



Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-02-22

Ann Norén,

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	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	7
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	8

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör basala hygienrutiner. Verksamheten har köpt in en spoldesinfektor till boendet och har tillgång till diskdesinfektor i intilliggande verksamhet. Verksamheten har påbörjat arbetet med att placera handsprit, skyddshandskar och platsförkläden i varje lägenhet samt i andra rum/utrymmen, t.ex. tvättstugor och sköljrum. Verksamheten har vidare påbörjat utbildning av all personal i basala hygienrutiner samt påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning, tvätt- och förrådshantering.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom medverkan i hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien samt analys av infektionsregistreringen.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts under året. Verksamheten saknar en tydlig struktur för hantering av rapporterade risker.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. Negativa händelser/ 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 finner risker eller brister i verksamheten.

Under 2011 har riskbedömning för fall, trycksår och undernäring genomförts för hälften av patienterna eller färre. Hygiensköterska från Vårdhygien har påbörjat utbildning i basala hygienrutiner för all personal och 50 % av personalen har genomgått utbildningen.

Övergripande mål och strategier

MÅL

1. Alla patienter ska ha riskbedömning för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.

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. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 2.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 2.3. 100 % av personalen genomgår Vårdhygiens hygienutbildning ”på plats” 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 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.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen. MAR är ett komplement till MAS.

Verksamhetschef, MAS och MAR ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser och infektionsregistreringar. Vissa utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, t.ex. genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år. Avvikelser rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

Infektionsregistrering görs varje månad och följs över året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas omgående kontakt med verksamhetschef, MAS och/eller MAR. Verksamheten har påbörjat arbetet med att upprätta 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 följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observation och självskattning enligt Vårdhygiens dokument samt medverkan i hygienrund med hygiensköterska från Vårdhygien en gång per år.
- 2.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistrering månadsvis.
- 2.3. Mätning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens hygienutbildning ”på plats” i verksamheten en gång per år.

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

Under 2011 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för hälften av patienterna eller färre.

Infektionsregistreringen har följts varje månad och hygienrund genomfördes i slutet av året tillsammans med hygiensköterska från Vårdhygien.

Vid hygienronderna konstaterades brister i basala hygienrutiner. För att komma till rätta med bristerna och därmed öka patientsäkerheten har verksamheten vidtagit följande åtgärder:

- en spoldesinfektor har inköpts till verksamheten,
- tillgång till diskdesinfektor i intilliggande verksamhet,
- påbörjat arbetet med att sätta upp hållare för och placera handskar, handsprit och skyddsförkläden i tvättstugor, sköljrum, gymnastiksal och personaltoaletter samt förse hållarna med handskar, handsprit och skyddsförkläden,
- påbörjat arbetet med att utrusta varje lägenhet med flytande tvål och pappershanddukar,

-
- påbörjat arbetet med att upprätta rutiner för städning av lägenheter,
 - påbörjat arbetet med att upprätta rutiner för tvätthantering för patienternas kläder och personalkläder,
 - påbörjat arbetet med att revidera rutiner för provtagning,
 - påbörjat arbetet med att upprätta rutiner för förrådshantering och för förråd i läkemedelsrum/sjuksköterskeexpedition,
 - påbörjat arbetet med att upprätta rutiner för städning av sköljrum,
 - påbörjat arbetet med att upprätta rutiner för rengöring av hjälpmedel, och
 - påbörjat utbildning för all personal i basala hygienrutiner som genomförts av hygiensköterska från Vårdhygien.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2011 är:

1. Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
- 2.1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, genom observation och självskattning, har inte genomförts på ett strukturerat sätt.
- 2.2. Analys av infektionsregistreringen varje månad samt analys av resultat/protokoll från genomförd hygienrond en gång per år.
- 2.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens hygienutbildning ”på plats” i verksamheten en gång per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. I regelbundna samverkansmöten under året, med läkarverksamhetens verksamhetschef och MAS, diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande nivå och på individnivå för att förbygga att vårdskada uppstår. Återkoppling ges till verksamhetschefen.

Vid inköp av hjälpmedel, t.ex. liftar och spoldesinfektor, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

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

Risikanalys

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med respektive verksamhetschef, MAS och/eller MAR.

MAS och MAR sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetscheferna. Respektive verksamhetschef återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad men verksamheten saknar en tydlig struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade risker och händelser.

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 diarieföring 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 men är ett utvecklings- och förbättringsområde.

Sammanställning och analys

Under året har ett flertal klagomål och synpunkter inkommit som rör brister i basala hygienrutiner. Verksamheten har sammanställt, analyserat och återkopplat åtgärderna enligt ovan.

Samverkan med patienter och närstående

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska och vid behov rehabiliteringspersonal. Vid ankomstsamtalet 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 utbildning av hygiensköterska ”på plats” i verksamheten uppgår till 50 %. Utbildningen omfattade två timmar.

Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 50 %

Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 32 %,

Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 16 %.

Resultatmått

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor uppgår till knappt 10 %.

Andelen patienter med trycksår uppgår till 2 %. Framkommer dock inte om trycksåren uppkommit på enheten eller på annan plats.

Måluppfyllelse

1. Riskbedömningar för fall har genomförts till 50 %. Riskbedömningar för trycksår har genomförts till 32 %. Riskbedömningar för undernäring har genomförts till 16 %.

2. Ingen spridning av smittsamma infektioner har skett.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Tidsplan för åtgärder som ska genomföras under 2012:

Kvarstående brister i basala hygienrutiner ska vara genomförda senast november 2012.

MÅL 2012

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.

2. 1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder vidtagna och dokumenterade i en plan i om-

vårdnadsjournalen.

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 25 % av patienterna.

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.

2.1. - 2.2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.

3. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.

3.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.

3.3. All personal, inklusive verksamhetschef genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.

4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.