



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdelsnämnd

Sätra vård- och omsorgsboende

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-23 Lena Forsberg tillförordnad verksamhetschef
enligt 4 kap. 2 § 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
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 det fortsatta arbetet med att göra bedömningar för munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens för enligt bedömningsinstrument. Bedömningarna har gjorts för flertalet patienter.

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

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, andelen riskbedömningar registrerade i Senior Alert och andelen personal som genomgått utbildning i basala hygienrutiner. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts genom 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. Avvikelse registreras i verksamhetssystemet 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 2017 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för större delen av patienterna. Verksamheten har registrerat en tredjedel av riskbedömningarna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. I stort sett all personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Den palliativa vården i livets slutskede har till stor del registrerats i Svenska palliativregistret.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2017

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.
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 ska genomföras för 75 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
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 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 omvårdnadsjournalen.
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 bedömningsinstrument.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för alla patienter som avlider i verksamheten.

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 4 kap. 2 § 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.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. 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 sjukvårdsindikatorer och infektionsregistreringar.

Avvikelse rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat. Av staden framtagna hälso- och sjukvårdsindikatorer och infektionsregistrering rapporteras till MAS varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse 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 en gång per år.
2. Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten minst en gång per år.
- 3.1. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning enligt Vårdhygiens dokument minst en gång per år.
- 3.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis samt medverka hygienronder med hygienköterska från Vårdhygien en gång per år om så behövs.
- 3.3. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygien en gång per år.
4. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
5. Mätning av andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG en gång per år.
6. Mätning av andelen genomförda bedömningar av blåsdysfunktion/inkontinens en gång per år.
7. Mätning av andelen individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel för patienter med symtom på blåsdysfunktion/inkontinens en gång per år.
8. Mätning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

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

Under 2017 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår gjorts för större delen av patienterna. När risker har identifierats har förebyggande åtgärder dokumenterats i en hälsoplan i journalen för flertalet patienter. Registrering av riskbedömningar i Senior Alert har genomförts.

Infektionsregistreringar har följts varje månad. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygien. Verksamheten har ett hygienråd med representanter från samtliga avdelningar i syfte att upprätthålla basala hygienrutiner.

Munbedömning enligt bedömningsinstrument har gjorts för cirka två tredjedelar av patienterna. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument har gjorts för flertalet patienter med inkontinens.

För alla patienter som avlidit i verksamheten har vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2017 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 hälsoplan 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.
4. Granskning av att omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerat 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert en gång per år.
5. Granskning av andelen patienter med genomförd munbedömning enligt bedömningsinstrumentet ROAG en gång per år.
6. Granskning av andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument en gång per år.
7. Granskning av andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
8. Granskning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Legitimerad personal och omvårdnadspersonal träffas en gång per månad på kvalitetsrådsmöten för att gå igenom registrerade avvikelser där förbättringsåtgärder och rutiner diskuteras. Hälso- och sjukvårdsavvikelser förs in i den totala sammanställningen över enhetens samtliga avvikelser. Avvikelseerna redovisas för personalgruppen, diskuteras och återkopplas till personalen på nästkommande arbetsplatsträff.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och berörd personal träffas regelbundet i teammöten där den enskildes hälso- och sjukvårdsbehov samt omvårdnadsbehov diskuteras. Tillförordnad verksamhetschef och legitimerad

personal har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsfrågor.

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.

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.

Risakanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser/tillbud från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras om sådana finns. 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 rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar hälso- och sjukvårdsavvikelser i Vodoks avvikelsemodul. Sjuksköterskan ansvarar för att händelsen rapporteras till berörd enhetschef och verksamhetschef. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Under året har 203 avvikelser registrerats enligt följande; 179 fall och 24 läkemedel. Flertalet 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 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 endast ett 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 i basala hygien uppgår till 84 procent. Utbildningen omfattade cirka en halvtimme.

Processmått

Andelen personal som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 98 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 83 procent, undernäring 85 procent och trycksår 84 procent.

Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 68 procent.

Andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens uppgår till 65 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 86 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 48 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 29 procent.

Årets journalgranskning har enbart gjorts av nutritionsprocessen och omfattade 11 procent av journalerna. Granskningen visade att flertalet patienter som identifierats med risk för undernäring saknar förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen

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

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

Andelen patienter som smittats av vårdinfektioner uppgår till 0 procent.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 33 procent.

Andelen registreringar i Svenska palliativregistret uppgår till 81 procent.

Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel vid inkontinens uppgår till 91 procent.

Måluppfyllelse

1. Målet att alla identifierade riskpatienter med undernäring har förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen har inte uppnåtts.
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 registrera 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts till en tredjedel.
5. Målet att 50 procent av patienterna ska ha munbedömning enligt ROAG har uppnåtts.
6. Målet att 25 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens har bedömning enligt bedömningsinstrument har uppnåtts.
7. Målet att alla patienter med symtom på blåsdysfunktion/inkontinens har individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel har till stor del uppnåtts.
8. Målet att registrera vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för patienter som avlider i verksamheten har uppnåtts till stor del.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2018

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
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 80 procent av patienterna.
6. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument ska genomföras för 90 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
7. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
8. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god palliativ vård i livets slutskede.

9. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
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 bedömningsinstrument.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
8. Utbildning av cirka 20 ombud, legitimerad och omvårdnadspersonal i palliativ vård.
9. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för alla patienter som avlider i verksamheten.