



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-02-07 Ann Norén,

verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
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 vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör det fortsatta 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 och säker vård i livets slutskede.

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.

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom rapportering av avvikelser. Verksamheten har en tydlig struktur för hantering av avvikelser genom möten varje månad med sjuksköterskor och omvårdnadsperson.

Teammöten hålls varje vecka med legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Vid dessa möten tas risker upp som identifierats hos patienten för att förebygga vårdskada.

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 2017 har riskbedömning för fall, trycksår och undernäring genomförts för två tredjedelar 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

MÅL 2017

1. Alla patienter 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. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras 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 och sjukdomar.
- 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 munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG 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.

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 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 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 registreras i verksamhetssystemets avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

Infektionsregistrering görs varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser 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 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 antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis.
- 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 genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.

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

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

Under 2017 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för cirka två tredjedelar av patienterna.

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

Infektionsregistreringen har följts och analyserats varje månad.

Verksamheten arbetar för att förebygga trycksår.

För hälften av patienterna som tackat ja har munbedömning enligt ROAG gjorts.

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.

Avvikelse hanteras möten med sjuksköterskor och omvårdnadspersonal två gånger per månad.

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 upprättade planer i journalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för undernäring en gång per år.
- 2.2. Granskning av andelen patienter med 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 genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG en gång per år.

-
6. Granskning av andelen patienter identifierade med blåsdysfunktion/inkontinens med genomförda bedömningar en gång per år.
 7. Granskning av andelen patienter med blåsdysfunktion/inkontinens med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel en gång per år.
 8. 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 förbygga att vårdskada uppstår.

Verksamheten samverkar med intilliggande vård- och omsorgsboende avseende sjuksköterskeinsatser jourtid 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 och registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i verksamhetssystemet 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 en struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade händelser och risker.

Under året har 442 avvikelser rapporterats enligt följande; 107 fall, 331 läkemedel, 1 vårdkedjeavvikelse, 2 specifik omvårdnad och 1 medicintekniska produkter. Flertalet läkemedelsavvikelser rör utebliven signering vid överlämnade av 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 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 60 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 60 procent.
Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 58 procent.
Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.
Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 51 procent.
Andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens uppgår till 49 procent.

Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 74 procent.
Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 29 procent.
Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 42 procent.

Årets journalgranskning har enbart gjorts av nutritionsprocessen och omfattade 10 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 0 procent.
Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 3 procent, vilket motsvarar 2 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 75 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 uppnåtts till två tredjedelar.
- 2.1. Målet att alla identifierade riskpatienter med undernäring har förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen har inte uppnåtts.
- 2.2. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har i stort sett 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 munhälsa till för 90 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen har uppnåtts till drygt hälften.
6. Målet att genomföra bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens för 25 procent av patienterna har uppnåtts.
7. Målet att alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt

förskrivna inkontinenshjälpmedel har uppnåtts till 75 procent.

8. Målet att registrera vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i Svenska palliativregistret har uppnåtts.

Övergripande mål och strategier för kommande år

MÅL 2018

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. Inga trycksår uppkomma på enheten.
3. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.
4. Bedömning av munhälsa ska genomföras med bedömningsinstrument för 60 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.
5. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens med bedömningsinstrument ska genomföras för 50 procent av patienterna med symtom på detta.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt föreskrivna inkontinenshjälpmedel.
7. Kvalitetssäkra delegeringsförfarandet.
8. Alla patienter som avlider i verksamheten ska få en god och säker palliativ vård i livets slutskede.
9. För alla patienter som avlider i verksamheten ska vården i livets slut registreras i 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. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i Senior Alert för 100 procent av patienterna som samtycker till registreringen.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG för 60 procent av patienterna som tackar ja till bedömningen.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av inkontinens för 50 procent av patienterna med blåsdysfunktion/inkontinens.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska föreskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utbildar all omvårdnadspersonal som ska ta emot delegering enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest vid nya delegeringar och vid omprövning av delegering.

-
8. Utbildning av cirka 12 palliativa ombud, legitimerad personal och omvårdnadspersonal i palliativ vård i livets slutskede.
 9. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede i Svenska palliativregistret för alla patienter som avlider i verksamheten.