



Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdels- nämnd

Sätra vård- och omsorgsboende

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-02-24 Inger Erlandsson, verksamhetschef enligt 29 § HSL

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör läkemedelshanteringen och basala hygienrutiner. Verksamheten har säkrat hela läkemedelskedjan genom att revidera lokala rutiner och utarbeta en arbetsmetod för säker läkemedelshantering. Extern apotekare/farmaceut har utbildat sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i säker läkemedelshantering. Verksamheten har också påbörjat genomförandet av systematiska läkemedelsgenomgångar tillsammans med ansvarig läkare.

För att all personal ska ha förutsättningar att tillämpa basala hygienrutiner har verksamheten har påbörjat arbetet med att placera handsprit, skyddshandskar och platsförkläden i varje lägenhet och i t.ex. tvättstugor och sköljrum. Verksamheten har vidare påbörjat utbildning för all personal i basala hygienrutiner samt påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för såromläggning, städning, tvätt- och förrådshantering.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar, andelen personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner och läkemedelshantering och andel genomförda läkemedelsgenomgångar. Vidare har analys av infektionsregistrering och granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomförts genom medverkan i hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts och analyserats. Risker hanteras i kvalitetsrådet varje månad.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. Negativa händelser/ avvikelser rapporteras i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul.

Vid ankomstsamtalet, som hålls inom två veckor efter inflyttning informeras patient och närstående om patientskadeförsäkring och Patientnämndens arbete. Patient och närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de ser/upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Under 2011 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för alla patienter. Utbildning i Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning har genomgått majoriteten av personalen. Verksamheten har kvalitetssäkrat hela läkemedelskedjan genom utbildning i säker läkemedelshantering för samtliga sjuksköterskor och majoriteten av omvårdnadspersonalen. Lokala rutiner och arbetsmetoder för en säker och ändamålsenlig läkemedelshantering har tagits fram. Systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar har genomförts för större delen av patienterna med läkemedelsbehandling.

Övergripande mål och strategier

MÅL

1. Alla patienter ska ha riskbedömning för fall, undernäring och trycksår genomförda för att identifiera patienter med risk för fall, undernäring och trycksår.
2. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
3. Kvalitetssäkra hela läkemedelskedjan.
4. Genomföra systematiska läkemedelsgenomgångar för 50 % av patienterna med läkemedelsbehandling.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter en gång per år.
 - 2.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
 - 2.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
 - 2.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
3. Kvalitetssäkra hela läkemedelskedjan genom pågående läkemedelsprojekt.
 - 3.1. Sjuksköterskorna utarbetar en arbetsmetod för säker läkemedelshantering tillsammans med extern receptarie/apotekare på plats i verksamheten.
 - 3.2. Sjuksköterskorna reviderar befintliga rutiner för läkemedelshantering tillsammans med extern receptarie/apotekare på plats i verksamheten så att rutinerna är säkra och ändamålsenliga.
 - 3.3. Extern receptarie/apotekare utbildar sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i säker läkemedelshantering.
4. Systematiska läkemedelsgenomgångar genomförs tillsammans med ansvarig läkare med hjälp av extern receptarie/apotekare på plats i verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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 29 § 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 kontinuerligt ska bedrivas.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen. MAR är ett komplement till MAS.

Verksamhetschef, MAS och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kontinuerligt registrerar och rapporterar avvikelser, hälso- och sjukvårdsuppgifter/statistik och infektionsregistreringar.

Avvikelse rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat. Utvalda hälso- och sjukvårdsuppgifter/statistik rapporteras till MAS varje månad. Infektionsregistrering rapporteras varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS/MAR.

Verksamheten har påbörjat arbetet med att upprätta en struktur för hur beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp/utvärderas.

Strukturen för uppföljning/utvärdering, kopplat till mål och strategier är följande:

1. Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
- 2.1. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observation och självskattning enligt Vårdhygiens dokument en gång per år.
- 2.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis samt medverka i årliga hygienronder med hygienköterska från Vårdhygien.
- 2.3. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 3.1. Granskning av att arbetsmetoder avseende läkemedelshanteringen är utarbetade en gång i år.
- 3.2. Granskning av att rutiner för läkemedelshantering är reviderade en gång i år.
- 3.3. Mätning av andelen personal, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal som deltagit i utbildning i säker läkemedelshantering en gång per år,
- 3.4. Mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling en gång per år.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Under 2011 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter en gång per år.

Infektionsregistreringar har följts varje månad och två hygienronder har genomförts i slutet av året tillsammans med hygiensköterska från Vårdhygien.

Vid hygienronderna konstaterades brister i basala hygienrutiner och brister i följsamhet till gällande handlingsprogram. För att komma till rätta med bristerna, och därmed öka patientsäkerheten, har verksamheten vidtagit följande åtgärder:

- påbörjat arbetet med att sätta upp hållare för och placera handskar, handsprit och skyddsförkläden i lägenheter, tvättstugor och sköljrum samt förse hållarna med handskar, handsprit och skyddsförkläden,
- placerat handsprit i förråd och på personaltoaletter,
- påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning av lägenheter och gemensamma utrymmen,
- påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för tvätthantering av personalkläder,
- påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för såromläggning,
- påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för provtagning,
- påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för förrådshantering,
- påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning av sköljrum, och
- påbörjat utbildning för all personal i basala hygienrutiner genom Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

Under 2010 påbörjades ett läkemedelsprojekt för att kvalitetssäkra hela läkemedelskedjan. Projektet finansierades av stimulanmedel från Socialstyrelsen och avslutades i december 2011. Projektet har bland annat inneburit att apotekare funnits på plats i verksamheten två till tre dagar per vecka under ett år. Genom projektet har nya arbetsmetoder utarbetats och ändamålsenliga rutiner upprättats för en säker läkemedelshantering. Detta har gjorts tillsammans med receptarie/apotekare, MAS, verksamhetschef och sjuksköterskor. Extern receptarie/apotekare har genomfört utbildning i säker läkemedelshantering för alla sjuksköterskor och majoriteten av omvårdnadspersonalen. Under hösten 2011 har verksamheten också börjat genomföra systematiska läkemedelsgenomgångar tillsammans med ansvarig läkarverksamhet.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2011 är:

1. Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år samt granskning av andelen identifierade riskpatienter.

