



**TJÄNSTESKRIVELSE**

2018-02-13

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

## **Patientsäkerhetsberättelse 2017 Oxbacks hemmet**

Dnr: ÄON 18/016

### **Sammanfattning av ärendet**

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse där det framgår hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa.

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen (patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada) och Patientsäkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård genom att minska antalet vårdskador.

Sammanfattningsvis bedriver enheten sitt arbete med god kvalitet. Ett förbättringsarbete är att bli bättre på att analysera det resultat som de redovisat. Beskrivningar av mål och delmål för kommande utvecklingsarbeten kan bli mer konkreta.

Kontoret föreslår att äldreomsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-13.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse, daterad 2018-02-13
- Patientsäkerhetsberättelse för 2017, daterad 2018-02-13

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Ärendet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

**Kontorets förslag till nämnden:**

Äldreomsorgsnämnden godkänner Oxbackshemmets Patientsäkerhetsberättelsen för 2017, daterad 2018-02-13.



Lenita Granlund

Socialdirektör



Nermin Varli

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Handläggare:

Svjetlana Blagojevic

svjetlana.blagojevic@ansvarochomsorg.se

A&O Ansvar och Omsorg AB

Oxbackshemmet, Södertälje

**Beslutet skickas till**

Akten

## Patientsäkerhetsberättelse 2018-01-10

Oxbackshemmet, Södertälje  
A&O Ansvar och Omsorg AB

### Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet under 2017

#### Avvikelser

Samtliga avvikelser registrerades och dokumenterades i företagets kvalitetssystemet. Avvikelserna hanterades enligt rutin för avvikelshantering. Alla allvarliga avvikelser rapporterades i Procapita, alla fall registrerades i Procapita och Senior Alert och läkemedelsavvikelser rapporterades till MAS.

Varje månad samlas representanter från samtliga avdelningar till ett gemensamt kvalitetsmöte i verksamheten där incidenter och avvikelser tas upp och förbättringar diskuteras som kan ligga till grund för en revidering av rutiner.

#### Synpunkter och klagomål

Vi uppmanar till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kommit i kontakt med vår verksamhet. Detta kan göras skriftligt på en av företaget framtaget underlag - "Hjälp oss att bli bättre" som finns tillgänglig i entrén samt på alla avdelningar och som också finns med i det material som lämnas ut vid inflyttning. Synpunkter och klagomål kan även lämnas via företagets hemsida [www.ansvarochomsorg.se](http://www.ansvarochomsorg.se) eller muntligt direkt till avdelningschef/verksamhetschef. Synpunkterna hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål och under 2017 har det inkommit två skriftliga och några muntliga synpunkter och samtliga har åtgärdats.

#### Intern kvalitetsrevision

Intern kvalitetsrevision genomfördes den 28 april 2017. Underlaget för den interna kvalitetsrevisionen har följande huvudrubriker: Boende, Livsrum och Personal med underrubriker och frågeställningar kopplade till varje del. Den interna revisionen sker enligt rutin för internrevision och renderar i en handlings- och åtgärdsplan.

#### Apotekets kontroll

Den 24 oktober 2017 genomfördes en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. En apotekare kom till enheten och granskade läkemedelsförråd, hantering av läkemedel samt lokala läkemedelsrutiner. Kontrollen utförs enligt apotekets rutin för detta och innebär att verksamheten får vägledning i sitt utvecklingsarbete.

#### Läkemedelsrutin

Enhetens lokala läkemedelsrutin revideras vid behov.

#### Läkemedelsgenomgångar

Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har reviderat samtliga boendes läkemedelslistor enligt den rutin som läkarorganisationen Legevisitten har.



Första läkemedelsgenomgång gör man i samband med inflytten. Därefter skall en fördjupad läkemedelsgenomgång och hälsokontroll ske minst en gång per år. Det vill säga inom 364 dagar efter senaste läkemedelsgenomgång.

### **Palliativt arbete**

Läkarorganisationen Legevisitten genomför enligt sin rutin ett avslutssamtal när palliativ omvårdnad skall påbörjas och sjuksköterska samt omvårdnadspersonal planerar och genomför detta enligt kommunens vårdprogram kring palliativ vård. En av verksamhetens sjuksköterskor är huvudhandledare samt ansvarig för att övriga sjuksköterskor följer detta i sin roll som omvårdnadsansvariga och handledare till omvårdnadspersonalen. Informationsmaterial som brochyren "Livets sista tid" och "När tiden stannar till" finns att ge närstående om de önskar. Verksamheten är ansluten till Palliativa registret och rapporterar/dokumenterar enligt detta insatser vid vård i livets slut.

### **Senior Alert**

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och använder registret för att systematiskt dokumentera förändringar som påverkar omvårdnadens genomförande. Även här pågår ett förbättringsarbete som genom systematiska uppföljningar vid TEAM-möten ökar möjligheten att förebygga och öka patientsäkerheten.

### **BPSD-registret**

Verksamheten är ansluten till BPSD-registret. På varje avdelning finns en administratör, dvs sammanlagt 6 administratörer. Även en sjuksköterska har genomgått administratörsutbildning.

### **Hygien**

Avtal finns skrivet om vårdhygienisk service med Vårdhygien, Stockholms län. Protokoll med förslag till förbättringsåtgärder har åtgärdats. Det finns lokalrutin för mottagning och fördelning av förrådsvaror tillsammans med förrådsansvariga.

All ordinarie personal uppmanas att genomföra webb-utbildningen "Basala hygienrutiner" och vikarier uppmanas att göra detsamma. Utbildningsbeviset lämnas i samband med utvecklingssamtalet.

Att dispensärer med handsprit finns uppsatta vid entrén till samtliga avdelningar upplevs ha en förebyggande inverkan när det gäller spridning av bakterier vid förflyttning mellan avdelningar och även för besökare.

### **Tandvård**

I samband med inflyttning till verksamheten erbjuds samtliga en kostnadsfri munhälsobedömning och en munhälsostatus skrivs och ett intyg för nödvändig tandvård. Munhälsobedömning upprepas en gång per år med munhälsostatus som vägleder omvårdnadspersonalen i sin kunskap om vad den boende behöver hjälp med för att säkerställa en fortsatt god munhälsa.

Omvårdnadspersonalen har genomgått munvårdutbildningen den 29 november 2017.



### **Introduktion nyanställda**

En introduktionsrutin finns med checklista som följs av fadder/handledare.

Informationsmaterial lämnas ut till alla som blir nyanställd eller skall finnas i verksamheten som elev/student.

Samtliga sommarvikarier har fått delta i en introduktionsdag innan semesterperiodernas början och efter det utbildningsinsatser av sjuksköterska och sjukgymnast planerat efter individuellt behov vad gäller läkemedel och medicinsktekniska produkter. Var och en av alla nyanställda får två handledda introduktionsdagar.

### **Digital rutinpärm**

I företagets verksamhetsstöd ligger rutiner digitalt under enhetens namn på två nivåer, regional och lokal nivå. Samtliga anställda i verksamheten har tillgång till dator och kan läsa i digitala rutinpärmerna. Uppdateringar och tillägg meddelas personalen genom APT och veckobrev.

## **Beskrivning vad enheten gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården och för att minska antalet tillbud och negativa händelser.**

**Registrering i Senior Alert: Samtliga boende som gett sitt samtycke att registreras har lagts in i systemet. Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska följa upp resultaten och registrera förändringar i status. En i sjuksköterskegruppen har övergripande ansvar att vara uppdaterad i systemets användbarhet och att handleda övriga kollegor.**

- Risk för malnutrition: Viktkurvan följs regelbundet och matbeställningar är individuellt avpassade med skriftlig kommunikation till produktionsköket varje vecka. Vid behov proteinberikas och energiberikas maten och om så krävs ges näringsdryck på ordination efter läkarkontakt.
- Fallrisk: Varje boende följs av REHAB-personal och har en genomgång av status regelbundet samt får utskrivet hjälpmedel efter behov.
- Risk för trycksår: Regelbunden genomgång av status av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kollegial samverkan med omvårdnadspersonalen gör att risker upptäcks på ett tidigt stadium och åtgärdas.

Varje avdelning har s.k. TEAM-möte (omvårdnadspersonal, ssk och rehab) som hålls regelbundet varje månad där en systematisk genomgång efter dagordning hålls runt varje boende. Det skapar en gemensam målbild och omvårdnaden blir strukturerad så som Socialstyrelsen rekommenderar.

