



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdelsnämnd

Sätra vård- och omsorgsboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-01-31 Lasse Berglund tillförordnad
verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och
sjukvårdslagen

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
Riskanalys	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	8
RESULTAT OCH ANALYS	8
Egenkontroll.....	8
Avvikelser	10
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador	11
Riskanalys	11
Mål och strategier för kommande år	11

Sammanfattning

De huvudsakliga målen för 2018 har varit:

- att göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för att identifiera riskpatienter,
- inga trycksår uppkomna i verksamheten,
- förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner och smittor

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

Arbetet med basala hygienrutiner pågår kontinuerligt. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning. Infektionsregistreringen har följts och analyserats. En självskattning av basala hygienrutiner och följsamhet till klädregler har gjorts under året.

Under 2018 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för större delen av patienterna. Endast ett trycksår har uppkommit i verksamheten. Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner har skett. En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts av apotekare/farmaceut.

Framåtblick 2019

Maten och måltiderna är för många äldre en glädjekälla och en av dagens höjdpunkter. Maten har också en medicinsk betydelse och är att jämställa med annan medicinsk behandling, till exempel läkemedelsbehandling. Det är därför viktigt att identifiera vilka patienter som är i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fokusera på att förbättra sitt arbete med nutritionsvårdsprocessen.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

MÅL 2018

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
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 80 procent av patienterna.
6. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument ska genomföras för 90 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
7. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
8. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god palliativ vård i livets slutskede.
9. 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 minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
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. Utbildning av cirka 20 ombud, legitimerad och omvårdnadspersonal i palliativ vård.
9. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för alla patienter som avlider i verksamheten.

Organisation och ansvar

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 sjukvårdslagen (HSL) upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § 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 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda ansvariga sjuksköterskor inom områden för basal hygien och läkemedelshantering.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Legitimerad personal och omvårdnadspersonal träffas en gång per månad på kvalitetsrådsmöten för att gå igenom registrerade avvikelser där förbättringsåtgärder och rutiner diskuteras. Hälso- och sjukvårdsavvikelser förs in i den totala sammanställningen över enhetens samtliga avvikelser. Avvikelseerna redovisas för personalgruppen, diskuteras och återkopplas till personalen på nästkommande arbetsplatsträff.

Legitimerad personal och kontaktpersonerna träffas regelbundet i teammöten minst en gång per månad där patientens hälso- och sjukvårdsbehov samt omvårdnadsbehov diskuteras. Tillförordnad verksamhetschef och legitimerad personal har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsfrågor.

Tillförordnad 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. Tillförordnad verksamhetschef, MAS och läkarverksamhetens chef har regelbundna samverkansmöten under året för att diskutera patientsäkerheten i syfte att förbygga vårdskada.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis enligt avtal och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm.

Samverkan sker även med apotekare/farmaceut från Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enligt avtal.

Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

Patienters och närståendes delaktighet

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.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

MAS sammanställer registrerade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till tillförordnad verksamhetschef

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.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten. Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av chef som avgör grad av utredning

Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning görs i samråd med MAS

Egenkontroll

Egenkontroller som har genomförts under 2018

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	1 gång per år	Vodok
Upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk undernäring, fall och trycksår	1 gång per år	Vodok

Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	HSL- indikatorer
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering HSL- indikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Vårdhygiens blankett- Självskattning till följsamhet av basala hygienrutiner
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Registrerade munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG	1 gånger per år	Vodok
Patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	HSL- indikatorer
Avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret	1 gång per år	Svenska Palliativregistret

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

För de patienter som vid riskbedömning identifieras med risk för fall, undernäring och trycksår gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska en utredning och vidtar förebyggande och behandlande åtgärder enligt gällande rutiner.

Infektionsregistrering har följts varje månad. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner har gjorts genom självskattning under året.

20 personal har under hösten utbildats till palliativa ombud vid vård i livets slutskede genom palliativt kunskapscentrum (PKC). För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.

I månatliga tvärprofessionella kvalitetsråd har hälso- och sjukvårdsavvikelser, klagomål och synpunkter analyserats för att identifiera brister som rör patientsäkerheten.

Verksamhetens lokala samverkansavtal med ansvarig läkarorganisation har reviderats för att förtydliga ansvarsfördelningen framför allt inom området nutrition.

Riskanalys

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

På individnivå gör den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

Utredning av händelser - vårdskador

Verksamheten har påbörjat arbetet med att utreda händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en vårdskada. Det finns ett behov av utveckla delar av utredningen, framförallt de delar som rör bakomliggande orsaker och analys.

