



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdelsnämnd

Sätra vård- och omsorgsboende

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-01-13 Ulla Ståhl verksamhetschef 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	6
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	10

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör det fortsatta arbetet med ett förebyggande arbetssätt när risker för fall, undernäring och trycksår identifierats.

Verksamheten har också genomfört bedömningar enligt bedömningsinstrument för munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens för en stor del av patienterna.

Arbetet med basala hygienrutiner pågår kontinuerligt. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, andelen riskbedömningar registrerade i Senior Alert och andelen personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts genom självskattning. Journalgranskning visar att flertalet patienter som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring har förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.

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

För att förebygga vårdskador samverkar verksamhetschef och medicinsk ansvarig sjuksköterska regelbundet med ansvarig läkarverksamhet. Risker och avvikelser hanteras i kvalitetsrådet varje månad. Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. Avvikelse rapporteras i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul.

Vid ankomstsamtalet, som hålls i anslutning till inflyttning informeras patient och närstående om patientskadeförsäkring och Patientnämndens arbete. Utsedd Silviasyster kontaktar närstående och erbjuder samtal enskilt och i grupp. Patient och närstående uppmanas att komma in med synpunkter och klagomål när de ser/upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Under 2015 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för alla patienter. Verksamheten har registrerat riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2015

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
4. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.
5. Munbedömning enligt bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 50 procent av patienterna.
6. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Senior Alert ska genomföras för 25 procent av alla patienter.
7. Alla patienter identifierade med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
8. Av de rapporterade avvikelserna ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras i avvikelsemodulen.
9. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slutskede registreras i kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret.

STRATEGIER

- 1 och 2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.
3. All personal tillämpar basala hygienrutiner och följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning enligt ROAG.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med identifierad blåsdysfunktion/inkontinens.
8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska analyserar/utreder rapporterade avvikelser, vidtar åtgärder och dokumenterar detta i avvikelsemodulen.
9. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i 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.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

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 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 sjukvårdsindiktaorer och infektionsregistreringar.

Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat. Av staden framtagna hälso- och sjukvårdsindiktaorer och infektionsregistrering rapporteras till MAS varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS.

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.
- 1.2 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.
2. Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten minst en gång per år.
- 3.1. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning enligt Vårdhygiens dokument minst en gång per år.
- 3.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis samt medverka hygienronder med hygienköterska från Vårdhygien en gång per år om så behövs.
- 3.3. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
5. Mätning av andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG en gång per år.
6. Mätning av andelen genomförda bedömningar av blåsdysfunktion/inkontinens en gång per år.
7. Mätning av andelen individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel för patienter med symtom på blåsdysfunktion/inkontinens en gång per år.
8. Mätning av andelen avvikelse rapporter som är analyserade/utredda med mera.
9. 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 gjorts för i stort sett alla patienter. När risker har identifierats har förebyggande åtgärder dokumenterats i en hälsoplan i journalen för flertalet patienter. Registrering av riskbedömningar i Senior Alert har genomförts.

Infektionsregistreringar har följts varje månad. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Verksamheten har ett hygienråd med representanter från samtliga avdelningar i syfte att upprätthålla basala hygienrutiner.

En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts tillsammans med apotekare/farmaceut från Apoteket AB.

Munbedömning enligt bedömningsinstrument har gjorts för en tredjedel av patienterna. Bedömningarna är registrerade i Senior Alert. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument har gjorts för drygt hälften av alla patienter med dessa symtom.

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.
- 2.1 Granskning av andelen identifierade riskpatienter med förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen genom dokumentationsgranskning en gång per år.
- 2.2 Granskning av andelen uppkomna trycksår på enheten en gång per år.
- 3.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observation minst en gång per år.
- 3.2 Analys av infektionsregistreringen varje månad.
- 3.3 Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Granskning av att omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerat 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
5. Granskning av andelen patienter med genomförd munbedömning enligt bedömningsinstrumentet ROAG en gång per år.
6. Granskning av andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument en gång per år.
7. Granskning av andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
8. Granskning av rapporterade avvikelser som är analyserade/utredda och dokumenterade en gång per år.
9. Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Legitimerad personal träffas en gång per månad för att gå igenom inkomna avvikelser. Därefter hålls kvalitetsrådsmöten med enhetschefer, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal en gång per månad där förbättringsåtgärder och rutiner diskuteras. På mötena görs en genomgång av föregående månads avvikelser och eventuella åtgärder. Hälso- och sjukvårdsavvikelser förs in i den totala sammanställningen över enhetens samtliga avvikelser. Avvikelserna redovisas för personalgruppen, diskuteras och återkopplas till personalen på nästkommande arbetsplatsträff.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och berörd personal träffas regelbundet i teammöten där den enskildes hälso- och sjukvårdsbehov samt omvårdnadsbehov diskuteras. Verksamhetschef och legitimerad personal har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsfrågor.

