



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-01-16

Inger Berglund,

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
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	10

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som genomförts under året avseende patientsäkerhetsarbetet har varit att verksamheten har upprättat ett lokalt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med lokala rutiner för hälso- och sjukvård. De lokala rutinerna rör framför allt avvikelshantering, delegering och läkemedelshantering. Implementering av framtagna lokala rutiner har påbörjats.

För att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen infördes ApoDos under hösten enligt projektplan. Närstående/gode män informerades om förändringen dels på anhörgmöten dels via personliga brev vid två tillfällen

Sjuksköterska har genomfört utbildning av fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest inför delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift för merparten av medarbetarna som ska ta emot delegering.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av dokumentation avseende förebyggande åtgärder dokumenterade i omvårdnadsjournalen, granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten, granskning av andelen genomförda läkemedelsgenomgångar, granskning andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning, analys av infektionsregistreringen och granskning av andelen riskbedömningar registrerade i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. 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 upptäcker risker eller brister i verksamheten. Patienter och närstående involveras också i patientsäkerhetsarbetet genom att, till exempel delta i vårdplaneringar.

Under 2014 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för i stort sett samtliga patienter. Hälften av alla patienter som identifierats med risk för fall och trycksår har förebyggande åtgärder dokumenterade i journalen. Ingen spridning av smittsamma infektioner har skett under året.

Övergripande mål och strategier

MÅL 2014

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 plan i omvårdnadsjournalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. 50 procent av riskbedömningarna för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
6. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförd.
7. Kvalitetssäkra läkemedelshanteringen.
8. Kvalitetssäkra delegeringsförfarandet.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter en gång per år.
- 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 omvårdnadsjournalen.
4. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 4.4. I samråd med Vårdhygien beslutas om hygienrond ska genomföras. Chefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal deltar i så fall i hygienrond tillsammans med hygiensjuksköterska från Vårdhygien.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 50 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
6. Sjuksköterskan planerar, förbereder och deltar i fördjupade läkemedelsgenomgångar som genomförs av läkare.
7. 1. Verksamhetschefer och sjuksköterskor upprättar säkra och ändamålsenliga lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshantering.
- 7.2. Sjuksköterskorna ska delta i och följa den gemensamma projektplan som tagits fram av verksamhetschefer, MAS och apotekare vid övergång till läkemedel i ApoDos.
8. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utbildar alla medarbetare som ska ta emot delegering enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest vid nya delegeringar och vid förlängning/omprövning av delegering.

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 fortlöpande och infektionsregistreringar månadsvis. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, till exempel genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år. Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet 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 2014 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 sker 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 smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen sker 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.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

-
5. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert minst en gång per år.
 6. Mätning av andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling en gång per år.
 7. 1 Mätning av att verksamheten upprättat säkra och ändamålsenliga lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen en gång per år.
 - 7.2 Kontroll av att den gemensamma projektplanen följdes vid övergången till ApoDos gjordes under projektets gång.
 8. Mätning av andelen medarbetare som genomgått utbildning enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest för att ta emot delegering.

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

Under 2014 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för i stort sett alla patienter. Dokumentationsgranskningen visar att när risker för fall och trycksår har identifierats har förebyggande åtgärder dokumenterats i en plan i omvårdnadsjournalen för hälften av patienterna.

Lokala rutiner för avvikelshantering, delegering och läkemedelshantering har tagits fram och implementering pågår. Genomgång och uppdatering av arbetssätt, dagliga rutiner, ansvarsområden, material, dokumentation med mera har genomförts och pågår fortlöpande på möten med legitimerad personal 3-4 gånger per månad och genom utsedda temagrupper.

För att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen har ändamålsenliga och säkra lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen upprättats och läkemedel i ApoDos har införts.

Infektionsregistrering har följts varje månad. I december genomförde representanter för Strama och Vårdhygien i Stockholms län en arbetsplatsförlagd utbildningseftermiddag om antibiotikaanvändning i särskilt boende. Utbildningen omfattade två timmar och flertalet sjuksköterskor deltog.

