



Patientsäkerhetsberättelse Hägersten- Liljeholmens stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens Servicehus

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-01-17

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

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	8
Riskanalys.....	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS.....	9
Egenkontroll.....	9
Avvikelser.....	10
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador.....	11
Riskanalys.....	11
Mål och strategier för kommande år.....	11

Sammanfattning

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetssätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras.

Vi har arbetat med välkomstsamtal, ankomstsamtal, vårdplaneringar, teammöten och uppföljning av risker. Patient/närstående har regelbundet deltagit i vårdplaneringar och uppföljningar av risker

Enheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering har följts varje månad.

Avvikelser har sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder

Egenkontroll visar att riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för 94 % av patienterna vilket är en förbättring från föregående år.

Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller sjukdomar har skett under året.

Under året har 3 vårdtagare, c:a 5%, drabbats av trycksår uppkomna på enheten vilket är en minskning från föregående år.

83 avvikelser rörande fall har rapporterats varav 2 stycken lett till fraktur.

Vi kommer att arbeta med att riskbedöma och öka registreringen i nationella kvalitetsregister som stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder. Vi arbetar också fortsatt med att utveckla den palliativa vården samt demensvården. Vi kommer också att arbeta med avvikelshantering. Framförallt den del av utredningen som gäller analys av bakomliggande orsaker.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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.
-

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 samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för 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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

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

Vid 3 rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska.

Rehabiliteringspersonal deltar 1-2 ggr per dag på vardagar.

Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten

Extern samverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med Familjeläkarna Saltsjöbaden. I regelbundna 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.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan enligt avtal sker också med apotekare/farmaceut från Apoteket för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård

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 avvikelsen på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska. Verksamhetschef ansvarar för att avvikelser utreds.

Vid allvarliga avvikelser överlämnas utredningen till MAS för ställningstagande till eventuell 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.

Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet utreds, analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjlig. Återkoppling till personal sker på personalmöten.

Egenkontroll

De egenkontroller som genomförts under 2019 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none">• Fall• Undernäring• Trycksår• Inkontinens• Munhälsobedömning• ADL-bedömning	1 gång i månaden	Rapportering av hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Egenkontrollblankett från Vårdhygien
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering på egenkontrollblankett från Vårdhygien
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet Rapportering av hälso- och sjukvårds indikatorer
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	1 gång per kvartal	Svenska Palliativregistret
Granskning av läkemedelshandlingen	1 gång per år	Externt av farmaceut
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshandlingen	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet

Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
------------------------------------	-----------------	---

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

- För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts med validerade instrument.
- Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs.
- Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har verksamheten samverkat med stadsdelens dietist vid regelbundna möten där sjuksköterskan, kostombuden och enhetschefen har deltagit.
- Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.
- Lokala rutiner för palliativ vård i livets slutskede har implementerats av utbildade palliativ ombud till övrig personal.
- Verksamhetens instruktion och lokala rutin för läkemedelshantering har reviderats i samverkan med MAS.
- Webbutbildningen ”Jobba säkert med läkemedel” inför delegering av läkemedelsadministrering för vård- och omsorgspersonal
- Två utbildningsdagar har hållits för sjuksköterskor om den legitimerade sjuksköterskans ansvar och uppdrag i stadsdelsförvaltningen. Syftet var att förtydliga och förstärka sjuksköterska i sin roll. Under utbildningen presenterades även metoder som kunde praktiskt tydliggöra processen för måluppfyllelse.
- För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret,

Risikanalys

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar av organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen.

På individnivå gör den planeringsansvariga sjuksköterskan i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

Utredning av händelser – vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada inträffat i verksamheten.

Informationssäkerhet

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter till system med vårdinformation

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller gör genom loggning av åtkomst.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har omfattat att informationen följer lag och riktlinjer för upprättande av journal

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Under året har 49 (77) journaler varit upprättade vid enhetens 106 lägenheter.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror

Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2019.

Mål 2019	Strategier/ åtgärder	Resultat
1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	1. Planeringsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall undernäring och trycksår 2. 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	1) Andel aktuella riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none">Fall uppgår till 94 procentUndernäring uppgår till 94 procentTrycksår uppgår till 94 procent Andel patienter med risk för: <ul style="list-style-type: none">Fall uppgår till 59 procentUndernäring uppgår till 41 procentTrycksår uppgår till 18 procent
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok.	Planeringsansvarig sjuksköterska genomför 1. bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet Roag 2. bedömning av kontinens med bedömningsinstrumentet Nikola	1) Andel genomförda munhälsobedömningar med Roag uppgår till 86 procent 2) Andel genomförda bedömningar av blåsdysfunktion/kontinens med Nikola uppgår till 89 procent
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.	Granskning av andelen trycksår uppkomma i verksamheten varje månad	Uppkomna trycksår i verksamheten uppgår till 5 procent

4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	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.	Hygienrund har genomförts Månatlig infektionsregistrering har genomförts. Ingen smittspridning har skett.
5. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en systematisk läkemedelsgenomgång genomförd	Planeringsansvarig sjuksköterska initierar till att en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare	Samtliga boende hade en genomförd läkemedelsgenomgång
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshandlingen ska följas till 100 procent.	1. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshandlingen.	Extern kvalitetsgranskning av Apotekare/farmaceut har genomförts
7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna	Planeringsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert	Andel riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert uppgår till 18 procent
8. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 25 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas	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.	Analysen saknas i de flesta fall varför det är ett utvecklingsområde för 2020

Övriga resultat utifrån genomförd egenkontroll:

Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 100 %

Under året har 10 (18) personer avlidit varav 3 på sjukhus. 4 har registrerats i Svenska Palliativ registret.

Avvikelser

Under året har totalt 122 avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Fall	83
• Med fraktur som följd	2
Läkemedel	38
• Utebliven dos	36
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	2

Analys: Enheten har vid utredning och analys av inträffade läkemedelavvikelser sett ett mönster i att missade doser främst skett samband med personalbyten och överrapportering på eftermiddagar och arbetat med åtgärder för detta.

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål via IVO eller patientnämnden har inkommit under året.

Händelser och vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada inträffat i verksamheten.

Riskanalys

Verksamhetens riskhantering sker idag främst genom analys och åtgärder på individnivå i samband med riskbedömningar och avvikelshantering.

Riskbedömningar görs hos alla patienter i samband med inflyttning till enheten. Vid identifierade risker analyseras orsaker och åtgärdsplaner upprättas och resultatet följs upp.

Måluppfyllelse

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2019 har uppnåtts.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har ökat och har genomförts för så gott som samtliga patienter.

Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller smittsamma sjukdomar har skett. Läkemedelsgenomgång har genomförts för samtliga boende. Extern granskning av läkemedelshanteringen genomfördes i januari 2019.

Ca 5 % av patienterna har drabbats av trycksår vilket är en minskning från föregående år.

Egenkontrollen visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte helt uppfyller kraven enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Dokumenterade hälsoplaner vid identifierade risker och uppföljning är ett förbättringsområde.

Enheten behöver fortsatt utveckla sitt arbete med nationella kvalitetsregister som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats.

Enheten behöver även fortsätta sitt arbete med analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.

Mål och strategier för kommande år

Mål 2020

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.
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
4. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen ska följas till 100 procent.
6. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
7. Minst 25 % av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med bakomliggande orsak och analys

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
- 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. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
6. Planeringsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
7. All personal följer skriftlig riktlinje och lokal rutin för rapportering av avvikelser.

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

- 1-4,3,5,6. Pågår kontinuerligt under året
- 4.4. Rond genomförs vartannat år.
5. Genomförs under våren 2020
7. Lokala rutiner uppdateras efter framkomna behov av förändringar

