



Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjögårdens vård- och omsorgsboende

Avser perioden 1 november-31 december 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-26 Jonna Hermansson

Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Innehåll

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

Sammanfattning

Den 1 nov 2019 återgick före detta Kristallgårdens vård- och omsorgsboende från entreprenad till kommunal regi. Verksamheten bytte då namn till Älvsjögårdens vård- och omsorgsboende (VoB). Patientsäkerhetsberättelsen för Älvsjögårdens VoB avser perioden 1 november-31 december 2019.

Målen har varit att säkerställa hälso- och sjukvården i samband med återgången till kommunal regi.

Detta har gjorts genom att:

- fortsätta arbetet med att göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår,
- fortsätta arbetet med att göra munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG,
- fortsätta det trycksårsförebyggande arbetet för att förhindra att trycksår uppkommer på enheten,
- kvalitetssäkra delegeringsförfarandet i samband med återgången, och
- fortsätta arbetet med att förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete med att identifiera risker för vårdskador och ett förebyggande arbetssätt med patienter med risk för fall, undernäring och trycksår har identifierats. Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt bedömning av munhälsa har upprätthållits.

Framåtblick 2020

Verksamheten kommer under 2020 att:

- fortsatt arbetet med att systematiskt erbjuda alla boende aktuell riskbedömning,
- utveckla nutritionsvårdsprocessen,
- utveckla användandet av nationella kvalitetsregister,
- utveckla delegeringsförfarandet och avvikelshanteringen för säkerställa följsamhet till lokal regler och rutiner, och
- fortsätta utveckla verksamhetens processer på organisationsnivå för att till större del än tidigare till att omfatta hälso- och sjukvård.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

MÅL 2019

En trygg och säker verksamhetsåtergång till kommunal regi genom att:

- Bibehålla och fortsätta arbetet med att identifiera risker och arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår i verksamheten.
- Implementera Stockholms Stads och stadsdelens riktlinjer, rutiner och styrdokument.
- Stärka samverkan mellan legitimerad personal på Älvsjögårdens VoB och legitimerad personal på Älvsjö servicehus.

STRATEGIER

För att säkerställa en trygg och säker återgång av verksamheten till kommunal regi har stadsdelens haft en särskilt projektgrupp sedan våren 2019 som planerat och genomfört återgången enligt upprättad handlingsplan.

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 kontinuerlig 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 verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner.

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.

Extern samverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I 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.

Patienters och närståendes delaktighet:

För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska säkerställas. Vårdplanering genomförs inom två veckor efter inflytt. Medverkande är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kontaktperson. I samband med inflyttningen uppmanas patient/närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de ser/upptäcker risker eller brister i verksamheten enligt rutin.

Vidare erbjuder verksamheten ytterligare vårdplanering då behov uppstår under vårdtiden.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

Avvikelser

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.

Analys av inträffade avvikelser och beslut om åtgärder görs på verksamhetens tvärprofessionella team- möten. Beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna återkopplas till övrig personal på arbetsplatsträffar av ansvarig chef.

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

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter hanteras enligt Stadsdelens rutin för avvikelshanterings. 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 lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med MAS.

Egenkontroll

Under perioden 1 november till och med 31 december 2019 har följande egenkontroller genomförts:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	1 gång	HSL- indikatorer
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	HSL- indikatorer
Genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG	1 gång	HSL- indikatorer
Patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	1 gång	HSL-indikatorer
Avvikelser	1 gång per månad	Vodok avvikelsemodul
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per månad	Inkomna klagomål och synpunkter

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Från och med den 1 november finns en ny organisation Älvsjö Äldrecenter, som består av Älvsjögårdens VoB och Älvsjö servicehus. Under året/hösten har ett stort arbete gjorts för att få ihop den nya organisationen på ett säkert och bra sätt. Det har till stor del handlat om att legitimerad personal från de båda verksamheterna ska hitta bra samarbetsformer och för att i så stor uträkning som möjligt arbeta efter gemensamma rutiner.

Sedan hösten 2019 har hälso- och sjukvårdsmöten utvecklats och hålls numera var tredje vecka. I mötena deltar verksamhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast från Älvsjögårdens VoB och Älvsjö servicehus samt stadsdelens dietist. Under den senare delen av året har verksamheten arbetat med att upprätta och uppdatera lokala rutiner.

