



# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

20130129 Agneta Hollingworth

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting*

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Riskanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

---

## Sammanfattning

Koppargården gick över i kommunal regi den 12/2011. I samband med övertagandet hade legitimerad personal 2 månader på sig att avsluta alla omvårdnadsjournaler i vodok och öppna nya journaler. I efterhand fick vi göra om riskbedömningarna på samtliga boende eftersom vi inte hade tillgång till förra aktörens journaler. Utifrån riskbedömningarnas poängskalan har leg. Personal upprättat en del vårdplaner med identifierat problem/ resurs, mål, åtgärder, uppföljning och utvärdering. Dock ser vi brister ibland annat dokumentationen som vi under 2013 har upprättat en handlingsplan för i syfte att säkerställa kvalitén. Sjuksköterskorna har arbetat mycket med smittspridning och smittspårning samt självskattning och observationer på avdelningarna. Det finns nedskrivna en lokal rutin Men det finns fortfarande brister som vi ser över under 2013. All personal har fått information om Webb baserade hygien utbildning, Nu återigen ska all personal genomgå utbildningen och skriva ut diplomerna samt lämna dem till respektive enhetschef..

Samtliga sjuksköterskor har gått på en omfattande nutritionsutbildning som pågick i nästan 3 dagar. Sjuksköterskorna i sin tur har haft genomgång med omvårdnadspersonalen angående nutrition och dess konsekvenser/ komplikationer om man inte fyller i vätskelistorna eller om man inte följer en ordination vare sig från en läkare eller en sjuksköterska. Utbildning i vård i livets slut har sjuksköterskorna fått från Läkarorganisationen Trygghälsa.

---

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§*

Vi arbetar utifrån stadens struktur för ledningssystem för att utveckla och säkra samtliga krav, mål, organisation, rutiner, metoder enligt författningar.

Koppar gårdens mål och strategi för 2012 har varit att förbättra dokumentationen med risk inventering och vårdplaner med åtgärder och uppföljning samt utveckla avvikelshantering i alla led.

En god och säker vård av god hygienisk standard

Arbeta förebyggande för att förebygga fall och fallskador, undernäring, trycksår, smärta, ångest och oro.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

### Nämndens ansvar

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården och för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

### Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 1982: 763, 29 §), dock inte det ansvar som åligger MAS. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, användas och att de integreras i det dagliga arbetet.
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- svarar för att rutiner implementeras och följs .
- ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Verksamhetschefen svarar för att MAS/MAR ges förutsättningar, möjligheter och tillgång till de resurser som krävs för att fullgöra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

### Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Inom Hässelby-Vällingby finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion är ett komplement till MAS.

---

I de ledningsuppgifter som åligger MAS/MAR enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:1369) är MAS/MAR inte underställd verksamhetschefen eller någon annan tjänsteman i kommunen. MAS/MAR har således en fristående och oberoende roll och ett personligt ansvar för hur uppdraget fullgörs.

MAS/MAR är en viktig resurs som sakkunnig i hälso- och sjukvårdsfrågor och har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet (SOSFS 1997:10). MAS/MAR ansvarar för att utifrån sin funktion och omvärldsbevakning i vårdutvecklingsfrågor en uppgift att medverka i utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården. Därför är samråd med MAS/MAR en förutsättning för uppdraget inom områden som rör

- organisation,
- planering av ny verksamhet,
- framtagning av sjukvårdspolicy,
- användning av resurser och kompetens,
- personalplanering och rekrytering
- upphandling,
- planering av introduktion och kompetensutveckling.

MAS ansvarar för att se till att lagar och föreskrifter följs och ska

- upprätta rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvård, samt lokal instruktion för läkemedelshantering.
- följa upp avvikelshantering och besluta om anmälan enligt Lex Maria
- utövar sitt ansvar genom att planera, kontrollera, styra, dokumentera och redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet.
- informerar verksamheterna om förändringar i lagstiftning eller andra övergripande förändringar i bestämmelserna som berör hälso- och sjukvård.
- medverkar i utarbetandet av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården samt deltar i riskinventeringar och förebyggande åtgärder.
- MAS/MAR har delegering från nämnden att göra anmälan enligt Lex Maria till Socialstyrelsen om en boende i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt.
- I MAR ansvaret ingår att säkerställa hög patientsäkerhet inom den rehabilitering som bedrivs inom den kommunala äldreomsorgen. Ansvarsområdet innefattar också en del riktlinjer och rutiner för användning av medicintekniska produkter och fallskadeprevention.

