



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdelsnämnd

Sätra vård- och omsorgsboende

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015- 01- 14 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	5
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

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör dels arbetet med registrering av riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert, dels införandet av ett förebyggande arbetssätt när risker identifierats.

Arbetet med basala hygienrutiner pågår kontinuerligt. I stort sett all personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning och intern hygienutbildning.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, andelen riskbedömningar registrerade i Senior Alert, andelen personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner och andel genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts genom självskattning. Journalgranskning visar att flertalet 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. 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 2014 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för i stort sett alla patienter. Verksamheten har registrerat riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Övervägande delen av personalen har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och intern hygienutbildning. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts för alla patienter med läkemedelsbehandling.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2014

1. 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 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 omvårdningsjournalen.
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 för 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.

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

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

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 sjukvårdsindiktaorer och infektionsregistreringar.

Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat. Av staden framtagna hälso- och sjukvårdsindiktaorer och infektionsregistrering rapporteras till MAS varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS.

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.
- 1.2 Mätning av andelen upprättade planer med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår genom dokumentationsgranskning.
2. Mätning av andelen trycksår uppkomna 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 intern hygienutbildning en gång per år.
4. Mätning av andelen fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling en gång per år.
5. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
6. Mätning av andelen avvikelserrapporter som är analyserade/utredda med mera.
7. Mätning av andelen individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel för patienter med symtom på blåsdysfunktion/inkontinens en gång per år.
8. Mätning av antalet patienter med nattfasta mer än 11 timmar för de patienter som är identifierade med risk för undernäring en gång per år.

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

Under 2014 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för i stort sett alla patienter. När risker har identifierats har

förebyggande åtgärder dokumenterats i en plan i omvårdnadsjournalen för flertalet patienter. Registrering av riskbedömningar i Senior Alert har genomförts.

Infektionsregistreringar har följts varje månad. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och vikarier har deltagit i verksamhetens interna hygienutbildning. Verksamheten har ett hygienråd med representanter från samtliga avdelningar i syfte att upprätthålla basala hygienrutiner. Hygienrund har genomförts tillsammans med hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts tillsammans med ansvarig läkare. En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts tillsammans med apotekare/farmaceut från Apoteket AB.

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 identifierade riskpatienter med förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i journalen genom dokumentationsgranskning 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 personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 3.4 Granskning av andelen sjuksköterskor som genomgått Vårdhygiens hygienutbildning en gång per år.
4. Granskning av andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar en gång per år.
5. Granskning av att omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerat 90 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
6. Granskning av rapporterade avvikelser som är analyserade/utredda och dokumenterade en gång per år.
7. Granskning av andelen individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel för patienter med symtom på inkontinens.
8. Granskning av andelen patienter med risk för undernäring där nattfastan överstiger 11 timmar en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

Verksamheten har en lokal samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. Verksamhetschef, MAS och läkarverksamhetens chef har regelbundna samverkansmöten 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 AB 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 sjukvårdsavvikelse förs in i den totala sammanställningen över enhetens samtliga avvikelser. Avvikelseerna 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.

Verksamhetschef och legitimerad personal har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsfrågor.

Riskanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelse/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 rapporteringskyldighet

Avvikelse

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser/tillbud som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar hälso- och sjukvårdsavvikelse 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. Arbetet med att ta fram en struktur för att analysera/utreda och dokumentera vidtagna åtgärder fortsätter.

Under året har 278 avvikelser rapporterats enligt följande; 227 fall, 48 läkemedel och 3 brister i vårdkedjan. Flertalet läkemedelsavvikelse rör utebliven dos och utebliven signering av överlämnat läkemedel.

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 inget 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 98 procent. Utbildningen omfattade cirka en halvtimme.
Andelen personal som genomgått intern hygienutbildning uppgår till 20 procent. Utbildningen omfattade cirka två timmar.
Andelen sjuksköterskor som genomgått Vårdhygiens utbildning uppgår till 13 procent.

Processmått

Andelen personal som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 95 procent.
Andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår

uppgår till 96 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar uppgår till 99 procent.

Resultatmätt

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 84 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 54 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 20 procent.

Vid dokumentationsgranskningen granskades 55 procent av journalerna. Granskningen visade att drygt 80 procent av patienterna med risk för fall och undernäring samt 93 procent av patienterna med risk för trycksår har planer med förebyggande åtgärder i omvårdnadsjournalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 4 frakturer.

Andelen patienter med trycksår uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 2 trycksår. Båda trycksåren har uppkommit verksamheten.

Andelen patienter som smittats av vårdinfektioner uppgår till 0 procent.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 98 procent.

Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel vid inkontinens uppgår till 100 procent.

Andelen identifierade riskpatienter med nattfasta mer än 11 timmar har inte kunnat mätas på ett korrekt sätt.

Måluppfyllelse

1. Målet att alla identifierade riskpatienter har förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i journalen har enligt dokumentationsgranskningen uppnåtts till 84 procent.

2. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har i stort sett 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 99 procent.

5. Målet att registrera 90 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts då 98 procent av riskbedömningarna registrerats.

6. Målet att 25 procent av rapporterade avvikelser ska analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas har inte uppnåtts.

7. Målet att alla patienter med symtom på inkontinens har individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel har uppnåtts.

8. Målet att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar för de patienter som är identifierade med risk för undernäring har inte uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2015

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. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.
5. Munbedömning enligt bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 50 procent av patienterna.
6. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Senior Alert ska genomföras för 25 procent av alla patienter.
7. Alla patienter identifierade med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt utprovade och förskrivna inkontinenshjälpmedel.
9. Av de rapporterade avvikelserna ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras i avvikelsemodulen.
9. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret.

STRATEGIER

- 1 och 2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdningsjournalen.
3. All personal tillämpar basala hygienrutiner och följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning enligt ROAG.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utprovar och förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med identifierad blåsdysfunktion/inkontinens.
8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska analyserar/utreder rapporterade avvikelser, vidtar åtgärder och dokumenterar detta i avvikelsemodulen.
9. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i kvalitetsregistret Svenska Palliativregistret.