



Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdels- nämnd

Sätra vård- och omsorgsboende

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-01-31 Inger Erlandsson, verksamhetschef enligt 29 § HSL

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
Risikanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
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	9

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör basala hygienrutiner. I stort sett all personal har genomgått Vårdhygiens hygienutbildning, dels webbaserade utbildning, dels arbetsplatsförlagd utbildning.

För att all personal ska ha förutsättningar att tillämpa basala hygienrutiner har verksamheten utrustat varje lägenhet, tvättstugor och sköljrum med handsprit, skyddshandskar och platsförkläden. Verksamheten har också upprättat skriftliga rutiner för såromläggning, tvätt- och förrådshantering.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar, andelen förebyggande åtgärder dokumenterade i journalen, andelen personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner och andel genomförda läkemedelsgenomgångar. Vidare har granskning av följsamhet till lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering gjorts. Analys av infektionsregistrering och granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts genom medverkan i hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien och självskattning.

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. 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 2012 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för alla patienter. Verksamheten har påbörjat registrering 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 läkemedelshantering tillämpas och systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar har genomförts för större delen av patienterna med läkemedelsbehandling.

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.
- 2.2. Inga trycksår uppkomna på enheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
4. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha systematisk läkemedelsgenomgång genomförd.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen tillämpas till 100 %.
6. 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 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 omvårdningsjournalen.
3. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 3.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 3.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 3.4. Hälften av chefer, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal genomgår Vårdhygiens hygienutbildning.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar systematisk läkemedelsgenomgång som genomförs tillsammans med ansvarig läkare och kontaktperson.
5. Sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.
6. 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.

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.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen. MAR är ett komplement till MAS.

Verksamhetschef, MAS och MAR 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.

Avvikelse 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 sjukvårdsavvikelse tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS/MAR.

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 hygienköterska från Vårdhygien.
- 3.3. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och arbetsplatsförlagd utbildning en gång per år.
4. Mätning av andelen systematiskt genomförda 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 2012 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 omvårdningsjournalen.

Infektionsregistreringar har följts varje månad och två uppföljande hygienronder har genomförts i slutet av året tillsammans med hygiensköterska från Vårdhygien.

Vid hygienronderna konstaterades brister i basala hygienrutiner och brister i följsamhet till gällande handlingsprogram. För att komma till rätta med bristerna och för att förhindra spridning av smittsamma infektioner, och därmed öka patientsäkerheten, har verksamheten vidtagit följande åtgärder:

- tvättstugor, sköljrum och patienternas lägenheter har utrustats med handskar, handsprit, tork och skyddsförkläden,
- förråd och personaltoaletter har utrustats med handsprit,
- skriftliga rutiner för tvätthantering av personalkläder har upprättats,
- skriftliga rutiner för såromläggning har upprättats,
- utbildning i basala hygienrutiner genom Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning för all personal, och
- platsförlagd utbildning i basala hygienrutiner av hygiensköterska för delar av personalen.

Systematiska läkemedelsgenomgångar har genomförts tillsammans med ansvarig läkare. Registrering av riskbedömningar i Senior Alert har påbörjats.

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 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 två gånger per år.
- 3.2 Analys av infektionsregistreringen varje månad samt analys av resultat/protokoll från genomförda hygienronder en gång per år.
- 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 systematiskt genomförda 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 % av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamheten har haft samverkansöverenskommelser med två ansvariga läkarverksamheter. För att öka patientsäkerheten har verksamheten från och med den första december 2012 bytt läkarverksamhet och har nu endast en. Verksamhetschef, MAS och läkarverksamhetens verksamhetschef kommer att upprätta en samverkansöverenskommelse och delta i regelbundna samverkansmöten för att diskutera patientsäkerheten i syfte att förbygga vårdskada.

Kvalitetsrådsmöten med enhetschefer, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal har under året genomförts en gång per månad. På dessa möten diskuteras förbättringsåtgärder och rutiner. På mötet görs en genomgång av föregående månads avvikelser och eventuella åtgärder. HSL-avvikelser förs in i den totala sammanställningen över enhetens samtliga avvikelser. Avvikelserna redovisas för personalgruppen och diskuteras på nästkommande APT.

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

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

Risakanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser/tillbud från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående samt sammanställning av protokoll från kvalitetsrådets möten 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 sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS/MAR. Verksamheten har påbörjat arbetet med att ta fram 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 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 inga synpunkter och 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. Silviasystem 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 95 %. Utbildningen omfattade cirka en timme.

Andelen personal som genomgått platsförlagd hygienutbildning uppgår till 31 %. Utbildningen omfattade tre timmar.

Utbildning chefer och sjuksköterskor av vårdhygien uppgår till 0 %.

Processmått

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

Andelen genomförda infektionsregistreringar och genomförda hygienronder uppgår till 100 %.

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

Andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar uppgår till 71 %.

Resultatmätt

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 99 %, varav 73 % har en plan med förebyggande åtgärder dokumenterade i journalen.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 79 %, varav 88 % har en plan med förebyggande åtgärder dokumenterade i journalen .

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 53 %, varav 72 % har en plan med förebyggande åtgärder dokumenterade i journalen..

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor uppgår till 3 %.

Antalet patienter med trycksår under året uppgår till 8. Antalet trycksår uppkomna i verksamheten är 2, vilket motsvarar 25 %.

Andelen patienter som drabbats av smittsamma infektioner uppgår till 0 %.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 20 %.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har uppnåtts till 100 %. Målet att identifiera patienter med risk för fall, undernäring och trycksår har också uppnåtts.

2. Målet att alla identifierade riskpatienter har förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i journalen har uppnåtts till cirka 75 %.

3. Målet att förhindra spridning av smittsamma infektioner har uppnåtts till 100 %.

4. Målet att genomföra systematiska läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling har nåtts till 71 %.

5. Målet att lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen tillämpas till 100 % har uppnåtts.

6. Målet att registrera 25 % av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts till 80 %.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Följande kvarstående brister som rör basala hygienrutiner ska vara genomförda senast juni 2013:

- slutföra arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning av lägenheter och gemensamma utrymmen,
- slutföra arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för provtagning,
- slutföra arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för förrådshantering, och
- slutföra arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning av sköljrum.

MÅL 2013

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdningsjournalen.
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 %.
6. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 50 % av patienterna.
7. Av alla rapporterade avvikelser ska 25 % utredas, analyseras och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.

STRATEGIER

- 1-2. 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 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 systematisk läkemedelsgenomgång som 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 % 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.