



Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2012-01-15

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	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör basala hygienrutiner. Verksamheten har köpt in en spoldesinfektor till boendet och har tillgång till diskdesinfektor i intilliggande verksamhet. Verksamheten har vidare genomfört utbildning för personal i basala hygienrutiner och utrustat bl.a. tvättstugor med handskar, handsprit och skyddsförkläden samt upprättat rutiner för städning av sköljrum, tvätthantering för personalens och boendes kläder, provtagning, förrådshantering, rengöring av hjälpmedel.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av andelen dokumenterade förebyggande åtgärder när risker identifierats, granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten, granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom medverkan i hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien samt analys av infektionsregistreringen.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts under året. Verksamheten saknar en tydlig struktur för hantering av rapporterade risker.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. Avvikelser rapporteras i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul.

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 2012 har riskbedömning för fall, trycksår och undernäring genomförts för tre fjärdedelar av patienterna. All personal, inklusive verksamhetschef har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning. Hygiensköterska från Vårdhygien har genomfört arbetsplatsförlagd utbildning i basala hygienrutiner för 80 % av personalen. Ingen spridning av smittsamma infektioner har skett under året.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2012

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 omvårdningsjournalen.
- 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.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdningsjournalen.
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 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

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.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabi-

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

litering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen. MAR är ett komplement till MAS.

Verksamhetschef, MAS och MAR 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, t.ex. 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, MAS och/eller MAR. Verksamheten har påbörjat arbetet med att upprätta 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 dokumenterade förebyggande åtgärder när risk för fall, undernäring och trycksår identifierats en gång per år.
 - 2.2 Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten månadsvis.
- 3.1 Medverkan i hygienrond med hygiensköterska från Vårdhygien en gång per år och analys av resultatet av hygienronden.
- 3.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis.
- 3.3. Mätning av andelen personal som genomgått arbetsplatsförlagd utbildning av hygiensköterska från Vårdhygiens en gång per år.
- 3.4 Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Mätning av andelen riskbedömningar registrerade i nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.

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

Under 2012 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för tre fjärdedelar av patienterna.

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

Verksamheten har till påbörjat och till stor del genomfört ett vårdhygieniskt arbete för att komma till rätta med tidigare brister, t.ex. köpt in och installerat en spoldesinfektor i boendet, placerat handskar, handsprit och skyddsförkläden i tvättstugor, sköljrum, gymnastiksal och personaltoaletter, upprättat rutiner för städning av sköljrum, tvätthantering för personalkläder och boendes kläder, rutiner för provtagning, förrådshantering, rengöring och hjälpmedel.

Följande påbörjade åtgärder kvarstår:

- utrusta lägenheter med flytande tvål och pappershanddukar, och
- upprätta rutiner för städning av lägenheter

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2012 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 en gång per år.
- 2.2 Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten varje månad.
- 3.1 Jämförelse av resultat från tidigare genomförda hygienrunder en gång per år.
3. 2 Analys av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
- 3.3 Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 3.4 Granskning av andelen personal som genomgått arbetsplatsförlagd utbildning av hygiensköterska från Vårdhygien en gång per år.
4. Granskning av andelen genomförda registreringar av riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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.

Vid inköp av hjälpmedel, t.ex. liftar och spoldesinfektor, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

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

Riskanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen.

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 respektive verksamhetschef, MAS och/eller MAR.

MAS och MAR sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetscheferna. Respektive verksamhetschef återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad men verksamheten saknar en tydlig struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade risker och händelser.

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 varken klagomål eller synpunkter inkommit som rör patientsäkerheten.

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 arbetsplatsförlagd utbildning av hygiensköterska uppgår till 80 %. Utbildningen omfattade två timmar.

Andelen personal, inklusive verksamhetschef som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 100 %.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 73 %.

Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 85 %.

Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 74 %.

Andelen upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder när fallrisk identifierats uppgår till 68 %, vid risk för trycksår 60 % och vid risk för undernäring 55 %.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 0 %.

Resultatmått

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

Andelen patienter med trycksår uppgår till 4 %, vilket motsvarar 3 trycksår.

Andelen trycksår uppkomna på enheten uppgår till cirka 60 %, vilket motsvarar två av tre trycksår.

Måluppfyllelse

1. Riskbedömningar för fall har genomförts till 73 %. Riskbedömningar för trycksår har genomförts till 85 %. Riskbedömningar för undernäring har genomförts till 74 %.

2.1 Andelen identifierade riskpatienter för fall med dokumenterade förebyggande åtgärder uppgår till 68 %.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår med dokumenterade förebyggande åtgärder uppgår till 60 %.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring med dokumenterade förebyggande åtgärder uppgår till 55 %.

2.2 Två av tre trycksår har uppkommit på enheten.

3. Ingen spridning av smittsamma infektioner har skett.

4. Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår har inte registrerats i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Tidsplan för åtgärder som ska vara genomförda december 2013:

- utrusta lägenheter med flytande tvål och pappershanddukar, och upprätta rutiner för städning av lägenheter

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 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 lokala rutiner för läkemedelshanteringen.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter 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 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
5. Verksamhetschef och sjuksköterskor upprättar lokala rutiner för läkemedelshanteringen.