



2015-01-02

Patientsäkerhetsberättelse 2014 gällande hälso- och sjukvård Luleå kommun.

Inledning

Den 1 januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen (2010:659) i kraft. Syftet med lagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Den nya lagen innehåller bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Förebyggande åtgärder krävs för att förhindra vårdskador. Det innebär att vårdgivaren systematiskt ska riskbedöma verksamheten och utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Patienter och närstående ska informeras och ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ska till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Vårdgivaren ska också snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Med vårdskada avses i patientsäkerhetslagen: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Vårdskada indelas i vårdskada och i allvarlig vårdskada. Allvarlig vårdskada betyder att patienten fått en skada som är bestående och inte ringa eller att det lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Vårdgivaren

Vårdgivare i Luleå kommun är Socialnämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Patienter ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.



2015-01-02

Patientsäkerhetsarbete

Prioriterade områden 2014

Följande områden ingår kontinuerligt i patientsäkerhetsarbete.

1. Avvikelsehanteringen
2. Läkemedelshantering
3. Vårdhygien
4. Läkarmedverkan – avtal
5. Vård i livets slut – palliativ vårdplan
6. Prevention – riskbedömningar
7. Anmälningar enl. Lex Maria
8. Dokumentation

Avvikelser

Alla avvikelser hanteras i journalsystemet Treserva. Det är enhetschefens ansvar att samordna åtgärder gällande brister som noterats i avvikelser. Systemet möjliggör att på detaljnivå analysera statistik och MAS/MAR vägleder enhetschefer/HSL personal i detta arbete. Vid upprepade avvikelser med samma innehåll har MAS/MAR under året initierat förbättringsarbeten samt revidering av rutiner för att minska risker för vårdskador. MAS/MAR har ett nära samarbete med respektive områdeschef för att säkerställa detta.

MAS rapporterar aktuella avvikelser till socialnämndens enskilda utskott var fjortonde dag.

Läkemedelshantering

Rutin avseende läkemedelshantering är känd i våra verksamheter. I möjligaste mån förvaras patients läkemedel inne hos patient i för ändamålet avsett läkemedels skåp. I vissa fall förvaras läkemedel i personal utrymme. Detta har föranletts av särskilda omständigheter. Reviderad 2014

Vårdhygien

Inom området vårdhygien har en utbildningsatsning ägt rum 2014. All personal inom alla yrkeskategorier har erbjudits en halvdagsutbildning i ämnet vårdhygien. Utbildningsansvariga har varit hygienläkare och hygiensjuksköterska från Sunderby sjukhus.



2015-01-02

Hygienarbetet ute i verksamheterna följs kontinuerligt via en årlig enkät som genomförs i alla verksamheter. Respektive enhetschef och ansvarig sjuksköterska ansvarar för att svaren skickas till MAS. 2014 års enkät visade att hygienrutiner är kända men att följsamheten inte är lika god. Reviderad 2014.

Främst ses följande brister:

- att inte använda plastförkläde vid orent arbete
- att inte ha smycken
- att inte använda nagellack samt konstgjorda naglar
- att inte regelbundet rengöra hjälpmedel

Läkarmedverkan i Vård- och omsorgsboenden.

Avtal gällande läkarmedverkan finns och efterföljs. Vissa hälsocentraler har haft problem att säkerställa efterlevandet av avtalet. Detta har påtalats för närsvårdschef som har ansvaret att säkerställa detta. Reviderad 2014.

Läkarmedverkan i Stöd och omsorg

I stöd och omsorg arbetar man efter normaliseringsprincipen, patienten har sin läkare på den Hälsocentral patienten tillhör.

Palliativ vård

Samarbete sker med landstingets palliativa rådgivningsteam (PRT). Vid behov kommer detta team ut till patienter i ordinärt boende och särskilt boende för att ge stöd till sjuksköterskor. Registreringar i Svenska palliativregistret fortsätter som tidigare.

Förbättringsområden är framförallt:

- Palliativ diagnos (läkaransvar)
- Skattning av smärta
- Efterlevande samtal

Luleå kommuns vårdprogram gällande palliativ vård är det dokument som ligger till grund för den palliativa vården. Ett regionalt palliativt vårdprogram är framtaget och beslutat av socialnämnden. Detta kommer att ligga till grund för ett arbete som planeras tillsammans med primärvården gällande att ha gemensamma riktlinjer kring den palliativa vården i Luleå kommun. I detta arbete kommer bl.a. MAS och områdeschef HSL att delta.

Prevention – riskbedömningar

Luleå kommun arbetar aktivt med att göra riskbedömningar som också rapporteras i nationella kvalitetsregister. När en riskbedömning påvisar



2015-01-02

brister ska adekvata åtgärder vidtas omgående och dokumenteras i patientens journal.

Northon riskbedömningsinstrument används för att identifiera risk för trycksår.

MNA används för att identifiera risk för undernäring.

