



# Patientsäkerhetsberättelse för Dianagården 2015

2016-02-10

**Carina Stenbaek**  
Verksamhetschef

---

---

## 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
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Risikanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

---

## Sammanfattning

För att öka patientsäkerheten och de boendes delaktighet i sin vård och omsorg på Dianagården har hälso- och sjukvård och omsorgspersonal bedrivit sitt arbete utifrån ett hälsofrämjande, riskförebyggande och personcentrerat synsätt.

Med hjälp av resultat från riskbedömningar har personalen vidtagit åtgärder, som följts upp och vid behov ändrats för att minimera de boendes risker för undernäring, fallolyckor och trycksår. Personalen har rapporterat avvikelser som inträffat i verksamheten. Avvikelser, de boendes och närståendes synpunkter och klagomål har bedömts och analyserats i verksamhetens kvalitetsråd samt uppföljning på arbetsplatsträffar. Vid behov har åtgärder vidtagits av hälso-och sjukvårdspersonal, personalen och verksamhetschefen för att förbättra kvaliteten, säkerheten av vården och omsorgen. Återkoppling till de boende och närstående om kvalitetsrådets beslut har skett skyndsamt enligt rutinerna. Ingen känd smittspridning har skett under året. En anmälan enligt Lex Maria är gjord. Vi registrerar i och använder oss av kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD samt Svenska Palliativa registret.

Verksamhetschefen tillsammans med hälso-och sjukvårdspersonalen har genom uppdaterat ledningssystem, interna utbildningar och kontunerliga samverkansmöten informerat omsorgspersonalen i kvalitets- säkerhets- och utvecklingsarbetet för att säkerställa en god och värdig vård och omsorg för de boende.

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan och kontaktmannen stöttat den boendes förmåga att uttrycka sin önskan om hur vården och omsorgen ska genomföras för att uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet. För att bättre uppmärksamma och förstå den boendes önskingar och behov prioriterar personalen den närståendes medverkan.

Utifrån riskbedömningar och ställningstagande för risk för undernäring görs kontinuerliga viktkontroller, både vid ordination och vid behov.

Nattpersonalen serverar vid behov eller på ordination näringsdryck eller nattmål till de boende, det är en föredömlig metod för att förhindra för lång nattfasta.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Dianagårdens patientsäkerhetsarbete utgår ifrån hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och andra berörda lagar och förordningar samt berörda föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.

*Målsättning från Kommunfullmäktige 2015*

Alla äldre har en trygg ålderdom och få en äldreomsorg av god kvalitet

*Staddelsförvaltningens nämndmål: 2015*

Äldre är trygga och äldreomsorgen präglas av god kvalitet

*Dianagårdens målsättning 2015*

Hälso- och sjukvården på Dianagården är säker och av god kvalitet.

*Strategier*

På Dianagårdens vård och omsorgsboende bedrivs ett systematiskt arbete med att förebygga undernäring, fallolyckor och trycksår och riskbedömningar inom dessa områden görs minst en gång per år. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål bedöms och analyseras i verksamhetens kvalitetsråd, multiprofessionella möten, avdelningsmöte och arbetsplatsträffar. MAS genomför en uppföljning av verksamhetens hälso- och sjukvård en gång per år. MAR följer samtidigt upp rehabiliteringen och sina ansvarsområden av medicintekniska produkter och fallprevention.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

*Stadsdelsnämnden* har det yttersta ansvaret för en god och säker hälso- och sjukvård inom nämndens verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

*Verksamhetschefen* för hälso- och sjukvård 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ansvarar för att

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet
- vården är av god kvalitet och kostnadseffektiv
- upprätta ett lokalt kvalitetsledningssystem med rutiner som implementeras och tillämpas i verksamheten
- enhetschef och samtlig personal inom berörd verksamhet informeras om MAS och MAR regler
- lokala rutiner upprättas utifrån MAS/ MAR regler
- identifiera risker, problem och resurser i verksamheten med åtföljande åtgärder och förstärkningar
- genom egenkontroll följa upp och utveckla kvaliteten och ett forum för kvalitetsarbete samt formulera kvalitetsmål
- personalen har rätt kompetens

- 
- och att kompetensen upprätthålls och utvecklas

*Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)* bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boenden och dagverksamheter.

*Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)* ansvarar inom de områden som i huvudsak berör rehabilitering.