- 
- MAR ansvarar för att kontrollera att dessa följs och är kända i verksamheterna samt granskar att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournalagen.
  - MAR/MAS har delat ansvar för riktlinjer och rutiner som styr användning av medicintekniska produkter samt kontrollerar att rutiner följs.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska.

- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
- utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
- rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- utföra egenkontroll

Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. Det är verksamhetschefens ansvar att leda och planera utvecklingen.

### **Omvårdnads personal**

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har fått kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera en händelse direkt till legitimerad personal därefter vidare till den ansvariga enhetschefen samt närstående till patienten. När avvikelserna bedöms allvarig rapporteras detta även till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning till om avdelningschef ska informeras. Vid allvarig hälso och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS- MAR.

Avvikelser som inträffat tar sedan enhetschefen upp på morgonrapporten där all yrkesgrupper är representerade. Därefter har varje arbetsgrupp ett team möte där avvikelser som inträffats tas upp. Vi kartlägger var, hur och när händelsen inträffats och genom att göra en intern utredning och därefter tas beslut om åtgärder som sedan följs upp av kontaktpersonen och omvårdnadsansvarig legitimerad personal. Legitimerad personal dokumenterar i Vodok och gör riskbedömningar samt kvalitetsindikatorer för hälso och sjukvård utifrån socialstyrelsens anvisningar som skickas till Mas/Mar varje mån

<i>Antal avvikelser 2012 : 489 avvikelser</i>											
<i>Indikator</i>	<i>Läkemedel</i>	<i>Fall</i>	<i>Fraktur</i>	<i>Vårdkedja</i>	<i>Omvårdnad/Rehabilitering</i>	<i>MTP</i>	<i>Dokumentation</i>	<i>Trycksår</i>			
								<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>
<i>Antal</i>	96	324	10	44	18	4		0	0	0	0

QUSTA är ett kvalitetsinstrument för granskning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet. Syftet med uppföljningen är att säkerställa att alla vårdtagare inom kommunens särskilda boenden får en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. Kvalitetsinstrumentet är en del av patientsäkerhetsarbetet och ingår i kommunens ledningssystem gällande uppföljning av kvaliteten.

Kvalitetsinstrumentets struktur bygger på att hälso- och sjukvårdspersonal ska känna till och följa de av MAS upprättade riktlinjer/rutiner/regler för kommunal hälso- och sjukvård. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. För att instrumentet ska bli hanterligt och praktiskt användbart har ett visst urval skett där endast de mest centrala områdena behandlas.

För övrigt genomförs ramavtalsuppföljning, kvalitetsuppföljning av läkemedels- hanteringen, hygienrond

Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under 2012 har patientsäkerhetsarbete bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser / avvikelser och följt upp dessa med alla personal kategorier. Från den 1/2-12 då kommunen tog över verksamheten i egen regi har legitimerad personal och chefer haft regelbundna möten med stadsdelens MAS/ MAR då vi har gått igenom tidigare Lex Maria ärenden, rutiner och patientsäkerhetslagstiftning för att ta lärdom av händelser. Vi har haft genomgångar såsom:

Ramavtalsuppföljning, Apoteksgranskning, Kvalitetsindikatorer, hygienkontroll, medicinska tekniska produkter, riskbedömningar i egna hemmet, larm och skyddsåtgärder, läkemedelsuppföljning/genomgång, samverkansavtal med landstinget.

---

Vi har även haft utbildningar i nutrition samt klinisk bedömning del 1. Några sjuksköterskor har gått sår vårdsutbildning.

## Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

*Infektionsregistrering görs, vi följer observation och självskattningen gällande basala hygienrutiner. Vi har nära samarbete med hygien sjuksköterska i staden där vi utbildar all personal i hygien rutiner. Vi granskar journalerna utifrån en checklista som vår Mas skapat. Kvalitetstillsyn genomförs årligen av MAS och kvalitetstillsynen är en kontroll av att riktlinjer och rutiner, och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.*

*HSL gruppledarna journalgranskar 5 st boende /avdelning/månad och återkopplar sedan resultatet till enhetschef.*

*Årlig kvalitetsuppföljning av medicinsk tekniska produkter, registrerar kontrollerar kondition av produkterna och gör en bedömning av behov av underhåll, investering och utbildningsinsatser av medarbetarna.*

*Alla förskrivna hjälpmedel registreras på boende med inventarienummer och samlas i pärm samt även alla hjälpmedel som är inköpta till huset.*

*Rehab personal kontrollerar regelbundet underhållsbehovet. Verksamhetschef ansvarar för att besiktning av taklift och mobila liftar sker årligen. Regelbunden besiktning av vårdsängar.*

*Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer:*

Verksamheten ska utföra riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd och eventuella risker.

Mätmetod för kvalitetsindikatorer och riskbedömningar är antalet:

- utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår.
- utförda inkontinensutredningar.
- infektioner och ordinerad antibiotikabehandling.
- utförda läkemedelsgenomgångar.
- fall som har lett till fraktur eller annan skada och totala antalet fallolyckor.
- utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).



Antal boende inom verksamheten: 338 20120201-20121231

Kvalitetsindikatorer och riskbedömningar 2012											
Indikator	Undernäring		Trycksår	Trycksår grad				Fallrisk		ADL	Munhälso- bedömning
Mätmetod	MNA initial	MNA slutgiltig	Norton	I	II	III	IV	Down-ton	Fraktur	Sunnås	
Antal	145	103	141	30	23	20	22	161	10	140	91

Kvalitetsindikatorer 2012				
Indikator	Inkontinensutredning	Läkemedels- genomgångar	Loggkontroll	Hygien Observation Basala hygien
Antal	0	114		

## Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Vi samverkar med landstinget att säkerställa överrapportering och att epikris från vårdavdelning epikris från rehab, aktuell medicinlista medskickas när boende flyttas från sjukhus till koppargården samma gäller när boende skickas till sjukhus så att aktuell status samt medicinlista skickas med. Rapportering mellan legitimerad personal och omvårdnads personal sker muntligt och skriftligt via parasol samt kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso och sjukvårdsinsatser med aktuella instruktioner och ordinationer. Sjuksköterskorna samverkar även med läkaren genom rond en gång i veckan och genomför även vårdplaneringar tillsammans med närstående när det föreligger behov.

*Samarbete med andra vårdgivare:*

Övergripande samverkansmöten på St. Görans sjukhus mellan representanter från vårdcentraler, slutenvårdsenheter och stadsdelsförvaltningar inom innerstaden och Västerort. Verksamhetschefer och MAS från de olika förvaltningarna deltar. Syftet med mötena är att ta upp förbättringsåtgärder utifrån inkomna avvikelser, diskutera gemensamma problem och försöka lösa dem samt informationsöverföring mellan sluten och öppenvården etc.

---

En lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning av patienter i slutenvården har utarbetats mellan Hässelby- Vällingby, Caphio St. Görans sjukhus, Brommageriatriken och samtliga vårdcentraler inom stadsdelen. Detta för att öka patientsäkerheten vid överföring av information mellan enheterna.

MAS har möten med Landstinget gällande läkemedelsförråd, läkarmedverkan på särskilda boenden, nödvändig tandvård och vårhygienfrågor. Vid dessa möten diskuteras eventuella avvikelser och förslag för att förbättra rutiner. MAS informerar vård- och omsorgsenheterna om eventuella nya rutiner och risker som har framkommit.

## **Risicanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Beskriv hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

På Koppargården arbetar verksamhetschef, enhetschef och legitimerade personal systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten som underlag används avvikelseberapportering klagomål/synpunkter. HSL bedömnings instrumenten uppdateras för per boende en gång om året eller vid behov, förändring.

Det görs en risk och konsekvensanalys en gång om året som är kopplat till rutin och intern kontrollplan. När vi flyttade över växelvårds avdelningen till Skolörtens servicehus så gjordes en risk och konsekvensanalys för både personal och patienter.

