



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2017-02-02 Beata Torgersson

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	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
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	9

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som genomförts under året avseende patientsäkerhetsarbetet har varit att verksamheten fortsatt att arbeta med att se över och implementera lokala rutiner och arbetssätt för, till exempel läkemedelshantering, delegering och den palliativa vården i livet slutskede utifrån det lokala ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Verksamheten har även fortsatt att utveckla arbetet med nutrition tillsammans med dietist.

Verksamhetens möjligheter att identifiera brister som rör patientsäkerheten har förbättrats under året, dels genom att antalet registrerade hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat, dels genom analys av avvikelserna i de tvärprofessionella kvalitetsrådet.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten, granskning andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning, analys av infektionsregistreringen och granskning av andelen riskbedömningar registrerade i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska palliativregistret.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts under året.

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 upptäcker risker eller brister i verksamheten. Patienter och närstående involveras också i patientsäkerhetsarbetet genom att, till exempel delta i vårdplaneringar.

Under 2017 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för flertalet patienter. Fyra sjuksköterskor och en arbetsterapeut har genomgått en tvådagars nutritionsutbildning. Verksamheten har under året samverkat med dietist för att utveckla arbetet med nutrition. Verksamheten arbetar fortlöpande med basal hygien för att förebygga spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar, till exempel har två sjuksköterskor genomgått Vårdhygiens grundutbildning.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2017

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. Alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
6. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 50 procent av patienterna.
7. 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.
- 2 och 3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i journalen.
4. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.
- 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för hälften av patienterna som tackar ja till bedömningen.
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 4 kap. 2 § HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

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 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. 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 fortlöpande och infektionsregistreringar månadsvis.

Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, till exempel genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år. Avvikelser registreras i verksamhetssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS.

Infektionsregistrering görs varje månad och följs över tid under året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas omgående kontakt med verksamhetschef och MAS. Verksamheten har under 2017 fortsatt utveckla arbetet med att följa upp beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet vid teammöten som hålls i samband med inflyttning och därefter två gånger per år samt vid behov. Uppföljning av riskanalyser på individnivå görs i samband med vårdplanering och vid behov.

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. 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.
3. Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten månadsvis.
4. 1. Mätning av andelen infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
- 4.2. Mätning av andelen medarbetare som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 4.3. Mätning av andelen genomförda hygienronder med Vårdhygien om sådan genomförts.
5. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert minst en gång per år.
6. Mätning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG en gång per år.
7. 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 genomförts för flertalet patienter. Fyra sjuksköterskor och en arbetsterapeut har genomgått en tvådagarsutbildning i nutrition. Verksamheten har under året samverkat med dietist. Legitimerad personal och omvårdnadspersonal har under året haft handledning av dietisten för att utveckla arbetet med nutrition.

Infektionsregistrering har följts varje månad. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och två sjuksköterskor har genomgått Vårdhygiens grundutbildning.

Verksamheten har också ökat registrering av riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. För alla patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats Svenska palliativregistret.

Verksamhetens möjligheter att identifiera brister som rör patientsäkerheten har förbättrats genom att antalet registrerade hälso- och sjukvårdsavvikelser har ökat. Avvikelserna har analyseras det tvärprofessionella kvalitetsrådet.

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. Granskning av andelen upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk undernäring vid dokumentationsgranskning en gång per år.
3. Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten minst en gång per år.
- 4.1 Granskning och analys av andelen infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
- 4.2. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 4.3. Granskning av andelen genomförda hygienronder med Vårdhygien om sådan genomförts.
5. Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert två gånger per år.
6. Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst 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

Teammöten med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt kontaktpersoner genomförs två gånger per år samt vid behov. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten och dokumentationsmöten fyra gånger per månad.

I tvärprofessionella kvalitetsråd diskuteras och analyseras avvikelser, synpunkter och klagomål en gång per månad. Verksamhetschef, biträdande enhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation. I regelbundna samverkansmöten under året med läkarorganisationens verksamhetschef, boendets verksamhetschef och MAS, diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande nivå och på individnivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Vid inköp av hjälpmedel, till exempel liftar, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören. Verksamheten samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från Vårdhygien och apotekare/farmaceut från Apoteket enligt avtal. Verksamheten samverkar med utförare från landstingets tandvårdsenhet för den nödvändiga tandvården.

Riskanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Verksamhetschefen återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på kvalitetsråd och arbetsplatsträffar varje månad. MAS sammanställer registrerade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetschef och biträdande enhetschef.

Under året har 583 avvikelser rapporterats enligt följande: 167 fall, 415 läkemedel och 1 brist i specifik omvårdnad. Läkemedelsavvikelserna rör framför allt 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 verksamhetschef för underskrift.
2. Verksamhetschefen skickar omgående blanketten vidare för diarieförning hos stadsdelsförvaltningens registrator. Kopia sparas i pärm och eventuell personakt.
3. Klagomålet utreds, analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef, biträdande enhetschefer tillsammans med berörd personal på kvalitetsrådsmöten. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten och i kvalitetsrådsprotokoll.
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 eller synpunkt från patient/närstående inkommit som rör patientsäkerheten. Detta 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, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet uppmanas patient/närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Resultat

Strukturmått

Andelen medarbetare som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent. Utbildningen omfattade cirka en halv timme.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 87 procent, för trycksår till 85 procent och för undernäring till 83 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 0 procent.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 89 procent.

Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 54 procent.

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

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 80 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 57 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 83 procent.

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

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 3 frakturer.

Andelen patienter med trycksår uppkomna på enheten uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 2 patienter med trycksår.

Andelen patienter med smittsamma infektioner uppgår till 4 procent, vilket motsvarar 3 patienter.

Andelen patienter som drabbats av spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar uppgår till 0 procent.

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall har uppnåtts till 87 procent, för trycksår till 85 procent och undernäring till 83 procent.
2. Målet att alla patienter med risk för fall, trycksår och undernäring ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen har inte uppnåtts.
3. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har i stort sett uppnåtts.
4. Målet att ingen spridning av smittsamma infektioner ska ske har uppnåtts till 100 procent.
5. Målet registrera alla gjorda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert har uppnåtts till 90 procent.
6. Målet att genomföra mundedömning enligt ROAG för hälften av patienterna har uppnåtts.
7. Målet att registrera vården i livets slutskede för patienter som avlider i verksamheten har uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2018

1. Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
2. Inga trycksår uppkomna på enheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar.
4. Alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
5. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 75 procent av patienterna.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
7. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede.
8. 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.
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk 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 och sjukdomar.
 - 3.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 100 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för 75 procent av patienterna.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel i beslutstödet Guide.
7. Utbildning av cirka 20 palliativa ombud, legitimerad och omvårdnadspersonal i palliativ vård i livets slutskede.
8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.