Risakanalys

De riskanalyser som har gjorts, har framför allt gjorts före den 1 november för att säkerställa patientsäkerheten i samband med verksamhetsåtergången.

Utredning av händelser - vårdskador

Det har inte inträffat någon händelse under perioden som föranlett en utredning.

Informationssäkerhet

För att säkerhetsställa att ingen obehörig har tillgång till patientinformation ska loggkontroller göras systematiskt varje månad av slumpmässigt utvalda patientjournaler och av personal som har behörighet i verksamhetssystemet Vodok samt NPÖ. Någon utvärdering kan inte göras då inga loggkontroller gjorts under perioden.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Alla patienter ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 96 procent, för undernäring till 96 procent och trycksår till 94 procent. Andelen riskpatienter för fall uppgår till 91 procent, för undernäring 85 procent och trycksår 50 procent.	Godkänt resultat
Inga trycksår uppkomna 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 uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår uppgår till 1 procent	Godkänt resultat
Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) ska genomföras för 75 procent av patienterna.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG för 75 procent av patienterna.	Granskning av andelen genomförda munbedömningar med bedömningsinstrumentet ROAG minst en gång per år.	Andelen genomförda munbedömningar enligt ROAG uppgår till 79 procent	Godkänt resultat
Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel.	Granskning av andelen individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.	Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel uppgår till 100 procent	Godkänt resultat

Samlad analys av egenkontrollen

Den samlade analysen av den egenkontroll som gjorts under perioden visar att verksamheten uppnår ett godkänt resultat.

Avvikelser

Under perioden 1 november till och med 31 december 2019 har två avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell:

Typ av avvikelse	Antal
Läkemedel, utebliven dos	1
Specifik omvårdnad	1

Syftet med att rapportera och utreda avvikelser är att identifiera brister i verksamheten och vidta åtgärder så att de inte inträffar igen. Det är därför viktigt för patientsäkerhetsarbete att alla avvikelser rapporteras. Under perioden har endast ett par avvikelser rapporteras, vilket troligtvis är en underrapportering och därmed ett förbättringsområde.

Klagomål och synpunkter

Under perioden 1 november till och med 31 december 2019 har det inte inkommit några klagomål eller synpunkter som rör hälso- och sjukvården. Detta gör att mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan ses.

Händelser och vårdskador

Det har inte varit aktuellt att utreda några händelser under perioden.

Riskanalys

Patientsäkerheten har upprätthållits och verksamhetens övergång gick som planerat utifrån den riskanalys som gjordes innan verksamheten återgick till kommunal regi.

Mål och strategier för kommande år

MÅL 2020

1. Alla patienter ska ha erbjudas riskbedömning för fall, undernäring och trycksår.
2. För patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning ska utredning göras för minst hälften av patienterna. Utredningen ska omfatta:
 - 2.1. registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 2.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 2.3. beräkning av energibehov
3. Munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) görs för 85 procent av patienterna.
4. Inga trycksår uppkomna på enheten.
5. Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.
6. Öka avvikelserapporteringen.
7. Öka användandet av nationella kvalitetsregister.
8. Göra egenkontroller utifrån uppsatta mål 2020.

STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjuder och utför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. För de patienter som tackar nej till bedömning ska detta dokumenteras.

-
2. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar, mäter och beräknar följande för minst hälften av patienterna som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda i samband med inflyttning:
 - 2.1. mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 2.2. nattfasta i tre dygn
 - 2.3. dagligt energibehov
 3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör munbedömning enligt ROAG för 85 procent av patienterna.
 4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.
 - 5.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
 - 5.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.
 - 5.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
 6. Kvalitetsråd införs i verksamheten med start i februari 2020 där antalet avvikelser ses över, analyseras och åtgärder vidtas för att förhindra upprepning.
 7. 1 Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar gjorda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår samt vården i livets slutskede i nationella kvalitetsregister.
 - 7.2 Stärka det tvärprofessionella teamarbetet.
 8. Utveckla verksamhetens VoR inklusive egenkontroller utifrån uppsatta mål 2020.
-