2.1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observation och självskattning har inte genomförts på ett strukturerat sätt.

2.2. Analys av infektionsregistreringen varje månad samt analys av resultat/protokoll från genomförda hygienronder en gång per år.

2.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.

3.1. Granskning av att arbetsmetoder avseende läkemedelshanteringen har utarbetats en gång per år.

3.2. Granskning av att rutiner för läkemedelshantering är reviderade en gång per år.

3.3. Granskning av andelen sjuksköterskor och omvårdnadspersonal som genomgått läkemedelsutbildning genomförd av extern receptarie/apotekare en gång per år.

3.4. Granskning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamheten har samverkansöverenskommelser med ansvariga läkarverksamheter. Verksamhetschef, MAS och respektive läkarverksamhets verksamhetschef deltar i regelbundna samverkansmöten under året. På dessa möten diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande och på individnivå för att förbygga att vårdskada uppstår.

Kvalitetsrådsmöten med enhetschefer, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal har under hösten genomförts en gång per månad. På dessa möten diskuteras förbättringsåtgärder och rutiner. På mötet görs en genomgång av föregående månads avvikelser och eventuella åtgärder. HSL-avvikelse förs in i den totala sammanställningen över enhetens samtliga avvikelser. Avvikelse redovisas för personalgruppen och diskuteras på nästkommande APT.

Vid inköp av vissa hjälpmedel, t.ex. liftar ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

MAS, MAR och verksamhetschef samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. MAS, MAR, verksamhetschef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samverkar också regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Risikanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser/tillbud från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående samt sammanställning av protokoll från kvalitetsrådets möten analyseras. En risk och väsentlighetsanalys görs tre gånger per år samt vid större förändringar i verksamheten, t.ex. organisatoriska förändringar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser/tillbud som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar hälso- och sjukvårdsavvikelser i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Sjuksköterskan ansvarar för att händelsen rapporteras till berörd enhetschef och verksamhetschef. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS/MAR.

Verksamheten saknar en tydlig struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade risker och händelser.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

1. Alla klagomål och synpunkter som kommer in dokumenteras på avsedd klagomålsblanketten och lämnas till berörd enhetschef och verksamhetschef för underskrift.
2. Klagomålet utreds och analyseras av berörd enhetschef/verksamhetschef tillsammans med berörd personal. Åtgärder tas upp så snart som möjligt på möte med personal. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten och diarieförs hos registrator.
4. Återkoppling görs till den person som framfört klagomålet så snart som möjligt. Återkoppling till personal görs på personalmöten.

Sammanställning och analys

Under året har inga synpunkter och klagomål som rör patientsäkerheten inkommit vilket gör att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan ses.

Samverkan med patienter och närstående

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras patient och närstående om patientskadeförsäkring och Patientnämndens arbete. Patient och närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de ser/upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Resultat

Strukturmått

Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 81 %. Utbildningen omfattade cirka en timme.

Andelen sjuksköterskor som genomgått läkemedelsutbildning uppgår till 100 %. Utbildningen omfattade totalt sex timmar.

Andelen omvårdnadspersonal som genomgått läkemedelsutbildning uppgår till 73 %. Utbildningen omfattade tre timmar.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår uppgår till 100 %.

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 79 %.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 35 %.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 34 %.

Andelen genomförda infektionsregistreringar och genomförda hygienronder uppgår till 100 %.

Andelen säkra och ändamålsenliga rutiner och arbetsmetoder för läkemedels- hantering uppgår till 100 %.

Andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar uppgår till 73 %

Resultatmått

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor uppgår till 4 %.

Andelen patienter med trycksår uppgår till 13 %. Framkommer inte för 2011 om trycksåren uppkommit på enheten eller på annan plats.

Andelen patienter som smittats med virusorsakad gastroenterit, dvs. vårdrelaterad infektion, VRI uppgår till 25 %.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har uppnåtts till 100 %. Målet att identifiera patienter med risk för fall, undernäring och trycksår har också uppnåtts.
2. Målet att förhindra spridning av smittsamma infektioner har inte uppnåtts då 25 % av patienterna har drabbats av virusorsakad gastroenterit.
3. Målet att kvalitetssäkring av hela läkemedelskedjan har nåtts.
4. Målet att genomföra systematiska läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling har nåtts då dessa har genomförts till 73 %.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Tidsplan för åtgärder som ska genomföras under 2012:

Kvarstående brister som rör basala hygienrutiner ska vara genomförda senast november 2012.

MÅL 2012

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. 1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder vidtagna och dokumenterade i en plan.
- 2.2. Inga trycksår uppkomna på enheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
4. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha systematisk läkemedelsgenomgång genomförd.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen tillämpas till 100 %.
6. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 25 % av patienterna.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter en gång per år.
- 2.1 -2.2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.
3. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 3.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 3.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 3.4. Hälften av chefer, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal genomgår Vårdhygiens hygienutbildning.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar systematisk läkemedelsgenomgång som genomförs tillsammans med ansvarig läkare och kontaktperson.
5. Sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.