



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdelsnämnd

Socialpsykiatrins särskilda boenden,
Solholmens gruppboende och Frösätra
profilboende

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2014-01-19 Siv Molin 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	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	7
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	8

Sammanfattning

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS. Avvikelseerna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och återkopplas till berörd personal.

Klagomål diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten.

När vårdtagaren har flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och närstående om möjligheten att lämna synpunkter och framföra klagomål. Om behov finns av vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras deltar vårdtagare/närstående.

Endast ett fåtal avvikelser har rapporterats under året. Avvikelseerna rör fall och brister i läkemedelshanteringen.

Under året har hälso- och sjukvårdsindikatorer och infektionsregistrering skickats till MAS månatligen.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall genomförts för patienter knappt hälften av patienterna 65 år eller äldre.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2014

1. Alla patienter över 65 år ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår gjorda minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av vårdinfektioner.
4. Verksamhetens lokala rutiner för läkemedelshantering är säkra och ändamålsenliga.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för alla patienter över 65 år minst en gång per år.
2. Sjuksköterskan vidtar åtgärder när patienter identifieras med risk för trycksår.
3. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
4. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringens görs med apotekare/farmaceut för att säkerställa att de lokala rutinerna för läkemedelshanteringens är säkra och ändamålsenliga.

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.

Verksamhetschef och MAS ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga sjuksköterskor har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser till chef och MAS. Därutöver ska de följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns.

Omsorgspersonal/boendestödjare

Omsorgspersonal/boendestödjare ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser till enhetens sjuksköterska.

De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, till exempel genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång i månaden till chef och MAS. Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

1. Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för boende över 65 år en gång per år.
2. Mätning av andelen uppkomna trycksår på enheten minst en gång per år.
 - 3.1. Mätning av andelen smittsamma infektioner minst en gång per år.
 - 3.2. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Analys av protokoll från den externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen.

Hur patientsäkerhetsarbete ska bedrivas samt vilka åtgärder som ska genomföras 2014 för ökad patientsäkerhet

Under 2014 har riskbedömning för fall genomförts med validerade bedömningsinstrument för knappt hälften av patienterna 65 år eller äldre.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som genomförts under 2014 är:

1. Granskning av andel genomförda riskbedömningar för

fall, undernäring och trycksår för patienter 65 år eller äldre en gång per år.

2. Granskning av andel trycksår uppkomna på enheten en gång per år.

3.1 Granskning av andel smittsamma infektioner minst en gång per år.

3.2 Granskning av andel personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omsorgspersonal/boendestödjarna har kontinuerliga uppföljningar utifrån den enskildes behov.

Verksamhetschef, sjuksköterska och MAS samverkar för att identifiera riskområden som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten samverkar med brukarens husläkare samt med Prima psykosmottagning i Gröndal vid psykiatrisk problematik.

Risakanalys

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar av organisationen eller på annat sätt i verksamheten. Samma gäller vid större förändringar av rutiner.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen.

En riskanalys görs alltid vid förändringar tillsammans med sjuksköterska och omsorgspersonal/boendestödjare. Lokala rutiner ses över kontinuerligt. Alla avvikelser analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal och åtgärder genomförs vid behov.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Delegerad omsorgspersonal/boendestödjare, som inte har tillgång till avvikelsemodulen i datajournalssystemet, skriver

avvikelsen på en fastställd blankett och lämnar till enhetens sjuksköterska.

Allvarliga avvikelser utreds av MAS. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

Under året har 1 avvikelse rapporterats på Frösätra. Avvikelsen rör ett fall. På Solholmen har 9 avvikelser rapporterats. Alla avvikelser rör fall.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning görs i samråd med MAS.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten.

Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av chef som avgör grad av utredning.

Sammanställning och analys

Verksamhetschefen samlar in och sammanställer rapporter, klagomål och synpunkter som inkommer och ger underlag för återkoppling och dialog med hälso- och sjukvårdspersonal samt övrig berörd personal.

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

När den enskilde har flyttat in i sin lägenhet på boendet erbjuds ett ankomstsamtal med sjuksköterska och kontaktmannen. Vid ankomstsamtalet informeras den enskilde och dennes närstående, om den enskilde så önskar, om Patientnämndens arbete.

Vårdtagare/närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten. Informationsbroschyr om Patientnämnden lämnas i samband med inflyttning.

Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till vårdtagare/närstående.

Resultat

Strukturmått

Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 0 procent.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 42 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 0 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för malnutrition/undernäring uppgår till 0 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen uppgår till 0 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 80 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 0 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 0 procent.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 0 procent.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 22 procent, vilket motsvarar 2 frakturer.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall för patienter 65 år eller äldre har uppnåtts till 42 procent. Målet att genomföra riskbedömningar för trycksår och malnutrition/undernäring har inte uppnåtts.

2. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har uppnåtts.

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

4. Målet att verksamheten ska ha säkra och ändamålsenliga lokala rutiner för läkemedelshantering har inte uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Kvarstående brister som ska vara åtgärdade senast maj 2015:

1. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med farmaceut/apotekare från apoteket för att säkerställa att enheten lokala rutiner och arbetssätt för läkemedelshantering är säkra och ändamålsenliga.
2. All personal, inklusive sjuksköterska har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

MÅL 2015

1. Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av smitsamma infektioner.

STRATEGIER

- 1 och 2. Sjuksköterska erbjuder och gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för alla patienter 65 år eller äldre minst en gång per år.
- 3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 3.2 Verksamhetschef, sjuksköterska och omsorgspersonal medverkar i hygienrond med hygiensjuksköterska från Vårdhygien, om sådan genomförs.