*Hälso- och sjukvårdspersonalen* ansvarar förutom sitt sedvanliga yrkes- och befattningsansvar dessutom för att

- inom sitt yrkesutövande följa de regler och rutiner som finns inom verksamhetens hälso- och sjukvård och omsorg
- rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt utreda, åtgärda och följa upp avvikelsen
- delta i riskinventering, förbättrings- och utvecklingsarbete
- delta i upprättande av det lokala kvalitetsledningssystemet
- delta i egenkontrollen för att följa upp att verksamheten uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och andra tillämpliga lagars och före-skrifters intentioner

*Omsorgspersonalen* ansvarar för att följa hälso- och sjukvårdspersonalens ordinationer och instruktioner gällande de boendes/patienternas vård och omsorg samt genom delegering genomföra hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt berörda lagar, föreskrifter, regler och rutiner och medverka till en hög patientsäkerhet.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

### *Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen*

En kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelshantering genomförs av legitimerad specialistutbildad farmaceut för att säkra hanteringen av de boendes läkemedel och deras läkemedelsbehandling utifrån läkarens ordinationer. Dock har genomgången för 2015 skjutits fram till 2016 01 27

### *Tvärprofessionell samverkan på våningsplanen i verksamheten*

Varje vecka har verksamheten tvärprofessionella team möten på varje våningsplan där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktmannen och arbetsterapeut och fysioterapeut deltar. Syftet med mötena är att varje boendes resurser, eventuella risker och problem ska uppmärksammas, åtgärdas och följas upp med fokus på den personcentrerade vården och omsorgen.

### *Verksamhetschefens dagliga möten med all personal*

Verksamhetschefen har som rutin att varje morgon träffa både omsorgs- och hälso- och sjukvårdspersonalen ute på varje våningsplan för att lyssna och vid behov stödja dem i vård- och omsorgsarbetet. Dessa möten bidrar till verksamhetschefens kvalitets-säkring av det lokala kvalitetsledningssystemet och viktig kännedom om de boendes och personalens vardag.

---

### *Kvalitetsråd*

Verksamheten arbetar med egenkontroll genom sitt tvärprofessionella kvalitetsråd som består av kvalitetsombud från varje våningsplan, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och verksamhetschefen. De träffas varannan månad och bedömer alla avvikelser, klagomål och synpunkter samt vidtar åtgärder vid behov och följer upp detta. Återkoppling sker till berörd personal, boende och närstående samt på APT arbetsplatsträffen. Genom att deltagarna i kvalitetsrådet hanterar alla avvikelser arbetar de också med analyser och försöker identifiera dolda risker och mönster för att kunna vidta rätt åtgärder och förbättra säkerheten och kvaliteten för de boende.

### *Hälso- och sjukvårdsegenkontroller*

Analys och utvärdering efter extern läkemedelsgenombgång, loggkontroller samt narkotikakontroller sker på sjuksköterskemöte.

### *Analys och utvärdering*

Verksamhetschefen ansvarar för analys och utvärdering av resultatet för övriga egenkontroller tillsammans med deltagarna i den lokala kvalitetsgruppen.

### *Årlig uppföljning av MAS/MAR*

Varje år genomför MAS och MAR en omfattande uppföljning av hälso- och sjukvården och ansvarsområden inom rehabilitering, medicintekniska produkter och fallprevention.

### *Registreringar i kvalitetsregistren*

Registreringar i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD registret Svenska Palliativa registret.

### *Vårdhygien*

Avtal finns med Vårdhygien som innebär ett nära samarbete angående rådgivning, utbildning samt hygienronder som genomförs varje år.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Under 2015 har verksamheten arbetat med kontinuerligt patientsäkerhetsarbete, har därför fokuserats på att bygga upp en kompetent bemanning i sjuksköterskegruppen fyra nya sjuksköterskor, dagtid har rekryterats.

Sjukgymnastens och arbetsterapeutens arbetsområden har förtydligats med fokus på yrkes- och befattningsansvaret.

För att öka omsorgspersonalens delaktighet och engagemang har olika arbetsgrupper bildats inom områdena kost, inkontinens, hygien och aktiviteter.

---

Kvalitetsråd arbetar tillsammans med representant av undersköterska eller vårdbiträde från varje boendeenhet, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal samt verksamhetschefen. Rådet träffas sex gånger per år och alla avvikelser, egenkontroller, synpunkter och klagomål bedöms, analyseras, åtgärdas samt följs upp. Återkoppling sker till övrig berörd personal på team möten.

Viss återkoppling om specifika händelser och beslut sker på arbetsplatsmöten. De boende och deras närstående får också återkoppling på för dem berörda delar från kvalitetsrådet genom sjuksköterskans eller verksamhetschefen.

Dokumentation pågår kontinuerligt i ICF journalhantering i VODOK av hälso- sjukvårdspersonal. Övriga incidentrapporter registrear i programmet Risk. MAS kontaktas omedelbart vid allvarlig vårdskada och för rapportering och konsultation i olika avvikelsefrågor.

Samverkan med läkarorganisationen Legevisiten, närstående mm.

Utbildningar internt och i stadens regi; Demens registret BPDS, basala hygienrutiner, förflyttningsutbildningar.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

I verksamheten samverkar alla personalkategorier i tvärprofessionella team kring den boende för att stärka de individuella resurserna och förebygga vårdskador.

