har 15 personer avlidit varav 10 på sjukhus.

En har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Vid 68 tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året. Samtliga blev inlagda.

Avvikelser

Under året har 155 avvikelser rapporterats.

Fall 121 varav 3 frakturer och 18 annan skada/misstänkt skada

Läkemedel 32

Trycksår 2

Brister i specifik omvårdnad 1

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

Vi har mottagit ett klagomål gällande hur man ger ögondroppar.

Måluppfyllelse

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad

genomförts, men inte nått upp till målnivån. Förekomsten av frakturer är fortsatt låg. Även förekomsten av trycksår är låg. Endast ett, av de åtta som haft trycksår, har uppstått vid enheten.

Antalet inrapporterade avvikelser rörande fall har ökat en del jämfört med föregående år och samma gäller rapporteringen av läkemedelsavvikelserna. Det indikerar att avvikelserapporteringen fungerar vid enheten. Extern granskning av läkemedelshanteringen har inte genomförts.

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. Hygienrond 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 Hygienrond ska genomföras under första halvåret 2019. Rond genomförs vartannat år.

6. Genomförs under första halvåret 2019

8. Lokala rutiner uppdateras efter framkomna behov av förändringar