



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet

2014-02-28

Ann Norén,

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

Verksamheten har under året fortsatt arbetet med basala hygienrutiner. I stort sett all personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Verksamheten har också upprättat säkra och ändamålsenliga lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom medverkan i hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien samt analys av infektionsregistreringen. Vidare har granskning av att lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering är säkra och ändamålsenliga gjorts.

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

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. Negativa händelser/ avvikelser rapporteras i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Verksamheten har en tydlig struktur för hantering av rapporterade risker.

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 finner risker eller brister i verksamheten.

Under 2013 har riskbedömning för fall, trycksår och undernäring genomförts för knappt hälften eller fler av patienterna. Verksamheten har registrerat hälften av genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Hygiensköterska från Vårdhygien har genomfört arbetsplatsförlagd utbildning för majoriteten av personalen.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2013

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 i omvårdnadsjournalen.
- 2.2. Inga trycksår uppkomna på enheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
4. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 25 % av patienterna.
5. Upprätta säkra och ändamålsenliga lokala rutiner för läkemedelshanteringen

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och där- efter 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 verksamhetschef genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 3.4 All personal genomgår Vårdhygiens arbetsplatsförlagd hygienutbildning i verksamheten en gång per år.
- 3.5. Uppföljande hygienrond med hygiensköterska från Vårdhygien en gång per år.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
5. Verksamhetschef och sjuksköterskor upprättar säkra och ändamålsenliga lokala rutiner för läkemedelshanteringen.

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 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 och infektionsregistreringar. Vissa 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.

Infektionsregistrering görs varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas omgående kontakt med verksamhetschef, och MAS. Verksamheten har upprättat en struktur för hur beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp/ utvärderas.

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.
 - 2.1 Mätning av andelen förebyggande åtgärder dokumenterade när risk för fall, undernäring och trycksår identifierats.
 - 2.2 Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten minst en gång per år.
- 3.1 Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observation.
- 3.2 Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis.
- 3.3 Mätning av andelen personal som genomgått vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
- 3.4 Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens arbetsplatsförlagd hygienutbildning i verksamheten en gång per år.
- 3.5. Granskning av protokoll från genomförd hygienrond en gång per år.
4. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
5. Granskning en gång per år att lokala rutiner för läkemedelshanteringen har upprättats och att rutinerna är säkra och ändamålsenliga.

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

Under 2013 har riskbedömningar för fall genomförts för flertalet patienter. Riskbedömningar för undernäring och trycksår har genomförts för knappt hälften av patienterna.

Infektionsregistreringen har följts varje månad och en uppföljande hygienrond genomfördes under våren tillsammans med hygiensköterska från Vårdhygien.

Vid hygienronden konstaterades att de kvarstående bristerna i basala hygienrutiner, rutiner för städning av lägenheter och att utrusta utvalda lägenheter med flytande tvål och pappershanddukar har åtgärdats.

Verksamheten har registrerat hälften av genomförda riskbedömningar i senior alert.

Verksamheten har upprättat säkra och ändamålsenliga lokala rutiner för läkemedelshanteringen.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2013 är:

1. Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
2. 1. 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
- 2.2. Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten varje månad.
- 3.1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observation minst en gång per år.
- 3.2. Analys av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen varje månad samt genom att jämföra resultat/protokoll från genomförda hygienronder en gång per år.
- 3.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens arbetsplatsförlagd hygienutbildning i verksamheten en gång per år.
4. Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
5. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen tillsammans med apotekare/farmaceut en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

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

Verksamheten samverkar med intilliggande vård och omsorgsboende avseende sjuksköterskeinsatser jourtid och sjukgymnastinsatser enligt avtal.

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

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

Intern samverkan

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.

Teammöten hålls varje vecka med legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast) och omvårdnadspersonal. Vid dessa möten tas risker upp som identifierats hos patienten för att förebygga vårdskada.

Risikanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående och protokoll från teammöten analyseras och sammanställs. Inkomna synpunkter och klagomål från Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras. En risk och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar och inför sommarperioden.

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 verksamhetschef och MAS.

MAS sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetscheferna. Respektive verksamhetschef återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad. Verksamheten har påbörjat arbetet med att ta fram en struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade risker och händelser.

Under året har 187 avvikelser rapporterats enligt följande; 117 fall, 65 läkemedel och 5 specifik omvårdnad. Flertalet läkemedelsavvikelser rör utebliven dos.

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 eventuellt personakt.
3. Klagomålet utreds av verksamhetschefen tillsammans med berörd personal. Åtgärd/åtgärder diskuteras så snart som möjligt på arbetsplatsträff, APT, och beslutad/beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten.
4. Återkoppling görs till den som framfört klagomålet så snart som möjligt. Återkoppling till personal görs via APT- protokoll.
5. Sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter görs.

Sammanställning och analys

Under året har inget klagomål eller synpunkt som patientsäkerhetsarbetet 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 vid behov rehabiliteringspersonal. I samband med inflyttningen uppmanas patient/närstående 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 minst 80 %. Utbildningen omfattade 30 minuter.

Andelen personal som genomgått arbetsplatsförlagd utbildning av hygiensjuksköterska från Vårdhygien uppgår till 80 %. Utbildningen omfattade 2 timmar

Processmått

Andelen personal som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till

100 %.

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 82 %

Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 43 %,

Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 42 %.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 100 %.

Andelen säkra och ändamålsenliga rutiner för läkemedelshantering uppgår till 100 %.

Andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar uppgår till 46 %.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 81 %.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 36 %.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 31 %.

Andelen riskpatienter som har upprättade med planer i omvårdnadsjournalen med förebyggande åtgärder har inte kunnat mätas på ett korrekt sätt för 2013 med anledning av att tidigare hälso- och sjukvårdsindikatorer fasats ut under året och nya fasats in. Vid journalgranskningen, som genomfördes sommaren 2013 granskades 13 % av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Vid granskningstillfället var endast ett fåtal riskbedömningar genomförda, vilket inte ger ett tillräckligt underlag för att kunna mäta hur många identifierade riskpatienter som har förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 5 %.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 3 %, vilket motsvarar 2 trycksår.

Andelen patienter som smittats av vårdinfektioner i verksamheten uppgår till 0 %.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 50 %.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall har uppnåtts till 82 %, riskbedömningar för trycksår till 43 % och riskbedömningar för undernäring till

42 %.

2.1 Målet att alla identifierade riskpatienter för fall, trycksår och undernäring har förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen har inte kunnat mätas.

2.2 Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har inte uppnåtts.

3. Målet att förhindra spridning av smittsamma infektioner har uppnåtts.

4. Målet att registrera 25 % av genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring i det nationella kvalitetsregistret senior Alert har uppnåtts då 50 % av riskbedömningarna registrerats.

5. Målet att upprätta säkra och ändamålsenliga lokala rutiner för läkemedelshantering har uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2014

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
- 2.1. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
- 2.2. Inga trycksår uppkomna på enheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
4. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 75 % av patienterna.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 %.
6. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförd.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och där- efter 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 verksamhetschef genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 75 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
5. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs.
6. Sjuksköterskan planerar, förbereder och deltar i fördjupade läkemedelsgenomgångar som genomförs tillsammans med ansvarig läkare.

