



**Stockholms  
stad**

# Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Älvsjö servicehus

År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-01-11 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	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Risikanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

---

## Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör 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 vård i livets slutskede.

Arbetet med basala hygienrutiner pågår kontinuerligt och en hygienrond har genomförts med hyginsjuksköterska från Vårdhygien.

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. För att förebygga vårdskador samverkar verksamhetschef, medicinsk ansvarig sjuksköterska och sjuksköterska regelbundet med ansvarig läkarverksamhet. Risker och avvikelser hanteras på teammöten varje månad.

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar händelser och risker till ansvarig chef. Verksamheten har en tydlig struktur för hantering av rapporterade risker. Avvikelse 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 2015 har riskbedömning för fall, trycksår och undernäring genomförts för cirka hälften av patienterna. Verksamheten har registrerat hälften av genomförda riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Vården i livets slutskede har registrerats i Svenska palliativregistret för större delen av de patienter som avlidit i verksamheten.

Hälften av personalen har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens har individuellt förskrivna inkontinens hjälpmedel.

---

## Övergripande mål och strategier

### MÅL 2015

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 75 procent av patienterna som samtycker till registreringen
5. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens ska genomföras för 25 procent av patienterna med symtom på detta.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
7. 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.
  - 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 75 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert minst en gång per år.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömning av 25 procent av patienter med blåsdysfunktion/inkontinens minst en gång per år.
6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver individuella inkontinenshjälpmedel för patienter med blåsdysfunktion/inkontinens minst en gång per år.
7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.

### 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.

---

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

---

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 och infektionsregistreringar. Vissa utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, till exempel genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år. Avvikelse 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, 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 genom dokumentationsgranskning 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 smittsamma 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 patienter med symtom på blåsdysfunktion/inkontinens med genomförd riskbedömning med bedömningsinstrument i Vodok en gång per år.
6. Mätning av andelen patienter med blåsdysfunktion/inkontinens med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel en gång per år.

---

7. Mätning av andelen avlidna patienter i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret minst en gång per år.

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

Under 2015 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för cirka hälften av patienterna

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

Infektionsregistreringen har följts och analyserats varje månad. En hygienrond har genomförts med hygiensjuksköterska från Vårdhygien.

Inga trycksår har uppkommit i verksamheten.

Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens har individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.

Verksamheten har registrerat vården i livets slutskede i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret för en stor andel av de patienter som avlidit i verksamheten.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

De egenkontroller som har genomförts under 2015 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 fall, undernäring och trycksår vid dokumentationsgranskning en gång per år
- 2.2. Granskning av andelen 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 patienter identifierade med blåsdysfunktion/inkontinens med genomförda bedömningar en gång per år.
6. Granskning av andelen patienter med blåsdysfunktion/inkontinens med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel en gång per år.
7. 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 och sjukgymnastinsatser 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 händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

MAS sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetschefen, som återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad. Verksamheten har påbörjat arbetet med att ta fram en struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade händelser och risker.

Under året har 115 avvikelser rapporterats enligt följande; 67 fall och 48 läkemedel. Flertalet läkemedelsavvikelser rör utebliven dos.

### **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 50 procent. Utbildningen omfattade cirka 30 minuter.

### Processmått

Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 66 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för trycksår uppgår till 41 procent.

Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 34 procent.

Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda hygienronder uppgår till 100 procent.

Andelen genomförda bedömningar för blåsdysfunktion/inkontinens uppgår till 0 procent.

### Resultatmått

Andelen identifierade riskpatienter för fall uppgår till 79 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för trycksår uppgår till 17 procent.

Andelen identifierade riskpatienter för undernäring uppgår till 50 procent.

I januari början av året övergick Stockholms stad till dokumentation enligt ICF och KVÅ och innebär ett omfattande förändringsarbete som kommer att



---

pågå under flera år. Med anledning av detta granskades endast journaler upprättade från och med januari 2015. 17 procent av journaler granskades. Granskningen visade att flertalet av patienterna som identifierats med risk för fall, trycksår och undernäring saknade förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen.

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall uppgår till 4 procent, vilket motsvarar 3 frakturer.

Andelen patienter med trycksår uppkomna i verksamheten uppgår till 2 procent, vilket motsvarar 1 trycksår.

Andelen patienter som smittats av vårdinfektioner i verksamheten uppgår till 0 procent.

Andelen registrerade riskbedömningar i Senior Alert uppgår till 50 procent.

Andelen patienter med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel uppgår till 100 procent.

Andelen avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret uppgår till 75 procent.

### **Måluppfyllelse**

1. Målet att genomföra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har uppnåtts till cirka hälften.

2.1. Målet att alla identifierade riskpatienter för fall, trycksår och undernäring har förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i journalen har inte uppnåtts.

2.2. Målet att trycksår inte ska uppkomma på enheten har 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 inte riktigt uppnåtts då 50 procent av riskbedömningarna registrerats.

5. Målet att genomföra bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens för 25 procent av patienterna har inte uppnåtts.

6. Målet att alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel har uppnåtts.

7. Målet att registrera vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret har uppnåtts till stor del..

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Följande kvarstående brister ska vara genomförda senast maj 2016:

1. Hälften av alla riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska vara registrerade i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för de patienter som samtycker till registreringen.

2. Hälften av all personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.

3. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Vodok ska genomföras för 25 procent av patienterna.

---

## MÅL 2016

1. Alla patienter som 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. Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens enligt bedömningsinstrument i Vodok ska genomföras för 25 procent av patienterna med symtom på detta.
6. Alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens ska ha individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel.
7. 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.
  - 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 bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens för 25 procent av patienter med inkontinens.
  6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriver inkontinenshjälpmedel individuellt för alla patienter med blåsdysfunktion/inkontinens.
  7. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar vården i livets slutskede för alla patienter som avlider i verksamheten i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret.
-