



Lästringe Alma AB

# PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

2018

Rosita Roemkens MAS leg sjuksköterska Lästringe-Alma AB  
2019-02-28

Vårdverksamheten Lästringe-Alma AB sammanfattar patientsäkerhetsberättelse för 2018 gällande Solberga gruppboendestäder vid Utterö Gård och i Tystberga samhälle, samt för Alma serviceboende i Tystberga samhälle.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier 2018.....	3
Verksamhetsmål för patientsäkerhet 2018.....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	4
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	5
Uppföljning genom egenkontroll.....	6
Samverkan för att förebygga vård skador.....	6
Riskanalys.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Sammanställning och analys.....	7
Samverkan med kund och närstående, gode man.....	8
Resultat.....	8
Kvalitetsmätning.....	9
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	9

## **SAMMANFATTNING**

Patientsäkerhetsberättelse för Lästringe-Alma innehåller information om hur arbetet med patientsäkerheten bedrivits under 2018. För att öka patientsäkerheten ska det arbetas på ett strukturerat arbetssätt för att förebygga risk för felaktig medicinering, somatisk och psykiatrisk problematik eller otillfredsställande kosthållning. Avvikelse och fallrapporter analyseras för att hitta brister som kan åtgärdas, dessa åtgärder sker både på individnivå, enhetsnivå och övergripande i verksamheten.

Identifiering av risk för vård-skador har genomförts genom att analysera avvikelser för att se på orsaker och brister samt att se över att åtgärder är vidtagna för att avvikelser inte ska upprepas. All personal är uppmärksam och anmäler avvikelser som upptäcks.

Synpunkter och klagomål från vårdtagare och/eller närstående tas emot av all personal, om åtgärd inte är möjlig att åtgärda omgående, förs information vidare till arbetsledare eller verksamhetschef. Återkoppling till kunden och ev. närstående eller gode män görs så snart som möjligt.

Vid vårdplanering och riskbedömningar involveras kunden och efter samtycke närstående, gode män. När allvarliga avvikelser inträffat informeras och erbjuds kunden (efter samtycke) och eller närstående, gode män att delta i utredningen.

Målet för 2019 är alla kunder ska ha en säker och optimerad läkemedelsbehandling. För att möjliggöra detta ska alla kunder erbjudas läkemedelsgenomgång och uppföljning minst en gång per år. Mätning visar att 89 % av alla kunder har haft läkemedelsgenomgång. Samtliga kunder har fått stöd att boka tid för detta men i något fall har sjukvården inte haft möjlighet att erbjuda tider under året eller kunder har avböjt erbjudande.

Målet 2018 att minska avvikelser är uppnått. Två av enheterna har minskat sina medicinavvikelser och en av enheterna har ökat sina medicinavvikelser under året. Målet 2019 är att minska antal medicinavvikelser.

## **ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER 2018**

### **Vision**

Lästringe-Almas vision är att ge vård och omsorg i toppklass, att vara en plats för individens förmåga.

I Lästringe-Almas värdegrund är kunden i fokus genom ett arbetssätt som präglas av engagemang, kunskap samt ett respektfullt och empatiskt bemötande. Alla kunder, närstående och uppdragsgivare ska känna sig väl bemötta. Lästringe-Alma värnar om att uppfylla sina uppdrag så att de för kunden resulterar i en upplevelse av ökad livskvalité och individuell utveckling. Lästringe-Almas kunder ska få den vård och den omsorg som krävs för att de ska uppnå goda levnadsvillkor och ges möjlighet att leva sitt liv i trygghet och så som de själva önskar.

### **Kvalitetspolicy och Ledord**

Lästringe-Almas kvalitetspolicy är att bedriva särskilda boenden och daglig verksamhet för personer med neuropsykiatriska funktionshinder inom lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS.

