



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015- 01-21

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
Risikanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	8
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 arbetet med registrering av riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Arbetet med basala hygienrutiner pågår kontinuerligt.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av infektionsregistreringen, granskning av andelen av registrerade riskbedömningar i Senior Alert och granskning av andelen patienter med fördjupad läkemedelsgenomgång. En extern granskning av att lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs har gjorts av apotekare/farmaceut.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts och analyserats under året. För att förebygga vårdskador samverkar verksamhetschef, medicinsk ansvarig sjuksköterska och sjuksköterska regelbundet med ansvarig läkarverksamhet. Risker och avvikelser hanteras på teammöten varje månad.

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. Verksamheten har en tydlig struktur för hantering av rapporterade risker. 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 2014 har riskbedömning för fall, trycksår och undernäring genomförts för flertalet patienter. Verksamheten har registrerat hälften av genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Hälften av personalen har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts flertalet patienter med läkemedelsbehandling.

Övergripande mål och strategier

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 procent av patienterna.
5. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 procent.
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 50 procent 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.

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. Avvikelse 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 upprättade planer med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår genom dokumentationsgranskning en gång per år.
- 2.2. Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten minst en gång per år.
- 3.1.- 3.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis.
- 3.3. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning 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. Mätning av att lokala rutiner och arbetssätt för läkemedelshanteringen följs en gång per år.
6. Mätning av andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar tillsammans med ansvarig läkare en gång per år.

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

Under 2014 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för flertalet patienter.

Infektionsregistreringen har följts och analyserats varje månad.

Verksamheten har registrerat hälften av genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Verksamhetens lokala rutiner och arbetssätt för läkemedelshanteringen följs.

Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts för största delen av patienterna med läkemedelsbehandling.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2014 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.- 3.2. Analys av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen varje månad.
- 3.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning 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.
6. Granskning av andelen patienter med fördjupad läkemedelsgenomgång.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

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

med utförare från landstingets tandvårdsenhet för den nödvändiga tandvården.

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.

Risakanalys

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 verksamhetschefen, som 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 132 avvikelser rapporterats enligt följande; 71 fall, 59 läkemedel och 2 övriga. Samtliga 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 ett klagomål eller synpunkt som rör 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 50 procent. Utbildningen omfattade 1 timme.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 79 procent.
Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 79 procent.
Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 73 procent.
Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.
Andelen lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering följs till 100 procent.
Andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar uppgår till 78 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 89 procent.
Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 14 procent.
Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 44 procent.

Vid journalgranskningen, som genomfördes sommaren 2014 granskades 15 procent av hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Vid granskningstillfället var endast ett fåtal riskbedömningar genomförda, vilket inte gav ett tillräckligt underlag för att kunna mäta hur många identifierade riskpatienter som hade förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 6 procent, vilket motsvarar 4 frakturer.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 0 procent.
Andelen patienter som smittats av vårdinfektioner i verksamheten uppgår till 0 procent.
Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 50 procent.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har uppnåtts till cirka 80 procent.
- 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 uppnåtts.
3. Målet att förhindra spridning av smittsamma vårdinfektioner har uppnåtts.
4. Målet att registrera 25 procent av genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts då 50 procent av riskbedömningarna registrerats.
5. Målet att lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 procent har uppnåtts.
6. Målet att alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en fördjupad läkemedelsgenomgång har uppnåtts till 78 procent.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2015

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 procent av patienterna som samtycker till registreringen
5. Riskbedömning för blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Senior Alert ska genomföras för 75 procent av patienterna.
6. Alla patienter identifierade med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt utprovade och förskrivna inkontinenshjälpmedel.
7. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i det nationella kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst 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 följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 3.3. All personal, inklusive sjuksköterskor genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 75 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömning för blåsdysfunktion/inkontinens för 25 procent av alla patienter.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utprovar och förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med identifierad blåsdysfunktion/inkontinens.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret.