



Stockholms  
stad

# Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet

2014-02-28

Ann- Christin Nordström och Inger Berglund,  
verksamhetschefer 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   | 6  |
| Risikanalys  | 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

Det vårdhygieniska arbetet pågår kontinuerligt i verksamheten. Verksamheten genomför hygienutbildning i basala hygienrutiner för all nyanställd personal. Arbetet pågår med att upprätta skriftliga rutiner för såromläggning.

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 följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observation 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. 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.

Under 2013 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för en stor del av patienterna men inte alla. Många, men inte alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår har förebyggande åtgärder dokumenterade i journalen. Hygiensköterska från Vårdhygien har genomfört arbetsplatsförlagd utbildning i basala hygienrutiner för all personal även vikarier. I stort sett alla personal tillämpar korrekta hygienrutiner och klädregler. Ingen spridning av smittsamma infektioner har skett under året.

---

## Övergripande mål och strategier

### MÅL 2013

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda för att identifiera riskpatienter.
2. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder vidtagna och dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 25 % av patienterna.
6. Av alla rapporterade avvikelser ska 25 % utredas, analyseras och vidtagna åtgärder dokumenteras.

### 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. Vårdhygiens hygienutbildning genomgås av 100 % av personalen.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
6. Verksamheten upprättar en skriftlig rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.

## 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<sup>1</sup>, 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.

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 2013 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/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. Mätning av andelen upprättade planer med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
3. Mätning av andelen trycksår uppkomna på enheten månadsvis.
4. 1 Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.
- 4.2 Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och självskattning minst en gång per år samt medverka i hygienrond med hygienköterska från Vårdhygien en gång per år.

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

---

4.3 Mätning andel personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång/år.

4.4 Mätning av andel personal som genomgått arbetsplatsförlagd utbildning av hygiensjuksköterska från Vårdhygien en gång per år.

5. Mätning av andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert minst en gång per år.

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

Under 2013 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för flertalet men inte alla patienter. När risker har identifierats har förebyggande åtgärder dokumenterats i en plan i omvårdnadsjournalen för många men inte alla patienter.

Infektionsregistrering har följts varje månad och arbetsplatsförlagd utbildning om urinvägsinfektioner och basala hygienrutiner genomfördes under hösten för all personal med hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

De egenkontroller som har genomförts under 2013 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 av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och självskattning minst en gång per år.

4.2 Analys av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.

4.3 Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.

4.4 Granskning av andelen personal som genomgått arbetsplatsförlagd utbildning om urinvägsinfektioner och basala hygienrutiner en gång per år.

5. Granskning av andelen registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert två gånger per år.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Extern samverkan**

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. I regelbundna samverkansmöten under året, med läkarverksamhetens verksamhetschef, boendets verksamhetschefer och MAS, diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande nivå och

---

på individnivå för att förbygga att vårdskada 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.

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

Chefer och legitimerad personal har regelbundna möten som rör patientsäkerhetsarbetet.

### **Risikanalyser**

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 teammöten/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 76 avvikelser rapporterats enligt följande; 71 fall och 5 läkemedel. Alla utom en läkemedelsavvikelse rör förväxling av patient vid överlämnande av läkemedelsdos.

---

# 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 en anmälan som rör hälso- och sjukvård, inkommit från inspektionen för vård och omsorg (IVO). Inget klagomål eller synpunkt från patient/närstående har 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 personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 0 %.

Andelen personal som genomgått platsförlagd utbildning i verksamheten av hygienköterska från Vårdhygien uppgår till 90 %. Utbildningen omfattade två timmar.

### Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 86 %, för trycksår till 89 % och för undernäring till 77 %.

Andelen personal som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 99 %.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 %.



---

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 0 %. De senaste åren har verksamheten genomfört ett omfattande vårdhygieniskt förbättringsarbete. Med anledning av detta gjordes ingen hygienrond under året i samråd med Vårdhygien.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 0 %.

### **Resultatmått**

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 86 %.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 36 %.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 77 %.

Med anledning av att tidigare hälso- och sjukvårdsindikatorer fasats ut under året och nya fasats in har andelen riskpatienter med förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen har inte kunnat mätas på ett korrekt sätt för 2013.

Vid journalgranskningen 2013 granskades 15 % av omvårdnadsdokumentationen. Granskningen visade att 82 % av patienterna som identifierats med fallrisk, 67 % av patienterna som identifierats med risk för trycksår och 63 % av patienterna som identifierats med risk för undernäring hade förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 6 %.

Andelen patienter med trycksår uppgår till 2 %, vilket motsvarar 2 trycksår.

Andelen trycksår uppkomna på enheten uppgår till 50 %, det vill säga ett trycksår.

Andelen patienter med smittsamma infektioner uppgår till 2 %.

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

### **Måluppfyllelse**

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall har uppnåtts till 90 %, för trycksår till 89 % och undernäring till 82 %.
2. Målet att alla patienter som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen har uppnåtts till 82 %, 67 % och 63 %.
3. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har uppnåtts till 50 %, det vill säga 1 (ett) av två trycksår.
4. Målet att ingen spridning av smittsamma infektioner ska ske har uppnåtts till 100 %.
5. Målet registrera 25 % av riskbedömningar i Senior Alert har inte uppnåtts.

---

## Övergripande mål och strategier för 2014.

Följande kvarstående brist ska vara genomförd senast den sista september 2014:

1. Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring ska vara genomförda för alla patienter.

### 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 % 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 % 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 ApoDos.
8. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utbildar all personal som ska ta emot delegering enligt fastställt utbildningsmaterial och kunskapstest vid nya delegeringar och vid förlängning/omprövning av delegering.