Delegeringsutbildning med fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest har genomförts för flertalet medarbetare som ska ta emot delegering. Utbildningen omfattade två timmar per utbildningstillfälle.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2014 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 för fall, undernäring och trycksår 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 smittsamma 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 fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling.
 7. 1. Granskning av att verksamheten upprättat säkra och ändamålsenliga lokal rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen en gång per år.
 - 7.2. Granskning av att gemensamma projektplanen följdes vid övergången till ApoDos gjordes kontinuerligt under projektets gång.
 8. Granskning av andelen medarbetare som genomgått utbildning enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest för att ta emot delegering en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation. I regelbundna samverkansmöten under året, med läkarorganisationens verksamhetschef, boendets verksamhetschefer 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.

Intern samverkan

Team- möten 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.

Verksamhetschef och MAS och samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. Verksamhetschef, MAS och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samverkar också regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Chefer och legitimerad personal har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsarbetet.

Risikanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, IVO, sammanställs och analyseras. Protokoll från team-möten/kvalitetsrådets möten sammanställs och analyseras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser/tillbud som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i datadokumentationssystemet Vodoks

avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med respektive verksamhetschef och MAS.

MAS sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetscheferna. Respektive verksamhetschef återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad.

Under året har 190 avvikelser rapporterats enligt följande; 171 fall och 19 läkemedel. Läkemedelsavvikelserna rör framför allt felaktigt iordningställd dos, förväxling av patient och 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 eventuell personakt.
3. Klagomålet utreds och analyseras av verksamhetschef tillsammans med berörd personal. Åtgärder tas upp så snart som möjligt på möte med personal. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten.
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 6 procent. Utbildningen omfattade en timme.

Andelen medarbetare som genomgått utbildning enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest för att ta emot delegering uppgår till 87 procent.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 96 procent, för trycksår till 90 procent och för undernäring till 96 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 0 procent. Beslutet av att inte genomföra hygienrond under året har fattats i samråd med Vårdhygien.

Andelen genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar för patienter med läkemedelsbehandling uppgår till 90 procent.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 13 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 86 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 29 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 66 procent.

Vid journalgranskningen 2014 granskades 15 procent av omvårdnadsdokumentationen. Granskningen visade att hälften (50 procent) av patienterna som identifierats med fallrisk och med risk för trycksår hade förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen. Ingen patient som identifierats med risk för undernäring hade en plan med förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 5 procent, vilket motsvarar 8 frakturer.

Andelen patienter med trycksår uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 2 trycksår. Ett av dessa trycksår har uppkommit på enheten.

Andelen patienter med smittsamma infektioner uppgår till 2 procent.

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

Måluppfyllelse

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall har uppnått till 96 procent, för trycksår till 90 procent och undernäring till 96 procent.

2. Målet att alla patienter med risk för fall, trycksår och undernäring ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen har uppnått till 50 procent för fall och trycksår. För patienter risk för undernäring har målet inte uppnått alls.

3. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har i stort sett uppnått.

4. Målet att ingen spridning av smittsamma infektioner ska ske har uppnått till 100 procent.

5. Målet registrera hälften av gjorda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert har inte uppnått då endast 13 procent registrerats.

6. Målet att alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en fördjupad läkemedelsgenomgång har uppnått till 90 procent.

7. Målet att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen genom att upprätta säkra och ändamålsenliga rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen och

att införa ApoDos har uppnåtts.

8. Målet att kvalitetssäkra delegeringsförfarandet har uppnåtts till xx procent.

Övergripande mål och strategier för 2015

Följande kvarstående brist ska vara genomförd senast maj 2015:

1. Alla medarbetare ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
2. 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.

MÅL 2015

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 plan i omvårdnadsjournalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. 75 procent av riskbedömningarna för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 procent.
7. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 50 procent av patienterna.
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 och 3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.
4. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar 75 procent av genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.
6. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna följer lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.

7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG.

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