Genom vår kompetens, nyfikenhet, engagemang och respekt före den enskildes förmåga skapar vi förutsättningar för kommunikation på alla plan. Våra ledord är den enskildes integritet och självbestämmande. Vår professionalitet baseras utifrån vår värdegrund.

### **Verksamhetsmål för patientsäkerhet 2018**

- 1) Alla kunder på Lästringe-Alma ska ha en säker och optimal läkemedelsbehandling genom att erbjudas läkemedelsgenomgångar minst en gång per år samt uppföljning. Målet är att alla, 100% av alla kunder ska ha blivit erbjuden en läkemedelsgenomgång.

Delmål: Planera in tider för läkemedelsgenomgång med läkare regelbundet.

**Måluppfyllelse:** Delvis uppnått.

- 2) Minska antal medicinavvikelser genom noggrann analys av avvikelsehändelser.

Delmål: Genom noggrann analys av medicinavvikelser åtgärda situationer där avvikelser förekommer.

**Måluppfyllelse:** Uppnått för två av tre enheter.

- 3) Alla kunder som önskar ska få stöd att gå igenom sin kosthållning med stöd av dietist och personal samt vid önskemål få stöd till hälsobefrämjande aktiviteter.

Delmål: Planera in tid för att besöka dietist samt få stöd av personal att upprätta matsedel utifrån rekommendation av dietist samt stöd att inhandla och laga kost. Stöd av personal att utöva hälsobefrämjande aktiviteter.

**Måluppfyllelse:** Uppnått

- 4) Upprätthålla strategier i personalens förhållningssätt som ett led att öka kunders förmåga att förutse och kunna påverka det egna livet.

Delmål: Att kundens planering integreras med personalens arbetsbeskrivning som ett led att göra kundens vardag förutsägbar. Följa upp strukturavvikelser.

**Måluppfyllelse:** Delvis uppnått

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

Vårdgivare

Vårdgivaren Lästringe-Alma AB ansvarar för hälso- och sjukvård samt att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren som bedriver verksamhet enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera verksamheten för att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763) respektive tandvårdslagen (SFS 1985:125) upprätthålls enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

#### Verksamhetschef

Verksamhetschefen för omsorg samt hälso- och sjukvården representerar vårdgivaren. Verksamhetschefen har enligt Hälso- och sjukvårdslagen ett samlat ledningsansvar för att verksamheten bedriver en god vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschefen har även till uppgift att mätbara verksamhetsmål formuleras och för att målen nås. Målen följs upp och rapporteras till vårdgivaren halvårsvis.

#### Medicinskt ansvarig sköterska, MAS

MAS representerar vårdgivaren och ansvarar för att hälso- och sjukvården är av god kvalitet samt att vård och behandling är ändamålsenlig och säker. MAS utgör tillsammans med verksamhetschefen ledningen av Lästringe-Almas hälso- och sjukvård. MAS ska stödja med medicinsk kompetens, upprätta och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet för att säkerställa hälso- och sjukvård med god kvalitet. MAS ansvarar för uppföljning enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och har genom delegation från vårdgivaren att upprätthålla patientsäkerhetsberättelse årligen samt att utreda och anmäla Lex Maria ärenden. I ansvaret ingår att utifrån gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning, utarbeta riktlinjer, instruktioner, rutiner och uppföljningar. MAS ska följa upp samt utreda inkomna avvikelserapporter.

#### Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera avvikelser och tillbud samt delta i arbetet med uppföljning mål och resultat samt visa engagemang för en god vård och omsorg genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder, risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

#### **Struktur för uppföljning och utvärdering**

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet följs upp genom analyser och återkoppling av resultat till högsta ledning. Resultat som redovisas ska även följas av förbättringsförslag samt att åtgärder som vidtas förs ut i verksamheten. Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet visas för vårdgivaren en gång per år i form av patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelse ska vara klar före mars månad året efter redovisningsåret. Sammanställning av kvalitetsmätning och avvikelser redovisas i patientsäkerhets berättelsen av MAS till verksamhetschef och arbetsledare. Till respektive enhet redovisas kvalitetsmätningen samt avvikelser av arbetsledare.