Informationssäkerhet

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Chef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring granskas årligen av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
1. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 77 procent, för undernäring till 74 procent och trycksår till 77 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 71 procent, för undernäring till 46 procent och trycksår till 25 procent.	För att uppnå ett godkänt resultat skulle andelen gjorda riskbedömningar uppgå till 90 procent.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.	Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår uppgår till 1 procent	Godkänt resultat
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar	All personal tillämpar basala hygienrutiner. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskatning en gång per år. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektion-registreringen och HSL- indikatorer månadsvis. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som tillämpar basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 95 procent Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent. Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat Godkänt resultat Godkänt resultat
4. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för alla patienter som samtycker till registreringen	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.	Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.	Andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert uppgår till 59 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle 80 procent av riskbedömningarna registrerats.
5. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 75 procent av patienterna.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för 75 procent av patienterna.	Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.	Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 54 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle munbedömningar gjort för 75 procent av patienterna.
6. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument ska genomföras för 90 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument.	Granskning av andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument en gång per år.	Andelen genomförda bedömningar med bedömningsinstrument uppgår till 55 procent.	För att uppnå ett godkänt resultat skulle bedömning gjorts för 90 procent av patienterna med inkontinens.
7. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel.	Granskning av andelen individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.	Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	Godkänt resultat

förskrivna inkontinenshjälpmedel			uppgår till 97 procent	
8. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede	Utbildning av cirka 20 palliativa ombud, legitimerad och omvårdnadspersonal i palliativ vård i livets slutskede	Granskning av andelen personal som genomgått utbildningen till palliativa ombud.	Andelen personal som genomgått utbildningen uppgår till 100 procent.	Godkänt resultat
9. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.	Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret en gång per år	Andelen avlidna patienter som registrerats i Svenska Palliativregistret uppgår till 58 procent	För att uppnå ett godkänt resultat skulle minst 90 procent ha registrerats.

Årets granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Granskningen visar också att det finns brister i följsamhet till lokala regler och rutiner för nutrition, vilket gör det svårt att följa nutritionsvårdsprocessen i journalerna.

Samlad analys av egenkontrollen

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Resultatet av egenkontrollen visar att verksamheten måste förbättra sin egenkontroll inom flera områden för att säkerställa att, bland annat riskbedömningar görs enligt gällande regler och rutiner för att nå sina uppsatta mål för hälso- och sjukvården. Verksamheten måste också förbättra sin egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen för att säkerställa att journalföringen uppfyller kraven i lagstiftning och gällande riktlinjer.

Avvikelser

Under året har totalt 161 avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Fall	106
Läkemedel	54
• Utebliven dos	34
• Dubbel dos	1
• Förväxling av tidpunkt	4
• Förväxling av patient	3
• Fel läkemedel administrerats	1
• Fel läkemedel iordningställt	5
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	2
• Signatur saknas för iordningsställande av läkemedel	1

• Signatur saknas för administrering av läkemedel	3
Specifik omvårdnad	1

Syftet med att rapportera och utreda avvikelser är att identifiera brister i verksamheten och vidta åtgärder så att de inte inträffar igen. Det är därför viktigt för patientsäkerhetsarbete att alla avvikelser rapporteras. Vid granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen framkommer att antalet fall som är dokumenterade i journalerna uppgår till 150. Det finns alltså en underregistrering/rapportering av fall med 29 procent.

Klagomål och synpunkter

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

Händelser och vårdskador

Det finns ett behov av att förbättra verksamhetens arbete med att utreda händelser och risker som lett till vårdskador eller som skulle kunna leda till vårdskador. Verksamheten behöver utveckla ett strukturerat arbetssätt, framför allt för de delar som rör utredning och analys.

Riskanalys

Verksamhetens riskhantering sker idag främst genom analys och åtgärder på individnivå, till exempel i samband med riskbedömningar.

Mål och strategier för kommande år

ÖVERGRIPANDE MÅL

Det är viktigt att identifiera patienter med risk för undernäring och i behov av eventuell nutritionsbehandling. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fokusera på att förbättra sitt arbete med nutritionsvårdsprocessen.

MÅL 2019

1. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
 - 1.1. Gjorda riskbedömningar ska registreras i kvalitetsregistret Senior alert.
2. För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska utredning göras för minst hälften av patienterna. Utredningen ska omfatta:
 - 2.1. registrering av mat och vätskeintag i tre dygn
 - 2.2. registrering av nattfasta i tre dygn
 - 2.3. beräkning av dagligt energibehov
3. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) görs för 75 procent av patienterna.
4. Inga trycksår uppkomna på enheten.
5. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömning för fall, undernäring och trycksår.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar och beräknar följande för minst hälften av patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning:
 - 2.1. mat och vätskeintag i tre dygn
 - 2.2. nattfasta i tre dygn
 - 2.3. dagligt energibehov
3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör munbedömning enligt ROAG för 75 procent av patienterna
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
 - 5.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
 - 5.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.
 - 5.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.