# [Stiftelsen Skaraborgs Läns Sjukhem](http://ssls.se/)

# Patientsäkerhetsberättelse

# Stiftelsen Skaraborgs Läns Sjukhem

# 2016

Skövde 170301

Anna-Karin Haglund

Verksamhetschef

# Allmänt

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

* Hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår
* Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerhetsarbetet
* Vilka resultat som uppnåtts

# Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### Vård och omsorgsnämnden

Vård och omsorgsnämnden i Skövde kommun har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet och har fastställt ansvarsfördelningen. Stiftelsen Skaraborgs Läns sjukhem (SSLS) arbetar på uppdrag av Skövde kommun sedan många år tillbaka, det innebär att patientsäkerhetsarbetet, framtagna rutiner samt dokumentation i journalsystemet Procapita utgår från Skövde kommuns riktlinjer.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna( MAS ) i Skövde kommun fastställer övergripande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsarbetet, samt bevakar att kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses inom vård och omsorg.

### Verksamhetschef

Verksamhetschefen på SSLS ansvarar för att utarbeta lokala rutiner utifrån de övergripande rutinerna som fastställts av MAS.

### Vårdsamordnare

Vårdsamordnaren ansvarar för att riktlinjer och rutiner är kända och följer upp att de följs, samt att nya medarbetare får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### Hälso-och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvård utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att fortlöpande arbeta med systematiskt förbättringsarbete.

### Baspersonal

Baspersonal biträder hälso- och sjukvårdspersonal efter ordination/delegering. Förutsättning för att baspersonal ska få utföra hälso-och sjukvårdsuppgifter är att de har reell kompetens för uppgiften.

# Stiftelsen Skaraborgs Läns sjukhems mål för patientsäkerhetsarbete

Varje boende på SSLS ska känna sig trygg och säker. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att säker vård kan ges. Dokumentation ska tydliggöra rutiner och riktlinjer för verksamheten så att alla medarbetare arbetar utifrån samma grund. Verksamheten ska kontinuerligt arbeta med att identifiera risker och förbättringsområden.

# Samverkan – andra vårdgivare

Samverkan sker kontinuerligt med MAS i Skövde Kommun. SSLS följer de mål som Skövde kommun har och som är aktuella för särskilt boende.

## Vårdsamverkan

### Vård på rätt nivå- Oplanerade transporter till sjukhus

Akuta, ej planerade transporter till sjukhusets akutmottagningar mäts och följs upp via Skövde kommun under åtta veckor varje år där vi deltar. Målet med mätningen är ett bra underlag för analys för att ge vård på rätt vårdnivå. Vi jobbar aktivt med att behandla och lindra på plats för att så långt det är möjligt undvika transport till sjukhus. De flesta orsakerna till akuta transporter till sjukhus är relaterade till misstänkta frakturer eller andningsproblem.

#### Resultat:

Resultatet visar att antalet akuta oplanerade transporter minskar markant i hela kommunen. Vilket stöder vårt arbetssätt med bemanning av sjuksköterska dygnet runt för att kunna behandla och lindra på plats. De boende som fick åka oplanerat till sjukhus under mätperioden fick kvarstanna för sjukhusvård.

#### Mål 2017:

* Fortsätta med bemanning av sjuksköterska dygnet runt.
* Fortsatt arbete med att alla boende ska ha en aktuell medicinsk vårdplanering som beslutsstöd.
* Delta i Skövde kommuns mätning av oplanerade transporter

### Medicinska vårdplaner

Medicinska vårdplaner är ett arbetssätt som bidrar till en säker, trygg och välplanerad vård. Den medicinska vårdplanen är ett standardiserat dokument som innehåller en individuell vårdplan och underlättar för läkare och sjuksköterska att i ett akut skede göra rätt bedömningar. Den medicinska vårdplanen görs tillsammans med den boende, närstående, behandlingsansvarig läkare, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/ fysioterapeut och kontaktpersoner för att planera vårdens inriktning. Samtidigt görs en genomgång av den boendes läkemedel. Målet är att medicinsk vårdplanering ska genomföras inom 3 månader efter inflyttning till SSLS och uppdatering ska ske minst en gång per år, eller oftare vid behov.

#### Resultat:

Mätning har skett under hösten 2016 med frågeställningen: Andel personer som omfattas av hälso- och sjukvårdsinsatser och har en dokumenterad medicinsk vårdplan upprättad? Stor förbättring har skett under 2016 på SSLS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Våren 2015 | Hösten 2015 | Hösten 2016 |
| 11% | 25% | 70% |

#### Mål 2017:

* Fortsatt öka antalet medicinska vårdplaner

## Läkarmedverkan

Samverkansavtal finns upprättat mellan Skövde Kommun och vårdcentralen Centrum som ansvarar för läkarinsatserna för våra boende på SSLS. Skövde kommun, sektor vård och omsorg har upprättat samverkansavtal med vårdcentralen centrum för att säkerställa läkarmedverkan. Alla boende på Stiftelsen Skaraborgs läns sjukhem har namngiven behandlingsansvarig läkare 2016.

## Samordnad individuell planering

### Samordnad vård och omsorgsplanering, SVPL

I Västra Götaland finns gemensamma upprättade riktlinjer för att säkerställa övergången mellan vårdgivare. För att underlätta dokumentationen finns ett gemensamt IT-stöd ( KLARA SVPL ) som under hösten 2016 bytts ut till ett nytt IT-stöd ( SAMSA ). All legitimerad personal på SSLS har deltagit i kommunens utbildning i det nya systemet.

### Samordnad individuell planering, SIP

Av hälso- och sjukvårdslagen regleras bestämmelser om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP när en boende har behov av insatser från båda huvudmännen. Genom SIP,så säkerställs att den enskilde får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare ansvarar för insatser. Det finns behov av att öka kunskapen och att starta upp SIP för boende som har fler huvudmän på SSLS.

#### Mål 2017:

* Delta och kalla till SIP när behov uppstår.
* Öka kunskapen om SIP.

# Samverkan med patienter och närstående

Våra boende och i förekommande fall närstående ges möjlighet att:

* Medverka vid teammöte
* Medverka vid upprättande av vårdplaner
* Bli informerade när nationella studier genomförs
* Bli informerade och ges möjlighet att delta vid utredning av vårdskada
* Bli informerade om vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

På SSLS arbetar vi för att samverkan sker med både boende och närstående enligt ovanstående punkter.

## Patientnämnd och synpunkter

Patientnämndens informationsmaterial finns på avdelningarnas anslagstavlor. Om våra boende och dess närstående har förslag, klagomål kan de lämna synpunkter till Skövde kommun via deras hemsida.

# Uppföljning och utvärdering

Vi följer upp och utvärderar verksamheten kontinuerligt genom bl.a. nationella kvalitetsregister, punktprevalensmätningar, kommunens kvalitetsrevision och utredning av avvikelser som registreras i verksamheten.

## Nationella kvalitets register

Under 2016 har verksamheten arbetat med följande nationella kvalitetsregister:

* Senior Alert
* Svenska Palliativregistret
* Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD

### Senior Alert

Under året har arbetet med att förbättra omvårdnaden inom områdena fall, undernäring, trycksår samt munvård fortsatt. Riskbedömningar görs inom ovanstående områden och åtgärder sätts in, utvärderas och dokumenteras.

Arbetet med kostombud och nätverksträffar har fortsatt under 2016. Gott samarbete med vår leverantör av lunch och middag till vårt boende gör att vi kan få anpassad kost efter behov.

#### Resultat:

Totalt har 77 st riskbedömningar gjorts på 35 boende, vilket är lite mindre jämfört med föregående år då 86 riskbedömningar gjordes. Av dessa 77 riskbedömningar hade 75 av bedömningarna någon risk. Åtgärder har planerats och utförts men här finns fortfarande delar att arbeta med.

#### Mål 2017:

* Öka antalet planerade och genomförda åtgärder.
* Arbeta aktivt för att använda senior alert som en del i vardagen.

### Svenska Palliativregistret

Registrering i Svenska Palliativregistret beskriver den sista veckan i livet för våra boende och samtliga avlidna hos oss registreras. Alla sjuksköterskor registrerar i registret.

### Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, innebär att kartlägga personer med demenssjukdom som har beteende som vandring, oro, ropar, aggressivitet osv. De flesta personer med demenssjukdom drabbas någon gång av dessa beteenden. Den utlösande faktorn är oftast i den demenssjukes omgivning. BPSD registret är ett kvalitetsregister där verksamheten registrerar uppgifter om problem, behandling och resultat så att relevanta åtgärder sätts in för den boende.

Neuropsychiatric Inventory Nursing Home, NPI-NH är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesymtom vid olika demenssjukdomar inom äldrevården.

#### Resultat:

NPI-skattning har gjorts på sex av våra boende och samtliga har en upprättad bemötandeplan.

#### Mål 2017:

* Fortsatt arbete med att strukturera BPSD arbetet i verksamheten.
* Utbilda fler undersköterskor.

# Nationell punktprevalensmätning

#### Punktprevalensmätning trycksår

Under året har SSLS i samarbete med Sveriges kommuner och landsting, SKL samt kvalitetsregistret Senior Alert genomfört nationell punktprevalensmätning av trycksår, PPM Trycksår.

#### Resultat:

Resultatet under mätperiod v.11 att fyra personer hade trycksår av graderna 1,2 och 4. Glädjande nog var resultatet under mätperiod v.40 en person med trycksår grad 1.

Alla Sjuksköterskor på SSLS har genomgått den webbaserade utbildningen PUCLAS

#### Mål 2017:

* Alla medarbetare ska genomgå den webbaserade utbildningen PUCLAS under året.
* Öka kunskapen om trycksår.

# Egenkontroll

För att följa verksamheten över tid är det viktigt att samla in data. Egenkontroll bedrivs genom att följa upp och utvärdera den egna verksamheten. Medarbetarna medverkar aktivt i verksamheten kvalitetsarbete genom att vara delaktig i upprättandet och utvärdering av rutiner. De rapporterar risker för vårdskador och händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

### Skövde kommuns kvalitetsrevision

SSLS har deltagit i Skövde kommuns kvalitetsrevision i syfte att få en samlad bild av patientsäkerhetsarbetet. Ett bra system där resultatet visar vilka planerade och genomförda åtgärder som finns och uppföljning av arbetet.

### Verksamhetsbesök

Verksamhetsbesök har gjorts av MAS och av Socialt ansvarig samordnare (SAS ) under 2016. Vid verksamhetsbesöken följs kvalitetsrevisionen upp och tillfälle ges för att diskutera rutiner och riktlinjer.

### Avvikelsehantering

Avvikelser ska enligt rutin rapporteras och följas upp fortlöpande. Rutinen på SSLS är att varje anställd medarbetare är skyldig att rapportera avvikelser eller risker som sker eller skulle kunna ske i verksamheten. Avvikelserna dokumenteras enligt Skövde kommuns avvikelserutin. Avvikelserna utreds av verksamhetschef och vårdsamordnare, vid behov sker kontakt med MAS eller SAS. Genomgång sker månadsvis på varje APT samt vid Stiftelsens styrelsemöte tre gånger per år. Uppföljning och redovisning sker till MAS och SAS i Skövde kommun vid samverkansmöten flera gånger per år.

Från och med 1 januari 2016 registreras alla avvikelser i avvikelsemodulen.

Vi har arbetat aktivt med att utbilda alla medarbetare och prata om vikten av att registrera avvikelser. Registrerade avvikelser ska leda till att vi förbättrar vården för våra boende. Ofta är det ett stort mörkertal när det gäller avvikelser. Ingen avvikelse under 2016 har haft någon allvarlig utgång. Tre avvikelser har föranlett kontaktmed MAS, utan vidare åtgärd.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2014 | 2015 | 2016 |
| 89 st | 176 st | 156 st |

Antal registrerade HSL avvikelser.