Avvikelser gällande läkemedel, strukturavvikelser, klagomål och övrigt skrivs av den som uppmärksammat avvikelsen och behandlas kontinuerligt enligt lokala rutiner för avvikelsehantering.

### **Uppföljning genom egenkontroll**

Egenkontroll är systematiskt uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Ledning

Verksamhetschef tillsammans med arbetsledare sjuksköterskor och MAS

Uppföljning av egenkontroll redovisas i samband med patientsäkerhetsberättelse.

Återkoppling av synpunkter och klagomål, samt anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah diskuteras.

Källor som används i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete inom Hälso- och sjukvård är kvalitetsmätning 1 gång per år, avvikelserapporter, Lex Maria, klagomål och synpunkter samt övriga rapporter.

### **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.**

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs kontinuerligt genom analyser av avvikelserapporter och övriga rapporteringar som inkommer. Utifrån analys genomförs åtgärder. I kvalitetsgruppen som består av verksamhetschef, arbetsledare, medicinskt ansvarig sjuksköterska, lyfts även avvikelser och problem av allvarigare karaktär.

### **Samverkan för att förebygga vård skada**

Samverkan sker med landstinget. Samordnad individuell plan, SIP, genomförs efter samtycke från berörd person när insatser ifrån olika vårdgivare behövs. SIP används även vid överrapportering till och från primärvård och slutenvård.

Vid informationsöverföring är det möjligt att använda en kommunikationsstruktur så kallad SBAR, som står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation. För att på ett tydligt sätt förmedla den information som behövs för situationen.

Samverkan sker även vid läkemedelsövergångar. Fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförs med för kunden önskvärda personer som närstående (efter samtycke från kunden det gäller), läkare, omvårdnadspersonal, sjuksköterska.

Enkla läkemedelsgenomgångar genomförs i samarbetet med kunden det gäller, läkare och sjuksköterska.

Vårdpersonal tillämpar basala hygienrutiner i sitt arbete och på så sätt förebygger vårdrelaterade infektioner inom alla former av vård och omvårdnad.

### **Risikanalys**

I systematiskt förbättringsarbetet ingår att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalys ska göras t ex inför förändringar i verksamheten, förändringar i personalens sammansättning, nya arbetsätt eller när nya metoder börjar tillämpas. Riskanalys görs för att finna orsaker till risker och att eliminera, reducera eller hålla dessa under kontroll om detta inte är möjligt ska man minska konsekvenserna av en negativ händelse. Riskanalys görs i samband med rapportering av allvarliga vårdskader, Lex Maria. MAS ansvarar för riskanalysutredningarna gällande patientsäkerhet och har möten med de personer som berörs vilket kan vara, personal eller arbetsledare.

MAS har via delegation ansvar för att utreda och anmäla Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Verksamhetschefen och MAS ansvarar även för att följa upp resultaten och arbeta för kvalitetsförbättringar utifrån resultaten samt efter vårdgivarens direktiv. Sveriges kommuner och landstings handbok, *Riskanalys och händelseanalys, analysmetoder för att öka patientsäkerheten* används som arbetsverktyg vid Lex Maria anmälan och andra analyser inom hälso- och sjukvård.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

#### Avvikelser

Avvikelser som upptäcks åtgärdas omgående då det är möjligt. Därefter skriver den personal som upptäckt avvikelsen en rapport som går till arbetsledare, kontaktperson och MAS för analys av händelsen och kommentarer som i sin tur skickar den vidare till verksamhetschefen för fortsatt analys och möjlighet att komma med kommentarer samt analysera händelsen. MAS gör bedömningen och ett ställningstagande om det är en allvarlig vård skada eller risk för en allvarlig vård skada, i fall det är det så görs en Lex Maria anmälan. MAS för statistik för avvikelser inom hälso- och sjukvård. Avvikelserna tas upp på arbetsplatsträffar eller vid rapporteringstillfällen på enheterna där avvikelsen inträffat. Återkoppling sker genom rapport från MAS till verksamhetschef då allvarliga vårdskader inträffat eller riskerar att inträffa. I patientsäkerhetsberättelsen redogörs för statistik gällande avvikelser för året.

