



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-01-08 Beata Torgersson

verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
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	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som genomförts under året avseende patientsäkerhetsarbetet har varit att verksamheten arbetar med att implementera lokal rutiner och arbetssätt för hälso- och sjukvård utifrån har det lokala ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut har genomförts för att säkerställa att sjuksköterskorna följer lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen

Verksamhetens möjligheter att identifiera brister som rör patientsäkerheten har förbättrats genom att antalet rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av dokumentation avseende förebyggande åtgärder dokumenterade i omvårdnadsjournalen, granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten, granskning av andelen genomförda läkemedelsgenomgångar, granskning andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning, analys av infektionsregistreringen och granskning av andelen riskbedömningar registrerade i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts under året.

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. Patienter och närstående involveras också i patientsäkerhetsarbetet genom att, till exempel delta i vårdplaneringar.

Under 2016 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för flertalet patienter. Arbetet med att registrera i nationella kvalitetsregister pågår. Verksamheten arbetar fortlöpande med basal hygien för att förebygga spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar.

Övergripande mål och strategier

Följande kvarstående brister skulle vara genomförda senast maj 2015:

1. Alla medarbetare ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
2. Hälften av alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska vara registrerade i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.

MÅL 2015

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. 75 procent av riskbedömningarna för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 procent.
7. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 50 procent av patienterna.
8. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
 - 2 och 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 följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
 - 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
 5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 75 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
 6. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna följer lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
 7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för hälften av patienterna.
-

8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret

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.

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.

Verksamhetschef och MAS 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, till exempel genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år. Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS.

Infektionsregistrering görs varje månad och följs över tid under året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS. Verksamheten har under 2015 fortsatt utveckla arbetet med att följa upp beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet vid teammöten som hålls i samband med inflyttning och därefter två gånger per år samt vid behov. Uppföljning av riskanalyser på individnivå görs i samband med vårdplanering och 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 genom dokumentationsgranskning en gång per år.
3. Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten månadsvis.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

-
4. 1. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
 - 4.2. Mätning av andelen medarbetare som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
 - 4.3. Mätning av andelen genomförda hygienronder med Vårdhygien om sådan genomförts.
 5. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert minst en gång per år.
 6. Mätning av att följsamhet till lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering genom extern kvalitetsgranskning tillsammans med apotekare/farmaceut en gång per år.
 7. Mätning av andelen genomförda mundedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG en gång per år.
 8. Mätning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

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

Under 2015 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för flertalet, men inte alla patienter.

För att säkerställa följsamhet till lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen har en extern kvalitetsgranskning genomförts tillsammans med apotekare/farmaceut.

Infektionsregistrering har följts varje månad. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och en hygienrond har genomförts tillsammans med hygiensjuksköterska.

Verksamheten har också ökat registrering av riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Verksamheten har registrerat vården i livets slutskede i det Svenska palliativregistret för en stor andel patienter som avlider på enheten.

Verksamhetens möjligheter att identifiera brister som rör patientsäkerheten har förbättrats genom att antalet rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat, framför allt läkemedelsavvikelserna.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2015 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 vid dokumentationsgranskning en gång per år.
 3. Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten minst en gång per år.
 - 4.1 Granskning och analys av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
-

-
- 4.2. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
 - 4.3. Granskning av andelen genomförda hygienronder med Vårdhygien om sådan genomförts.
 5. Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert två gånger per år.
 6. Granskning av följsamhet till lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen en gång per år.
 7. Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.
 8. Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret minst en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

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.

Verksamhetschef och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har gemensamma möten 2 gånger per månad.

Processledare och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har dokumentationsmöten 2 gånger per månad.

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

Extern samverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation. I regelbundna samverkansmöten under året med läkarorganisationens verksamhetschef, boendets verksamhetschef och MAS, diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande nivå och på individnivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Vid inköp av hjälpmedel, till exempel liftar, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

Verksamheten samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från

Vårdhygien och apotekare/farmaceut från Apoteket enligt avtal.

Verksamheten samverkar med utförare från landstingets tandvårdsenhet för den nödvändiga tandvården.

Risikanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid

allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

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

Under året har 213 avvikelser rapporterats enligt följande; 175 fall, 35 läkemedel, 2 vårdkedjeavvikelser och 1 medicintekniska produkter. Läkemedelsavvikelserna rör framför allt utebliven dos, förväxling av patient och läkemedel givet vid fel tidpunkt.

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 verksamhetschef 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 inget klagomål eller synpunkt från patient/närstående inkommit som rör patientsäkerheten. Detta 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, 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 medarbetare som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 99 procent. Utbildningen omfattade cirka en halv timme.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 89 procent, för trycksår till 85 procent och för undernäring till 87 procent.
Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 100 procent.
Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår 36 procent.
Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 23 procent.
Andelen avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret uppgår till 71 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 85 procent.
Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 31 procent.
Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 72 procent.

I januari början av året övergick Stockholms stad till dokumentation enligt ICF och KVÅ och innebär ett omfattande förändringsarbete som kommer att pågå under flera år. Med anledning av detta granskades endast journaler upprättade från och med januari 2015. 10 procent av journaler granskades. Granskningen visade att flertalet av patienterna som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring saknade förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 7 procent, vilket motsvarar 12 frakturer.
Andelen patienter med trycksår uppkomna på enheten uppgår till 1 procent, vilket motsvarar 1 trycksår.
Andelen patienter med smittsamma infektioner uppgår till 1 procent, vilket motsvarar 1 patient.
Andelen patienter som drabbats av spridning av smittsamma infektioner uppgår till 0 procent.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall har uppnåtts till 85 procent, för trycksår till 85 procent och undernäring till 87 procent.
2. Målet att alla patienter med risk för fall, trycksår och undernäring ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen har inte uppnåtts.
3. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har i stort sett uppnåtts.
4. Målet att ingen spridning av smittsamma infektioner ska ske har uppnåtts till 100 procent.
5. Målet registrera hälften av gjorda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts till 36 procent.
6. Målet att lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering följs har uppnåtts till 100 procent.
7. Målet att genomföra mundedömning enligt ROAG för hälften av patienterna har uppnåtts till 23 procent.
8. Målet att registrera vården i livets slutskede för patienter som avlider i verksamheten har uppnåtts till 71 procent.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Följande kvarstående brister ska vara genomförda senast maj 2016:

-
1. Hälften av alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska vara registrerade i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
 2. Munbedömning enligt ROAG ska vara genomförda för hälften av alla patienter.

MÅL 2016

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. 75 procent av riskbedömningarna för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
6. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 50 procent av patienterna.
7. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
- 2 och 3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i journalen.
4. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 75 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för hälften av patienterna.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret