



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Skärholmens stadsdelsnämnd

Socialpsykiatrins profilboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-01-31 Lasse Berglund tillförordnad
verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och
sjukvårdslagen

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
Riskanalys	7
Utredning av händelser - vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	7
RESULTAT OCH ANALYS	8
Egenkontroll.....	8
Avvikelser	9
Klagomål och synpunkter.....	10
Händelser och vårdskador	10
Riskanalys	10
Mål och strategier för kommande år	10

Sammanfattning

De huvudsakliga målen för 2018 har varit:

- att göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter 65 år eller äldre för att identifiera riskpatienter,
- inga trycksår uppkomna i verksamheten,
- förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner och smittor

Åtgärder som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten har varit att erbjuda och göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för att identifiera riskpatienter.

Arbetet med basala hygienrutiner pågår kontinuerligt. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning. Infektionsregistreringen har följts och analyserats. En självskattning av basala hygienrutiner och följsamhet till klädregler har gjorts under året.

Under 2018 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för de patienters som tacka ja till erbjudandet. Inget trycksår har uppkommit i verksamheten och ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller annan smitta har skett.

En extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts av apotekare/farmaceut

Framåtblick 2019

Fortsätta arbetet med att identifiera patienter med risk för fall, undernäring och trycksår och vidta åtgärder när så behövs.

Utveckla samverkan med Prima Gröndals psykosmottagning och primärvården för att förtydliga ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna för att förbygga att patienten drabbas av eller riskerar att drabbas av vårdskada.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

MÅL 2018

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 smittsamma infektioner.
4. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god palliativ vård i livets slutskede.

STRATEGIER

- 1 och 2. Sjuksköterska erbjuder och gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för alla patienter 65 år eller äldre som tackar ja till erbjudandet minst en gång per år.
- 3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner och följer gällande handlingsprogram vid smittsamma sjukdomar och infektioner.
- 3.2 Verksamhetschef, sjuksköterska och omsorgspersonal medverkar i hygienrond med hygiensjuksköterska från Vårdhygien, om sådan genomförs.
4. Utbildning av 2 omvårdnadspersonal till ombud i palliativ vård.

Organisation och ansvar

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 sjukvårdslagen (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.

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 verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner. Det finns utsedda ansvariga sjuksköterskor inom områden för basal hygien och läkemedelshantering.

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. Avvikelserna redovisas för personalgruppen, diskuteras och återkopplas till personalen på nästkommande arbetsplatsträff.

Legitimerad personal och omvårdnadspersonal träffas en gång per månad på team- möten för att gå igenom registrerade avvikelser där förbättringsåtgärder och rutiner diskuteras. Avvikelserna redovisas för personalgruppen, diskuteras och återkopplas till personalen.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och berörd personal träffas regelbundet i teammöten där den enskildes hälso- och sjukvårdsbehov samt omvårdnadsbehov diskuteras. Tillförordnad verksamhetschef och enhetschefer har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsfrågor.

Tillförordnad 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

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ansvarig läkare och sjuksköterska från Prima Gröndals psykosmottagning har samverkansmöten fyra gånger per år för att diskutera patientsäkerheten i syfte att förbygga vårdskada.

Alla patienter är listade på Skärholmen eller Sättra vårdcentraler. Eftersom patienterna har kontakt både med primärvården och psykosmottagningen finns ett behov av utökad samverkan där alla vårdgivare deltar. Under året har verksamheten påbörjat denna samverkan genom möten där verksamhetscheferna från vårdcentralerna och psykosmottagningen, tillförordnad verksamhetschef och MAS har deltagit. Syftet med samverkan är att förtydliga ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna och för att diskutera patientsäkerheten för att förbygga vårdskada.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis enligt avtal och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm.

Samverkan sker även med apotekare/farmaceut från Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen enligt avtal.

Patienters och närståendes delaktighet

Vid inflyttning erbjuds ett ankomstsamtal med sjuksköterska och kontaktmannen. Vid ankomstsamtalet informeras den enskilde och dennes närstående, om den enskilde så önskar, om Patientnämndens arbete. Informationsbroschyr om Patientnämnden lämnas i samband med inflyttning.

Patient/närstående/företrädare uppmanas att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad 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.

MAS sammanställer registrerade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till tillförordnad verksamhetschef

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.

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

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.

Egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2018

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter 65 år eller äldre som tackat ja till erbjudandet.	1 gång per år	Vodok
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	HSL- indikatorer
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering HSL- indikatorer

Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Vårdhygiens blankett-Självskattning till följsamhet av basala hygienrutiner
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	HSL- indikatorer

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

För de patienter som vid riskbedömning identifieras med risk för fall, undernäring och trycksår gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska en utredning och

vidtar förebyggande och behandlande åtgärder enligt gällande rutiner.

Infektionsregistrering har följts varje månad. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner har gjorts genom självskattning under året.

2 personal har under hösten utbildats till palliativa ombud vid vård i livets slutskede genom palliativt kunskapscentrum (PKC).

Legitimerad personal och omvårdnadspersonal träffas en gång per månad på team- möten för att gå igenom registrerade avvikelser där förbättringsåtgärder och rutiner diskuteras. Avvikelsena redovisas för personalgruppen, diskuteras och återkopplas till personalen.

Risakanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalys genomförs vid förändringar av organisationen eller på annat sätt i verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras om sådana finns.

Utredning av händelser - vårdskador

Verksamheten har påbörjat arbetet med att utreda händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en vårdskada. Det finns ett behov av utveckla delar av utredningen, framförallt de delar som rör bakomliggande orsaker och analys.

Informationssäkerhet

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal

utifrån de krav som ställs på verksamheten. Chef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter.

Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring granskas årligen av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
1. Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter som tackar ja till erbjudandet.	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som tackat ja till erbjudandet en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 100 procent, för undernäring till 100 procent och trycksår till 0 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 100 procent och för undernäring till 50 procent	Godkänt resultat.
2. Inga trycksår uppkomma på enheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.	Granskning av andelen trycksår uppkomma i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår uppgår till 0 procent	Godkänt resultat
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar	All personal tillämpar basala hygienrutiner. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning en gång per år. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektions-registreringen månadsvis. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som tillämpar basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 95 procent Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent. Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
4. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede	Utbildning av 2 palliativa ombud i palliativ vård i livets slutskede	Granskning av andelen personal som genomgått utbildningen till palliativa ombud.	Andelen personal som genomgått utbildningen uppgår till 100 procent.	Godkänt resultat

Årets granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning. Det finns också brister i följsamhet till gällande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Samlad analys av egenkontrollen

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna

verksamheten och kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen kan beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Resultatet av egenkontrollen visar att verksamheten förbättra sin egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen för att säkerställa att journalföringen uppfyller kraven i lagstiftning och gällande riktlinjer.

Avvikelser

Under året har totalt 20 avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Fall	2
Läkemedel	18
• Utebliven dos	15
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	3

Klagomål och synpunkter

Under året har inget klagomål som rör patientsäkerheten inkommit, vilket gör att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan ses.

Händelser och vårdskador

Det finns ett behov av att förbättra verksamhetens arbete med att utreda händelser och risker som lett till vårdskador eller som skulle kunna leda till vårdskador. Verksamheten behöver utveckla ett strukturerat arbetssätt, framför allt för de delar som rör utredning och analys.

Riskanalys

Verksamhetens riskhantering sker idag främst genom analys och åtgärder på individnivå, till exempel i samband med riskbedömningar.

Mål och strategier för kommande år

1. Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide)
3. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.

4. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.

STRATEGIER

1. Sjuksköterska erbjuder och gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för alla patienter 65 år eller äldre som tackar ja till erbjudandet minst en gång per år.
2. Sjuksköterska erbjuder och gör munbedömning enligt ROAG för alla patienter 65 år eller äldre som tackar ja till erbjudandet minst en gång per år.
3. Sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
 - 4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner och följer gällande handlingsprogram vid smittsamma sjukdomar och infektioner.
 - 4.2. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade utbildning i basal hygien en gång per år.
 - 4.3. Verksamhetschef, sjuksköterska och omsorgspersonal medverkar i hygienrond med hygiensjuksköterska från Vårdhygien, om sådan genomförs.