---

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

### **Avvikelser**

Alla medarbetar har kunskap om stadensrutiner för rapportering av avvikelse och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelsen bedöms allvarlig rapporteras den direkt till verksamhetschef som i sin tur rapporterar till avdelningschef och MAS. På Koppargården rapporterar omvårdnadspersonalen direkt till sjuksköterska / enhetschef därefter skriver omvårdnadspersonalen som upptäckte det inträttade en avvikelse som lämnas till sjuksköterskan för registrering i Vodok. Avvikelser gällande fall eller medicinska tekniska produkter lämnas till sjukgymnast /arbetsterapeut för bedömning. Vid allvarliga avvikelser kontakter verksamhetschefen Masen snarast. Sjuksköterska7 enhetschef kontakter även närstående för att informera om inträffade händelse samt åtgärder.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6*

Enhetscheferna ansvarar för att fastställd blankett alltid fylls i och åtgärdas skyndsamt (detta oberoende av vem som utför själva uppgifterna). Efter handläggning sänds blanketten i original till respektive avdelning. Finns det ett skriftligt underlag (brev, e-post) ska även detta i original bifogas blanketten. Undantag från detta är om det finns en personakt (gäller avdelningarna för socialtjänst och äldreomsorg). Handlingen ska då utan dröjsmål sorteras in i personakten och enbart blanketten sänds till avdelningen. Sjuksköterskorna/ enhetscheferna informerar även vid ankomstsamtal och lämnar blankett till närstående gällande synpunkter och klagomål. Vid klagomål så sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter helst inom samma dag. Årlig redovisning av synpunkter och klagomål följs upp av stadsdelen.

### **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Avvikelser som bedöms som allvarliga hanteras inom 24 timmar. Dessa rapporteras omgående till MAS samt dokumenteras och övriga avvikelser diskuteras i ledningsgrupp, team möten och APT möten.

### **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

---

*För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska säkerställas. Vi kontaktar direkt anhöriga när vi ser att det finns en påtalad risk för vårdskada via telefon/mail. Vi har haft närstående träffar en gång under året.*

*Julhögtiden har firats tillsammans med närstående, boende och personal på våningsplanen.*

---

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Beskriv vilka resultat som har uppnåtts.

**Strukturmått** utgör förutsättningar för att nå definierade mål t ex Stramagruppen, andel personal som utbildats och utbildningens omfattning.

**Processmått** utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar, omfattning av implementering av SKL:s åtgärds paket.

**Resultatmått** speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner, andel patienter med trycksår.

**Måluppfyllelse** dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap: 10&p 3

Frågeställning	Kategori	Antal/år	120201–121231	120201-121231
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	Omv. personal och sskor			Ca.80
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal.Enligt gällande checklista		Totalt antal patienter (vid mättillfälle)	120201–121231	338
Antal vårdskador -fall				15
Vårdrelaterade infektioner				
Trycksår				98
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till patienter med identifierade nutritionsproblem				Ca.180 omvårdnadsplaner, 268 riskbedömningar gällande nutrition
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten				Ca. 30

Antal lex Maria anmälningar under året		120201-121231 0 st		
Lex Sarah		7 st		
Synpunkter och klagomål		11 st		

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Koppargården gick över till kommunal regi från 120201. Vi kommer att arbeta utifrån en fastställd handlingsplan då vi har upptäckt brister i verksamheten så som Vodok dokumentation, riskbedömningar hos patienter samt upprättande av vårdplaner med identifiering av problem, åtgärder och uppföljning samt utvärdering. Vi har planerat utbildningsdagar på respektive våningsplan under mars-13 i basala hygien rutiner. Samt vi kommer att följa hygienrutinen gällande självskattningen och observationer. Se över rutiner mellan leg personal och omvårdnadspersonal

Under året kommer vi att planer utbildningstillfällen till båda omvårdnadspersonal och även legitimerad personal i trycksårs profylax.

Vi kommer att ha utbildning i den kommunala sjuksköterskans roll för att säkerställa sjuksköterskans ansvarsområden. Vi kommer att starta upp kvalitetsråd där legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer går genom avvikelser, klagomål och synpunkter för att arbeta med förbättringsområden.