Verksamheten samverkar också med stadsdelens dietist i övergripande frågor som rör nutrition.

Verksamhetschef och MAS 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 en lokal samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. Verksamhetschef, MAS och läkarverksamhetens chef har regelbundna samverkansmöten under året för att diskutera patientsäkerheten i syfte att förbygga vårdskada.

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

Verksamheten samverkar också med hygiensjuksköterska från Vårdhygien och apotekare/farmaceut från Apoteket AB enligt avtal.

Riskanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser/tillbud från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras om sådana finns. Protokoll från kvalitetsrådets möten sammanställs och analyseras.

En risk och väsentlighetsanalys görs tre gånger per år samt vid större förändringar i verksamheten, till exempel organisatoriska förändringar och inför sommarperioden.

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 sjukvårds- avvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS. Arbetet med att ta fram en struktur för att analysera/utreda och dokumentera vidtagna åtgärder fortsätter.

Under året har 278 avvikelser rapporterats enligt följande; 227 fall, 48 läkemedel och 3 brister i vårdkedjan. Flertalet läkemedelsavvikelser rör utebliven dos och utebliven signering av överlämnat läkemedel.

Hantering av 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.

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 inget 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

I anslutning till att patienten flyttar in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras patient och närstående om patientskadeförsäkring och Patientnämndens arbete. Utsedd Silviasyster tar alltid kontakt med närstående och erbjuder enskilda samtal och i grupp. Patient och närstående uppmanas att komma in med synpunkter och klagomål när de ser/upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Resultat

Strukturmått

Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 98 procent. Utbildningen omfattade cirka en halvtimme.

Processmått

Andelen personal som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 95 procent.

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

Andelen genomförda munbedömningar uppgår till 31 procent.

Andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens uppgår till 56 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 0 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 83 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 51 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 20 procent.

I januari början av året övergick Stockholms stad till dokumentation enligt ICF och KVA och det innebär ett omfattande förändringsarbete som kommer att pågå under flera år. Med anledning av detta granskades endast journaler upprättade från och med januari 2015. 13 procent av journaler granskades. Granskningen visade att flertalet patienterna som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring hade förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 3 procent, vilket motsvarar 8 frakturer.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 2 trycksår.

Andelen patienter som smittats av vårdinfektioner uppgår till 0 procent.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 100 procent.

Andelen registreringar i Svenska palliativregistret uppgår till 75 procent.

Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel vid inkontinens uppgår till 100 procent.

Måluppfyllelse

1. Målet att alla identifierade riskpatienter har förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen har enligt dokumentationsgranskningen i stort sett uppnåtts.
2. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har i stort sett uppnåtts.
3. Målet att förhindra spridning av smittsamma infektioner har uppnåtts till 100 procent.
4. Målet att registrera 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i nationella kvalitetsregistret Senior Alert har

uppnåts.

5. Målet att 50 procent av patienterna ska ha munbedömning enligt ROAG har inte helt uppnåts.

6. Målet att 25 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens har bedömning enligt bedömningsinstrument har uppnåts.

7. Målet att alla patienter med symtom på blåsdysfunktion/inkontinens har individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel har uppnåts.

8. Målet att 25 procent av rapporterade avvikelser ska analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas har inte uppnåts.

9. Målet att registrera vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för patienter som avlider i verksamheten har uppnåts till 75 procent.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2016

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.

2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.

3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.

4. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.

5. Munbedömning enligt bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 75 procent av patienterna.

6. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument ska genomföras för 75 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.

7. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.

8. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

STRATEGIER

1 och 2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.

3. All personal tillämpar basala hygienrutiner och följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.

4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning enligt bedömningsinstrument.

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument.

7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.

8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för alla patienter som avlider i verksamheten.