Två tredjedelar av de rapporterade avvikelserna handlar om fall, och fallen har minskat från föregående år. Tre fall har föranlett besök hos annan vårdgivare. Under året har vi arbetat aktivt för att förebygga fall, Leg. Sjuksköterska och kontaktpersonerna har tillsammans gjort riskbedömningar och satt in åtgärder. En trolig orsaktill fall är att många av våra boende går själva eller med hjälpmedel. Checklista har använts vid fallrisk. Extra bemanning har satts in under en del av kvällen då flest fall har skett.

Avvikelser som inträffar i samband med läkemedelshantering har förekommit under året där en stor andel av avvikelserna är läkemedelsdosetter som iordningställts på ett felaktigt sätt men upptäckts och rättats till innan dosen är given. Övriga avvikelser har handlat om försenad dos, fel tidpunkt, utebliven behandling. Även läkemedelsrelaterade avvikelser har minskat från föregående år.

#### Mål 2017:

* Aktivt arbete med att registrera avvikelser för att förbättra vården.
* Fortsatt arbete med fallprevention
* Ändrat arbetssätt för BAS personalen som vi tror ska ge en bättre struktur på arbetet och därmed minska risken att fel uppstår.

# Dokumentation i patientjournal

Skyldighet att föra patientjournal är den som enligt 4 kap. Patientsäkerhetslagen ( 2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen.

Syfte med dokumentationen:

* Säkerställa rättssäkerheten och öka kvalitet för den enskilde
* Rätt vård ska kunna ges
* Annan personal ska få information om vad som hänt eller beslutats
* Vara ett underlag till bedömning för att rätt beslut fattas
* Möjliggöra granskning
* Ge information till patienten eller dess företrädare
* För personalens egen rättssäkerhet
* Dokumentation i journalen har en nyckelroll för god kvalitet

#### Resultat:

Skövde Kommun har reviderat riktlinjen för dokumentation i patientjournal, vilken vi följer. En scanningsfunktion har tagits fram för att arkivera alla journalhandlingar i patientjournalen Procapita. Ständig utveckling sker inom dokumentationsområdet och vi har under 2016 haft en dokumentationsansvarig sjuksköterska som deltagit på Skövde kommuns träffar. Uppdraget som dokumentationsombud innebär att stötta och återkoppla nyheter till kollegor.

#### Mål 2017:

* Fortsatt arbete med det reviderade riktlinjen för dokumentation.
* Fortsatt arbete med att stärka teamarbete inom SOL och HSL kommer att ske

# Vårdhygien

Att säkerställa att alla medarbetare kan basala hygienrutiner och klädregler samt att dessa efterföljs är en viktig del av vårdarbetet. Följsamheten till basala hygienrutiner som användandet av skyddskläder, plastförkläde och handskar. Att i det direkta omvårdnadsarbetet alltid ha kortklippta, olackerade naglar och vara fri från ringar, klockor och armband följs upp kontinuerligt.

## Hygienombud

Under året har en sjuksköterska och två undersköterska deltagit på hygienombuds träffar. De har gått grundläggande hygienombudsutbildning. Uppdraget som hygienombud är personbundet och är verksamhetens kontaktpersoner i vårdhygieniska frågor. De ska fortlöpande delta i utbildningar och möten med hygiensjuksköterska från Vårdhygien SkaS. Deras uppdrag är också att informera om nyheter, delta vid införandet av nya rutiner som gäller ämnet. Under slutet av 2016 finns ett hygienombud i tjänst på SSLS. Att utbilda fler ombud är målet under nästa år.

#### Resultat:

Uppföljning har skett via kvalitetsrevision under hösten 2016 vilken visar att vi har god följsamhet till basala hygienrutiner på SSLS.

## Svenska HALT

Svenska HALT är en nationell mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikabehandlingar på särskilda boende. Mätningen är viktig för att kunna förhindra uppkomst av vårdrelaterad infektioner samt använda rätt sorts antibiotika när det är nödvändigt. Detta för att minska utvecklingen av antibiotika resistens.

#### Resultat:

Under HALT mätningen hade ingen boende på SSLS någon pågående vårdrelaterad infektion eller antibiotikabehandling.