#### Klagomål och synpunkter

På Lästringe-Almas hemsida finns möjlighet att lämna synpunkter samt klagomål. Det finns även en frankerad blankett för detta på enheterna, samt en intern brevlåda där klagomål och synpunkter kan lämnas. Personal tar även emot klagomål och synpunkter och förmedlar vidare om personen vill detta samt informerar om blanketter och brevlåda.

Kvalitetsgruppen lyfter fram anmälningar, avvikelser, klagomål och synpunkter som sammanställs och analyseras, samt sammanställer en handlingsplan gällande förbättringsområden. Handlingsplanen presenteras för berörda verksamheter och verkställs.

### **Sammanställning och analys**

#### Klagomål och synpunkter

Ett klagomål har inkommit.

#### Läkemedelsavvikelser

Totala antalet läkemedelsavvikelser 2018 för samtliga enheter är 13. Året 2017 var antalet läkemedelsavvikelser 18, vilket innebär att de ha minskat. Personalkategorier som varit inblandade är vårdare. Vanligaste bristen är att man inte följt gällande rutin för överlämnade av läkemedel. Det har inte framgått att avvikelsen orsakat lidande eller obehag för kunden eftersom upptäckten av avvikelsen skett relativt nära i tid. Det kan vara svårt att se någon enskild orsak till avvikelserna förutom brist i kommunikation mellan personal och att följa arbetsbeskrivningar. För att minska läkemedelsavvikelser har det införts webutbildningar som samtlig personal måste genomgå vid introduktion innan anställningsavtal utfärdas, samt sedan vid uppföljning årligen.

Övriga avvikelser  
Tillbud.

### **Samverkan med kund och närstående gode man.**

I samband med allvarliga vård-skador eller när allvarliga vård-skador skulle kunna ha inträffat tar verksamhetschef och/eller tjänstgörande sjuksköterska kontakt med kunden, gode man och om samtycke finns även kontakt med närstående.

Vid Lex Maria ärenden erbjuds kunden, dennes gode man och/eller dess närstående att skriva ner hur de upplevt händelsen och att deras synpunkter får följa med i anmälan. MAS återkopplar till vårdtagaren och gode man samt närstående och redogör för vad Lästringe-Alma har gjort och planerar göra samt informerar om beslut från IVO. Ingen Lex Maria har gjorts under 2018.

Klagomål från närstående och kunder tas emot och utreds och beroende på vad som framkommer så åtgärdas det inom enheten eller förs vidare till den som klagomålet berör.

### **RESULTAT**

Extern granskning av leg receptarie är utförd 2018.

#### Basala hygienrutiner

Enligt SOSFS 201 510 ska verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen arbeta enligt basal hygien i vård och omsorg för att förebygga infektioner och spridning av infektioner. Basala hygienrutiner finns på varje enhet som följs vid all form av vård, tillredning av mat, städning och tvätt.

Under 2018 är självskattning delvis utförd.

Under 2018 har alla hygienrutiner följts upp gällande fastställda städ-listor och rutiner för desinfektion.

#### Läkemedelsgenomgång

Samtliga kunder har erbjudits läkemedelsgenomgång och 89% har genomfört denna under 2018. Resterande 11% kunder som inte har haft läkemedelsgenomgång bero på läkarbrist landstinget eller kund har avböjd läkemedelsgenomgång.

#### Medicinavvikelser

På Solberga gruppboende i Tystberga samhälle anmäldes fyra medicinavvikelser. Under 2017 var avvikelserna fem vilket innebär att avvikelserna under 2018 har minskat med en.



