



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-02-07 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	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	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

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.

Verksamheten har också arbetat med att registrera vården i livets slutskede i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret för de patienter som avlider i verksamheten för att säkerställa en god vård i livets slutskede.

Arbetet med basala hygienrutiner pågår kontinuerligt och en hygienrond har genomförts med hyginsjuksköterska från Vårdhygien.

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 där vården i livets slutskede har registrerats i Svenska palliativregistret.

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 händelser och risker till ansvarig chef. Verksamheten har en tydlig struktur för hantering av rapporterade händelser och 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 2016 har riskbedömning för fall, trycksår och undernäring genomförts för majoriteten av patienterna. Verksamheten har registrerat alla genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Vården i livets slutskede har registrerats i Svenska palliativregistret för alla patienter som avlidit i verksamheten.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Flertalet patienter med blåsdysfunktion/inkontinens har individuellt förskrivna

inkontinenshjälpmedel.

Övergripande mål och strategier

Följande kvarstående brister var genomförda maj 2016:

1. Hälften av alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska vara registrerade i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
2. Hälften av all personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

MÅL 2017

1. Alla patienter som samtycker 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 hälsoplan i journalen.
 - 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 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen
5. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Vodok ska genomföras för 25 procent av patienterna med symtom på detta.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt 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 hälsoplan i journalen.
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 100 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens för 25 procent av patienter med inkontinens.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.

7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

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.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser och registrerade infektioner. 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 sjukvårdsavvikelse 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 infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

-
- 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 andelen patienter med symtom på blåsdysfunktion/inkontinens med genomförd riskbedömning med bedömningsinstrument i Vodok en gång per år.
 6. Mätning av andelen patienter med blåsdysfunktion/inkontinens med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel en gång per år.
 7. Mätning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret minst en gång per år.

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

Under 2016 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för majoriteten av patienterna.

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

Infektionsregistreringen har följts och analyserats varje månad. En hygienrund har genomförts med hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

Verksamheten arbetar för att förebygga trycksår. Endast ett trycksår har uppkommit i verksamheten.

Flertalet patienter med blåsdysfunktion/inkontinens har individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.

Verksamheten har registrerat vården i livets slutskede i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret för alla patienter som avlidit i verksamheten.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2016 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. Granskning av andelen patienter identifierade med

blåsdysfunktion/inkontinens med genomförda bedömningar en gång per år.

6. Granskning av andelen patienter med blåsdysfunktion/inkontinens med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel en gång per år.

7. Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret minst en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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.

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. 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.

Vid inköp av hjälpmedel, till exempel liftar ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

Riskanalys

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. Verksamhetschefen återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad. MAS sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetschefen. Verksamheten har påbörjat arbetet med att ta fram en struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade händelser och risker.

Under året har 204 avvikelser rapporterats enligt följande: 118 fall, 78 läkemedel, 7 specifik omvårdnad och 1 medicintekniska produkter. Flertalet läkemedelsavvikelse 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 inget 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 100 procent. Utbildningen omfattade cirka 30 minuter.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 95 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 96 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 93 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.
Andelen genomförda hygienronder uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens uppgår till 0 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 91 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 20 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 41 procent.

Årets journalgranskning omfattade 10 procent av journalerna. Granskningen visade att flertalet av patienterna som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring saknade förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 6 procent, vilket motsvarar 7 frakturer.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 1 patient med trycksår.

Andelen patienter som smittats av vårdinfektioner i verksamheten uppgår till 0 procent.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 100 procent.

Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel uppgår till 100 procent.

Andelen avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret uppgår till 100 procent.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har i stort sett uppnåtts.
- 2.1. Målet att alla identifierade riskpatienter för fall, trycksår och undernäring har förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen har inte uppnåtts.
- 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 75 procent av genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts då 100 procent av riskbedömningarna registrerats.
5. Målet att genomföra bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens för 25 procent av patienterna har inte uppnåtts.
6. Målet att alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel har i stort sett uppnåtts.
7. Målet att registrera vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret har

helt uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Följande kvarstående brist ska vara genomförd senast maj 2017:

1. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Vodok ska genomföras för 25 procent av patienterna.

MÅL 2017

1. Alla patienter som 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 hälsoplan i journalen.

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 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.

5. Bedömning av munhälsa ska genomföras med bedömningsinstrument för 90 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.

6. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument ska genomföras för 25 procent av patienterna med symtom på detta.

7. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.

8. 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 hälsoplan i journalen.

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 100 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av munhälsa med bedömningsinstrument i Vodok för 90 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.

-
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av inkontinens för 25 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
 7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
 8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för alla patienter som avlider i verksamheten.