#### Mål 2017:

* Utbilda nya hygienombud i verksamheten under hösten 2017
* SSLS hygienombud ska genomgå ytterligare utbildning samt stöttas i sin roll på enheten
* Delta i punktprevalensmätning basala hygienrutiner och klädregler under våren 2017
* Delta i Svenska HALT-mätningen i november 2017
* Delta i Kvalitetsrevision under 2017

# Läkemedel

Läkemedelshanteringen utgör en stor del av de kommunala hälso-och sjukvårdsinsatserna. När en person inte längre klarar att hantera sina läkemedel själv är det vanligt att sjuksköterskan övertar ansvaret för läkemedelshanteringen. Det dagliga överlämnandet av ordinerade läkemedel sker med hjälp omvårdnadspersonal som fått särskild delegering för uppgiften. Läkemedel kan iordningställas på flera sätt t.ex.

* Apodos, delas av apotek och levereras i uppmärkta påsar
* Dosett, delas av sjuksköterska

## Ordinationshandling

För de patienter som har Apodos följer en ordinationshandling där alla ordinerade läkemedel finns samlade. Denna ordinationshandling finns tillgänglig för alla vårdgivare via Pascal som är ett IT-stöd.

För de patienter som inte har Apodos används olika ordinationshandlingar. Sjuksköterskan får eftersöka dessa om patienten varit hos fler än en vårdgivare.

För att upprätthålla patientsäkerheten kring läkemedel för boende som inte har Apodos, har en ny ordinationshandling tagits fram av Skövde kommun i samarbete med primärvården. Det innebär att sjuksköterska och läkare gemensamt ansvarar för en sammanhållen ordinationshandling. Dessa ska tas i bruk under våren 2017.

#### Mål 2017:

* Minska riskerna kring läkemedelshantering genom fortsatt samverkan med Vårdcentralen.
* Upprätta ordinationshandling till de boende som inte har Apodos.

## Kommunalt akutläkemedelsförråd

SSLS har ett av kommunens 12 akutläkemedelsförråd. Rutinen är att kontrollräkna narkotikaklassade läkemedel en gång per månad av sjuksköterskor utsedda att göra detta uppdrag.

#### Mål 2017:

* Kontrollräkning av narkotiska preparat en gång per månad.

# Utbildning och kompetensförsörjning

SSLS följer Skövde kommuns utbildningar enligt avtal. Under hösten 2017 kommer alla medarbetare genomgå den webbaserade utbildningen i palliativ vård tillsammans med kommunens arbetsterapeut och sjukgymnast/ fysioterapeut.

Som ett led i att öka kunskapen kring trycksår och på så vis minska uppkomsten av trycksår ska Baspersonal och sjuksköterskor genomgå webbutbildningen PUCLAS under varje år.

All nyanställd Baspersonal genomgår den så kallade basutbildningen genom Skövde kommun, den omfattar bl.a. kunskap om läkemedel inför delegering, utbildning från kommun rehab och basala hygien och klädregler.

Dokumentationsombuden SoL har varit på halvdags utbildning både vår och höst. För dokumentationsombud HSL har det varit kontinuerliga träffar under hela året.

Vi är i behov av att utbilda en sjuksköterska och en undersköterska inom ämnet hygien under 2017.

Utbildning inom förskrivningsrätt av inkontinensprodukter, stomi och diabeteshjälpmedel behöver utökas inom verksamheten för att möta behovet i verksamheten.

# Delegering

På SSLS finns Leg. Sjuksköterska i tjänst dygnet runt vilket innebär att delegeringar till omvårdnadspersonal används främst inom området läkemedel för att arbetet ska flyta. Tillkommer gör Leg. Sjukgymnast/fysioterapeut och Leg. Arbetsterapeut som arbetar i Skövde kommun men har SSLS som sitt uppdrag.

I samband med introduktion av ny tillsvidareanställd medarbetare eller medarbetare med längre vikariat anmäls personen till Skövde kommuns BAS utbildning. Omvårdnadspersonalen genomgår ett kunskapstest på SSLS innan skriftlig delegering ges.

Var och en som får en delegering ansvarar för denna och att i god tid kontakta legitimerad personal för att få den förlängd.

Omvårdnadspersonal och Leg. Sjuksköterska träffas under varje arbetspass vilket gör det lätt att stämma av.