Senior Alert kvalitetsregister används för att registrera och arbeta med förebyggande åtgärder. Dessa bedömningar har implementerats i hemsjukvården under 2014 med gott resultat.

Downton fall risk index används för att identifiera risker för fall.

Fallprevention

Under 2014 har fallpreventionsrutinerna implementerats inom Stöd- och omsorg samt korttidsboenden. Alla rutiner och arbetsdokument har också uppdaterats för att bättre harmonisera med avvikelserutinerna i Treserva. Alla verksamheter har utsedda fallombud som under året uppdaterats via fallombudsträffar. Beslut är fattat och ett arbete är påbörjat för att implementera fallrutiner och arbeta preventivt inom hemsjukvårdens ansvarsområde.

Dokumentation

I oktober utfördes en journalgranskning gällande HSL journal. Sammanlagt 48 journaler granskades och innefattade dokumentation av sjuksköterska, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Vid denna journalgranskning framkom att dokumentationen inte är fullvärdig. Brister finns gällande sökorden ansvarig personal, anamnes, planerade åtgärder, resultat och på vilket sätt patienten är delaktig i vården.

Vård och rehabplaner skrivs inte i den utsträckning som det borde.

MAS och MAR anser att om planer skulle dokumenteras i en större omfattning vore det ett led i en kvalitetshöjning av patientjournalen.

Detta är informerat till verksamhet HSL och en planering pågår för att få tillstånd en dokumentationsutbildning under våren 2015.

Rutin gällande dokumentation är reviderad 2014.



2015-01-02

Avvikelser, lex Maria anmälningar samt enskilda klagomål gällande hälso- och sjukvård.

Under 2014 har sammanlagt 4844 avvikelser registrerats varav nedanstående avvikelser berör HSL.

Fall	2410
Hjälpmedel	47
Medicintekn.hjälpmedel	38
Läkemedel	1446
Uteblivna doser	970
Utebliven behandling	38

Under året har 38 frakturer rapporterats. 2 av dessa har skett i ordinärt boende. En av frakturerna i ordinärt boende skedde i kombination med tekniskt hjälpmedel. Antalet är likvärdigt med föregående år. En analys av avvikelserrapporterna visar att frakturerna har inträffat jämnt fördelat på våra särskilda boenden. Dessa händelser är svårt att helt undanröja pga. patientens hälsotillstånd och verksamhetens karaktär. MAR har under året efterfrågat analyser av händelseförlopp vid de inträffade skadorna och rekommenderat att teamträffar sker mera regelmässigt efter att en skada skett. Vi kan se att efterfrågan av medverkan från rehabiliteringspersonalen under året har ökat. Under 2014 har ett enskilt klagomål gällande HSL inkommit från IVO gällande tekniska hjälpmedel. Vid analys av denna händelse påvisas brister i samverkan med patientansvarig läkare på hälsocentralen.

Under året har ett förbättringsarbete gällande läkemedelsavvikelse påbörjats. Ansvarig sjuksköterska tillsammans med ansvarig chef SoL har ett gemensamt uppdrag att arbeta med detta. Syftet är att minimera uteblivna läkemedelsdoser samt andra avvikelser gällande läkemedel. 2014 registrerades 970 uteblivna doser vilket MAS inte anser vara tillfredsställande. Vid granskning av läkemedelsavvikelser framgår också att personal blandat ihop olika patienters läkemedelspåsar. Detta är inte kvalitetssäkrat och varje enskild sjuksköterska som delegerar en arbetsuppgift till en undersköterska ska säkerställa att arbetsuppgiften utförs på ett korrekt sätt, samt att läkemedel förvaras i för ändamålet avsedda läkemedelsskåp.

Antal lex Maria anmälningar 2014

Under 2014 har 5 Lex Maria anmälan insänts till IVO.



2015-01-02

Lex Maria anmälningarna har till stor del handlat om bedömningar av hälso- och sjukvårdssituationer samt bristande följsamhet till kända rutiner.

Analys av dessa ärenden har gjorts av MAS, kommunicerats till verksamhet HSL. Analyser påvisar att sjuksköterskor i verksamheten vid vissa tillfällen valt att frångå att följa avsedda rutiner. Detta har i viss mån lett till ovanstående anmälningar. Patientsäkerheten har åsidosatts. Ett säkerställande har gjorts gällande att rutiner är kända och efterföljas. I arbetet med att kvalitetssäkra vården har respektive sjuksköterska ett eget ansvar. I dialog med ansvariga sjuksköterskor ska en översyn av gällande händelser göras. Uppdraget för detta ligger på respektive enhetschef HSL. Förbättringsområden ska lokaliseras och arbetet ska ske kontinuerligt. Ansvar för uppföljning görs av områdeschef HSL i samråd med MAS.

Resultat kvalitetsenkät 2014

41 enkäter har registrerats. Årets kvalitetsenkät innefattar alla verksamhetsområden.

