



Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-01-18

Ann- Christin Nordström och Inger Berglund,
verksamhetschefer enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen

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	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

Det pågår ett kontinuerligt vårdhygieniskt arbete i verksamheten och åtgärder har vidtagits för att öka patientsäkerheten. En diskdesinfektor har köpts in och installerats i boendet och handsprit, skyddshandskar och platsförkläden finns i varje lägenhet samt i andra rum/utrymmen, t.ex. tvättstugor och sköljrum. Verksamheten genomför hygienutbildning för all nyanställd personal i basala hygienrutiner.

Arbetet pågår med att upprätta skriftliga rutiner för exempelvis såromläggning, städning, tvätt- och förrådshantering.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av andelen identifierade riskpatienter med förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i journalen, granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten, granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observation, analys av infektionsregistreringen, medverkan i hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien samt jämförelse av resultat från tidigare genomförda hygienronder.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts under året. Verksamheten saknar en tydlig struktur för hantering av rapporterade risker.

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

Vid ankomstsamtalet, som hålls inom två veckor efter att patienten flyttat in, uppmanas patienter och närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Under 2012 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts till 100 %. Många, men inte alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår har förebyggande åtgärder dokumenterade i journalen. Hygiensköterska från Vårdhygien och intern utbildning i basala hygienrutiner har genomförts för all personal även sommarvikarier. I stort sett all personal tillämpar korrekta hygienrutiner och klädregler. Ingen spridning av smittsamma infektioner har skett under året.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2012

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda för att identifiera riskpatienter.
2. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärderna vidtagna och dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. 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.
- 2-3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.
4. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 4.4. Vårdhygiens arbetsplatsförlagda hygienutbildning genomgås av 75 % av personalen.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

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

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

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 ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser fortlöpande och infektionsregistreringar månadsvis. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, t.ex. genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år. Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

Infektionsregistrering görs varje månad och följs över tid/året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas omgående kontakt med verksamhetschef MAS och/eller MAR. Verksamheten har under 2012 fortsatt utveckla arbetet med att följa upp beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet vid team- möten som hålls två gånger per år samt vid behov.

Uppföljning/utvärdering, kopplat till mål och strategier görs enligt följande:

1. Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
2. Mätning av andelen upprättade planer med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
3. Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten månadsvis.
4. 1 Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
- 4.2 Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och självskattning minst en gång per år samt medverka i hygienrond med hygienköterska från Vårdhygien en gång per år.
5. Mätning av andelen genomförda registreringar av riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert två gånger per år.

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

Under 2012 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för alla patienter. Förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår har dokumenterats för många, men inte alla patienter.

Infektionsregistrering har gjorts varje månad och hygienrond genomfördes i början av året tillsammans med hygiensköterska från Vårdhygien.

För att komma till rätta med de kvarstående bristerna i basala hygienrutiner från 2011 och därmed öka patientsäkerheten har verksamheten vidtagit följande åtgärder:

- Utbildat all personal i basala hygienrutiner. Utbildningarna har genomförts av hygiensköterska från Vårdhygien och genom platsförlagd utbildning av utbildningsansvarig i verksamheten.
- All personal följer gällande regler, lokala rutiner och handlingsprogram.
- Revidering av lokala rutiner inom flera områden pågår, t.ex. rutiner vid provtagning, städning, husdjur, tvätthantering, förrådshantering, såromläggning, rengöring av hjälpmedel.
- En diskdesinfektor har köpts in och installerats i verksamheten.
- Handskar, handsprit och skyddsförkläden har placerats i alla lägenheter och tvättstugor.
- Handsprit för desinfektion har placerats i sköljrum, förråd och toaletter.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2012 är:

1. Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
2. Granskning av andelen upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
3. Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten varje månad.
- 4.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och självskattning minst en gång per år samt jämförelse av resultat från tidigare genomförda hygienronder en gång per år.
4. 2 Analys av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
- 4.3 Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
- 4.4 Granskning av andelen personal som genomgått platsförlagd utbildning.
5. Granskning av andelen genomförda registreringar av riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert två gånger per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. I regelbundna samverkansmöten under året, med läkarverksamhetens verksamhetschef och MAS, diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande nivå och på individnivå för att förbygga att vårdskada uppstår. Återkoppling ges till verksamhetscheferna.

Team- möten med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt kontaktpersoner genomförs två gånger per år samt vid behov. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten.

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

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

Risikanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med respektive verksamhetschef, MAS och/eller MAR.

MAS och MAR sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetscheferna. Respektive verksamhetschef återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

1. Alla klagomål och synpunkter som kommer in dokumenteras på avsedd klagomålsblanketten och lämnas till verksamhetschef för underskrift.
2. Verksamhetschefen skickar omgående blanketten vidare för diarieförning hos stadsdelsförvaltningens registrator. Kopia sparas i pärm och eventuell personakt.

3. Klagomålet utreds och analyseras av verksamhetschefen tillsammans med berörd personal. Åtgärder tas upp så snart som möjligt på möte med personal. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten.

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 varken klagomål eller synpunkter inkommit som rör patient-säkerheten.

Samverkan med patienter och närstående

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuk-sköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet uppmanas patient/närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Resultat

Strukturmått

Andelen personal som genomgått platsförlagd utbildning i verksamheten av hygiensköterska från Vårdhygien uppgår till 90 %. Utbildningen omfattade två timmar.

Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 %.

Processmått

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

Andelen upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder vid fallrisk uppgår till 54 %, vid risk för trycksår 65 % och vid risk för undernäring 85 %.

Andelen korrekta hygienrutiner och klädregler uppgår till 99 %.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 0 %.

Resultatmått

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor uppgår till 3 %.

Andelen patienter med trycksår uppgår till 2 %, vilket motsvarar 2 trycksår.

Andelen trycksår uppkomna på enheten uppgår till 50 %, dvs. ett trycksår.

Andelen patienter med smittsamma infektioner uppgår till 3 %.

Andelen patienter som drabbats av spridning av smittsamma infektioner uppgår till 0 %.

Måluppfyllelse

1. Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har gjorts till 100 %.
2. Dokumenterade förebyggande åtgärder när patienter identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring har genomförts till 54 %, 65 % och 85 %.
3. Trycksår uppkomna på enheten uppgår till 50 %, dvs. 1 (ett) av två trycksår.
4. Ingen spridning av smittsamma infektioner har skett under året.
5. Registrering av riskbedömningar i Senior Alert har inte gjorts under året.

Övergripande mål och strategier för 2013.

MÅL 2013

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda för att identifiera riskpatienter.
2. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder vidtagna och dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 25 % av patienterna.
6. Av alla rapporterade avvikelser ska 25 % utredas, analyseras och vidtagna åtgärder dokumenteras.

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.
- 2-3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.
4. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 4.4. Vårdhygiens hygienutbildning genomgås av 100 % av personalen.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
6. Verksamheten upprättar en skriftlig rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.