



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdels- nämnd

Sätra vård- och omsorgsboende

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet

2014-02-21 Inger Erlandsson, 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	7
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	9
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 basala hygienrutiner. I stort sett all personal har genomgått dels Vårdhygiens webbaserade utbildning, dels arbetsplatsförlagd utbildning. Verksamheten har också införskaffat en diskdesinfektor.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, andelen personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner och andel genomförda läkemedelsgenomgångar. Vidare har granskning av följsamhet till lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen gjorts. Analys av infektionsregistrering och granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts genom självskattning. Journalgranskning visar att de patienter som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring har förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan 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. Negativa händelser/avvikelser 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 2013 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för i stort sett alla patienter. Verksamheten har registrerat en merparten av genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Övervägande delen av personalen har genomgått Vårdhygiens utbildning, den webbaserade hygienutbildning och/eller arbetsplatsförlagd utbildning. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen tillämpas. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts för mindre än hälften av patienterna med läkemedelsbehandling.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2013

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. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha systematisk läkemedelsgenomgång genomförd.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 procent.
6. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 50 procent av patienterna.
7. Av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.

STRATEGIER

- 1 och 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 följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 3.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
- 3.4. Hälften av chefer och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal genomgår Vårdhygiens hygienutbildning.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar till att fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare.
5. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 50 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
7. Verksamhetschef och enhetschefer upprättar en skriftlig rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.

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 sjukvårdsuppgifter/statistik och infektionsregistreringar.

Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat. Utvalda hälso- och sjukvårdsuppgifter/statistik rapporteras till MAS varje månad. Infektionsregistrering rapporteras varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS.

Verksamheten har påbörjat arbetet med att upprätta en struktur för hur beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp/utvärderas.

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.
- 2.1 Mätning av andelen upprättade planer med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår.
- 2.2 Mätning av andelen uppkomna trycksår på enheten.
- 3.1. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning enligt Vårdhygiens dokument en gång per år.
- 3.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis samt medverka i årliga hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien.
- 3.3. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och arbetsplatsförlagd utbildning en gång per år.
4. Mätning av andelen fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling en gång per år.
5. Granskning av följsamhet till arbetsmetoder och lokala rutiner för läkemedelshanteringen en gång per år.
6. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

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

Under 2013 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter minst en gång per år. När risker har identifierats har förebyggande åtgärder dokumenterats i en plan i omvårdnadsjournalen.

Infektionsregistreringar har följts varje månad. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och vikarier har deltagit i verksamhetens arbetsplatsförlagda hygienutbildning. Verksamheten har upprättat ett hygienråd med representanter från samtliga avdelningar i syfte att upprätthålla basala hygienrutiner. En diskdesinfektor har köpts in för rengöring av instrument. Kvarstående brister som rör upprättandet av basala hygienrutiner, till exempel att slutföra arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning av lägenheter och gemensamma utrymmen och provtagning har genomförts.

Verksamheten har påbörjat arbetet med att analysera/utreda, dokumentera och återkoppla avvikelser i kvalitetsrådet.

Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts tillsammans med ansvarig läkare. Följsamhet till lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen har gjorts genom en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Registrering av riskbedömningar i Senior Alert har gjorts.

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 identifierade riskpatienter med förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i journalen 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 chefer och personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 3.4 Granskning av andelen chefer, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal som genomgått Vårdhygiens hygienutbildning.
4. Granskning av andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar en gång per år.
5. Granskning av följsamhet till lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen en gång per år.
6. Granskning av att omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerat 25 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

Verksamheten har en lokal samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. Regelbundna samverkansmöten har hållits 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 enligt avtal.

Intern samverkan

Kvalitetsrådsmöten med enhetschefer, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal genomförs 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.

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.

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

Verksamhetschef och legitimerad personal har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsfrågor.

Risikanalys

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. 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. Verksamheten har påbörjat arbetet med att ta fram en struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade risker och händelser.

Under året har 260 avvikelser rapporterats enligt följande; 217 fall, 41 läkemedel, 1 brist i vårdkedjan och 1 specifik omvårdnad. Flertalet läkemedelsavvikelser rör utebliven signering av överlämnat läkemedel och 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 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 endast ett 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 97 procent. Utbildningen omfattade cirka en timme.

Andelen personal som genomgått platsförlagd hygienutbildning uppgår till 31 procent. Utbildningen omfattade två timmar.

Andelen chefer och sjuksköterskor som genomgått Vårdhygiens utbildning uppgår till 0 procent.

Andelen sjukgymnast och arbetsterapeut som genomgått Vårdhygiens utbildning uppgår till 100 procent.

Processmått

Andelen personal som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 98 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår uppgår till 98 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 0 procent.

Andelen säkra och ändamålsenliga rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar uppgår till 39 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 87 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 54 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 27 procent.

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 2013 granskades 20 procent av dokumentationen. Granskningen visade att 100 procent av patienterna som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår hade planer med förebyggande åtgärder i omvårdnadsjournalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor uppgår till 2 procent.

Andelen patienter med trycksår under året uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 3 trycksår. Andelen trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 67

procent är, vilket motsvarar två trycksår.

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

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 70 procent.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har uppnåtts till 98 procent. Målet att identifiera patienter med risk för fall, undernäring och trycksår har också uppnåtts.
- 2.1. Målet att alla identifierade riskpatienter har förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i journalen har enligt dokumentationsgranskningen uppnåtts till 100 procent.
- 2.2. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har inte uppnåtts.
3. Målet att förhindra spridning av smittsamma infektioner har uppnåtts till 100 procent.
4. Målet att genomföra fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling har uppnåtts till 39 procent.
5. Målet att lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen tillämpas till 100 procent har uppnåtts.
6. Målet att registrera 50 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts då 70 procent av riskbedömningarna registrerats.
7. Målet att 25 procent av rapporterade avvikelser ska analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas har inte uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Följande kvarstående brister ska vara genomförda senast maj 2014:
Verksamhetschef och enhetschefer upprättar en skriftlig rutin för att på ett strukturerat sätt analysera/utreda, dokumentera, sammanställa och återkoppla rapporterade avvikelser.

MÅL 2014

1. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
2. Inga trycksår uppkomma i verksamheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
4. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförd.
5. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 90 procent av patienterna.
6. Av de rapporterade avvikelserna ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras i avvikelsemodulen.
7. Alla patienter med symtom på inkontinens ska ha individuellt utprovade och förskrivna inkontinenshjälpmedel av sjuksköterska.
8. Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar för de patienter som är identifierade med risk för undernäring.

STRATEGIER

- 1 och 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. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska planerar, förbereder och deltar i fördjupade läkemedelsgenomgångar som genomförs tillsammans med ansvarig läkare.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska analyserar/utreder 25 procent av rapporterade avvikelser, vidtar åtgärder och dokumenterar detta i avvikelsemodulen.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utprovar och förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt till alla patienter med symtom på inkontinens.
8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontrollerar att nattfastan för de patienter som är identifierade med risk för undernäring. Bedömningsinstrumentet MNA initial används. För patienter som identifierats med risk för undernäring vidtas åtgärder.