- De flesta av våra patienter har idag en fast vårdkontakt. Resultatet visar dock att patienterna inte alltid är medvetna om vem denna kontakt är. Begreppet fast vårdkontakt är ett relativt nytt begrepp och är därför inte känt hos alla.
- Vård- och rehabplaner upprättas främst vid smärtproblem, sårvård, nutrition, begränsningsåtgärd, palliativ vår, rehab åtgärder samt hjälpmedelsutprovning.
- Ett återkommande problem för patienter i den kommunala hälso-och sjukvården är smärttillstånd och detta följs i stort sett alltid upp genom någon form av smärtskattning.
- Uppskattningsvis en fjärdedel av våra patienter har symtom i form av oro/ångest. Förutom läkemedelsbehandling har ca hälften av dessa annan symtomlindring exv. BPSD-skattning, bolltacke, samtal el annan aktivering för att byta fokus, massage, utevistelse, musik.
- Hälften av våra patienter i våra särskilda boenden har idag en demensdiagnos.
- 35 patienter har någon form av trycksår de flesta av grad 1. Övriga graderingar 2-5 förekommer men är mera sällan.



2015-01-02

- På våra särskilda boenden har ca 1-5 per avd insulin behandlad diabetes. Behandling utförs på delegering av SSK till USK och kräver att USK har kompetens att utföra.
- Många patienter i våra verksamheter har behov av inkontinenshjälpmedel. Utredning om behovet sker inte regelmässigt och är bristfälligt dokumenterat.
- Ca 30% av patienter har risk för eller är undernärda. Övervikt förekommer men är ej så frekvent. Tillgång till dietist finns.
- Aktuell läkemedelslista följer inte alltid med i samband med utskrivning från sjukhus eller vid ett nytt vårdåtagande. Idag är det ca 70 %. Läkemedelsgenomgångar utförs inte i den omfattning som ska göras. Detta är ett ansvar för ansvarig läkare i samverkan med den fasta vårdkontakten. Få klarar sin läkemedelsanvändning själv. De flesta har apodos, några med dubblering av dosett. De flesta pat har 1-5 läkemedel per dygn. Det finns även ett antal pat som har mellan 6-9 läkemedel per dygn, ett fåtal med mer än 10.
- Individuell planering ska ske vid ett nytt vårdåtagande eller när en förändring sker men utförs endast i hälften. Ca 30 % får en omvårdnadsepikris med sig efter en sjukhusvistelse.
- Överrapportering mellan olika yrkeskategorier sker till allra största delen via telefon. I andra hand via Treserva.
- Vårdåtagande aktuell handläggare ska alltid rättas/fyllas i vid nytt åtagande.
- Begränsningsåtgärd. Av de som svarat har ca 200 patienter en begränsningsåtgärd. dessa dokumenteras oftast men däremot framgår inte alltid om det är teamträff som beslutar eller SSK/EC.
- Omsorgspersonal har mycket god kunskap gällande hygienföreskrifter men följsamheten är endast 50%.
- Följsamhet till sjuksköterskans ordinationer är 97 % samt till arbetsterapeuter och fysioterapeuter 80 %.
- I enkäten framgår också att arbetsterapeuter och fysioterapeuter inte per automatik blir kontaktad när patient blir inlagd, utskriven eller avliden.
- Fallpreventionsarbetet är väl känt och följsamheten är god. Fallutredningar utförs av teamet och följs upp på teamträffar.



2015-01-02

Sammanfattning av kvalitetsenkät.

Enkäten visar på ett flertal situationer vid överföring av patient mellan vårdenheter där brister i kommunikation framkommer. Det gäller omvårdnadsepikris, läkemedelslistor, rapport till rehab vid förändringar i vårdarbete kring patient.

Resultatet visar på att såväl i den egna organisationen som mot vårdgrannar behöver förbättringsarbeten komma till stånd för att säkra vårdövergångar. De verktyg som vi har i form av Meddix och SIP ska användas av all legitimerad personal.

Patientsäkerhetsplan 2015

Utifrån ovanstående granskning och uppföljning ser vi behov av följande förbättringsarbeten

- Utveckla arbetet med att använda öppenvårdsverktyget SIP-samordnad individuell plan.
- Systematisera och tydliggöra ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i teamet.
- Analysera och bearbeta resultat från Palliativ registret för att identifiera förbättringsområden. Uppdatering av lokalt vårdprogram planeras i samarbete med primärvården.
- Säkerställa att dokumentation i journal förs på ett patientsäkert sätt. Utbildning planeras och ny journalgranskning hösten 2015.
- Säkerställa läkemedelshantering och ordinationer utifrån ett patientsäkert perspektiv.
- Utbildning gällande inkontinens är planerad i januari 2015
- Fallpreventionsarbetet implementeras inom hemsjukvården
- Fördjupad analys av fallavvikelser inkomna 2014
- Se över brister i vårdövergångar
- Påbörja utvecklingsarbeten gällande prioriteringar och väntetider inom hemsjukvården