På Solberga gruppboende vid Utterö gård anmäldes två medicinavvikelser under 2018. Under 2017 anmäldes en medicinavvikelse vilket är en ökning med en avvikelse under 2018. På Alma serviceboende anmäldes 7 avvikelser under 2018. Under 2017 anmäldes nio avvikelser. Detta innebär att antalet avvikelser på Alma serviceboende har minskat med två avvikelser under 2018.

Antal medicinavvikelser har minskat på två av tre enheter och ökat på en enhet. Orsaken till utfärdade avvikelser har handlat om att kunder fått sin medicin vid annat tillfälle än vad ordination anger och att detta orsakats av brist i kommunikation mellan personal samt brist hos personal i att följa arbetsbeskrivningar. För att åtgärda problemet bearbetar verksamheten och följer upp åtgärder som framkommit i avvikelsehanteringen. Möten med var och en som har varit involverade har utförts. Webutbildningar ses över med syfte att ytterligare öka kunskap kring medicinering. Verksamheten har även gått igenom arbetsbeskrivningar för att tydliggöra när och hur arbetsuppgifter som medicindelning ska utföras.

#### Strukturavvikelser

Inga avvikelser avseende struktur har anmälts på Solberga gruppboende i Tystberga samhälle under 2018. På Solberga gruppboende vid Utterö gård och på Alma serviceboende har inga strukturavvikelser anmälts under 2018.

Strukturavvikelse uppstår när gällande arbetsbeskrivning inte följs. Detta kan innebära att kunden inte får den vårdinsats som avses. När detta skett har avvikelse utfärdats och analyserats med tydliggörande av struktur samt genomgång av förhållningssätt med berörd personal.

#### Dietist

Under året har fem kunder önskat kontakt med dietist vilket har genomförts. Boendepersonal har därefter gett kunder stöd i att följa dietistens råd.

#### Kvalitetsmätning

Under januari till oktober 2018 har 20 platser varit bemannade, under november till december har 19 platser varit bemannade i verksamheten. Sex kunder på Solberga gruppboende vid Utterö Gård, sex kunder vid Solberga gruppboende i Tystberga samhälle och åtta kunder vid Alma serviceboende under januari till oktober och sju kunder mellan november till december. Samtliga kunder har sina läkemedel via APO-dos system och samtliga har helt eller till viss del stöd av personal för hantering av läkemedel.

Vid slutet av året har antal avvikelser summerats och kontroll av läkemedelsuppföljning och dietist utförts.

Kontroll av basalhygien har skett löpande under året.

Riskanalys är utförd angående omvårdnad och behov av hjälpmedel.

En kund på Alma gruppboende och en kund på Solberga gruppboende har fått hjälpmedel.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år.**

### Läkemedelsgenomgång

Fortsättningsvis kommer samtliga kunder erbjudas stöd att boka tid hos patientansvarig läkare för läkemedelsgenomgång minst en gång per år.

Dessa möten ska planeras in i god tid med god framförhållning.

### Dietist

Fortsättningsvis kommer samtliga kunder som har önskemål få stöd att besöka dietist för kostråd. Dietist kommer att informera alla boenden.

### Vårdhygien

Under kommande år kommer hygienrund att genomföras genom observationsmätningar samt genom frågeformulär till vårdpersonal. Detta för att förebygga infektioner och spridning av infektioner.

### Samverkan

Under kommande år kommer användande av SBAR – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation att tillämpas i möten med vården. Detta för att underlätta samverkan och informationsöverföring.

### Pascal

Under 2018 har webbverktyget Pascal börjat införas och fortsättning av detta sker i 2019. Detta för att underlätta för sköterskan att se över ordinationshandlingar.

### Risakanalys

Under 2019 kommer riskanalys fortsatt utföras för att ge kunder en säker vård.

### Extern kvalitetsgranskning

Under 2019 kommer en extern granskning att genomföras av leg receptarie.