En riskinventering görs regelbundet för att eliminera tillbud i de boendes lägenheter som kan innebära tillbud och vård- eller arbetsmiljöskador.

För att stärka personalens dokumentation i det sociala journalsystemet Safe Doc har vi en dokumentationsombud på varje avdelning för att uppdatera kunskaperna i socialtjänstlagen enligt de nya bestämmelser som trädde i kraft 2015.

Dokumentationsombuden och dokumentationsansvarig sjuksköterska har regelbundna möte för att diskutera ev. brister samt förbättringar, samt säkera att det finns "röd tråd" finns mellan social dokumentation och HSL-dokumentation. Dokumentationsombud genomför kontroller och ger stöd till övrig personal kring dokumentation. Genomförandeplan uppdateras minst 2 gånger per år.

Vid muntlig informationsöverföring mellan yrkeskategorier som gäller de boende finns lokal rutin implementerat sedan tidigare. Den föreskriver användning av Socialstyrelsen rekommenderad modell för att minimera risken för vårdskada som benämns SBAR (situation, background, assessment, recommendation) så att informationen blir tydlig och budskapet klart för mottagaren. Det gör att risken för missförstånd minimeras och vårdskador förhindras.



**Beskrivning av hur och när enheten ska fullfölja de åtgärder som vi inte kunnat göra omedelbart.**

Verksamheten har en förbättringsrutin som baseras på en handlingsplan/åtgärdsplan kopplat till ansvarig för varje punkt samt uppföljningsdatum.

Vad gäller specifika åtgärder som beslutats runt en individ för att säkerställa en god patientsäkerhet följs detta upp i de avdelningsvisa TEAM-möten som hålls varje månad och har enligt ovanstående beskrivning en ansvarig namngiven.

När så påkallas förs frågor vidare till en övergripande kvalitetsdiskussion inom företagens ledningsgrupp som hålls varje månad eller direkt till VD för beslut.

## Beskrivning av resultat

- **Fallskador** – verksamheten har under året arbetat aktivt med att förebygga fallskador genom riskbedömning och skyddsåtgärder insatta innan skador uppstått. Det har inneburit att 8,1 % av de fall som rapporterats varit föremål för kroppsskada och 1,6 % av allvarigare art som lett till sjukhusvård. Totalt har 61 fall rapporterats under 2017 och journalförts vilket är en betydlig minskning jämfört med 2016 då det rapporterades 117 fall.
- **Läkemedelsavvikelser** – verksamheten har varit mycket uppmärksam i uppföljning av de lkm-avvikelser som sker och rutiner ses över med förbättringsåtgärder. Den vanligaste avvikelser är utebliven signering som är 96,8 % av totalt 188 rapporterade lkm-avvikelser under året. 3,1 procent av alla avvikelser är uteblivna doser eller doser på fel tid.
- **MTP-avvikelser** – under året har en systematisk uppföljning av samtliga MPT-hjälpmiddel genomförts för att öka verksamhetens kvalitet. Inga avvikelser som gäller MPT har rapporterats.
- **Övriga avvikelser** – klagomål och synpunkter har åtgärdats enligt den förbättringsrutin som gäller och en återkoppling har lämnats till berörda så snart besked har kunnat lämnas. Under året har samtal initierats både på individnivå med olika aktörer utanför verksamheten för att när så har varit möjligt kunna se en förbättring.

Ingen avvikelse har lett till Lex Sarah anmälan.

Inga anmälningar till IVO under 2017.

- **Vårdrelaterade infektioner** – inga rapporter finns om uppkomna infektioner under året. Verksamheten ingår i den nationella mätning som genomförs varje år.
- **Skapade utbildningstillfällen** – Under året har personalgruppen uppmanats till webb- utbildning i Basala hygienrutiner, Mat för äldre, Arbetsmiljöverkets olika kurser samt BPSD-utbildning. I verksamheten pågår även ständigt en uppdatering av "Lyftkörkortet". Alla kursbevis läggs till varje personalakt.

All personal har genomgått munvårdsutbildning samt palliativutbildning med inriktning på omhändertagande av den avlidne samt anhöriga.

- **Övrigt** – Ur ett patientsäkerhetsperspektiv ingår verksamheten i samverkansmöten med läkarorganisationen Legevisitten och Södertälje kommun regelbundet.