Sjuksköterskorna är noga med att inhämta information från slutenvården och primärvården vid den boendes inskrivning framförallt en uppdaterad läkemedelslista. Sjuksköterskorna uppdaterar omsorgspersonalens delegeringsbeslut och följer upp personalens kunskaper om den delegerades medicinska arbetsuppgifter.

Förflyttning med personlyft, utskrivning från slutenvården och läkemedelshantering är områden med många aktiviteter som utförs av olika personalkategorier som ska samverka för att den boende ska få en säker vård och omsorg.

All personal har fått utbildning av sjukgymnasten eller arbetsterapeuten i förflyttningsmetodik och utbildning i läkemedelshantering av sjuksköterskorna.

Verksamheten samverkar med landstingets Tandvårdsenhet gällande de årliga kostnadsfria munhälsobedömningarna för alla boende på Dianagården av legitimerad tandhygienist. OAS utfärdar också tandvårdsstödsintyg i landstingets dataprogram U-symfoni för boende med behov av nödvändig tandvård.

---

Regelbundna kostråd med kostombuden från varje enhet tillsammans med matleverantören

Anhörigsamverkan vid välkomstsamtal och anhörigmöten. I stadsdelen finns anhörigkonsulent.

Bedömningsinstrument för ställningstagande till risk för undernäring.

Utifrån kontinuerliga riskbedömningar görs viktkontroller. Nattpersonalen serverar vid behov eller på ordination näringsdryck eller nattmål till de boende. Det är en föredömlig metod för att förhindra lång nattfasta.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskanalys har upprättats inför årets sommarbemanning.

Riskanalys genomförs för varje nyinflyttad boende enligt en ny framtagen rutin under året.

Hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar dagligen med riskbedömningar för att förebygga vårdskador för de boende framförallt inom områdena nutrition, fallolyckor och trycksår. De boende och deras närstående är viktiga samarbetspartners i detta arbete.

Rutin och blanketter för hur riskanalyser ska genomföras och dokumenteras har tagits fram under året.

På det lokala kvalitetsrådet leder allvarliga avvikelser till att riskanalys genomförs.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Vid vårdskada eller risk för vårdskada dokumenterar hälso- och sjukvårdspersonalen händelsen i den digitala avvikelsemodulen i journalsystemet VODOK. Åtgärder och uppföljning av eventuella sår, smärtor, bristande läkemedelshantering eller andra konsekvenser av till exempel fallolyckor är dokumenterade i journalen under Status och under Åtgärder.

Händelsen åtgärdas och utreds och rapporteras till verksamhetschefen. Vid allvariga händelser kontaktas MAS/MAR.

Uppföljningen med verksamhetens avvikelser sker i kvalitetsrådet, arbetsteamet samt på arbetsplatsträffar.



---

## **Klagomål och synpunkter**

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

Dianagården har en rutin i sitt ledningssystem som beskriver hur klagomål och synpunkter ska hanteras.

Klagomål som inkommer omhändertas skyndsamt. Problem löses i nära samråd med den enskilde.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §*

Sammanställningen av inkomna klagomål sker inför att kvalitetsrådet sammanträder, varannan månad samt årsvis.

Analys och åtgärder för att säkra kvalitén diskuteras och beslutas i kvalitetsrådet. Dokumentation sker i minnesanteckningarna från kvalitetsrådet. Efter utredning återkopplas resultatet till berörda parter.

MAS blir alltid inkopplad i allvarliga hälso- och sjukvårdsfrågor. En händelse som resulterade i en vårdskada ledde till en Lex Maria anmälan.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Vid inflyttningen har den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan (OAS) och kontaktmannen ett välkomstsamtal med den boende och dennes närstående.

En informationsfolder överlämnas om enheten och muntlig information ges om våningsplanet och där det bland annat framgår till vem den boende och dennes närstående ska vända sig med olika frågor.

OAS gör en preliminär bedömning av den boendes behov och önskemål av vården och frågor om eventuella allergier, läkemedel och sjukdomar samt vilka önskemål den boende har beträffande mat och måltider. Vid samtalet med den boende använder sjuksköterskan en vetenskapligt beprövad lista med sökord som tillhör den medicinska journalens anamnes och status.

Sjukgymnasten bedömer den boendes förflyttningsförmåga och arbetsterapeuten den boendes behov av hjälpmedel- ADL.

Kontaktmannen upprättar en temporär genomförandeplan tillsammans med den boende och eventuellt dennes närstående. I samband med detta görs en riskanalys för att säkra omvårdnaden för den boende.

Hälso- och sjukvårdspersonlen informerar också om fallpreventiva åtgärder som rätt säng, larmmatta, madrass, höft-skyddsbyxor, betydelsen av att helst undvika mattor i sin lägenhet och lösa kablar samt vikten av en bra belysning.

Närstående erbjuds efter samtycke från den enskilde delta vid vårdplaneringsmötet vid inflyttningen samt att få information vid förändrat hälsotillstånd samt brytpunktsamtal vid vård i livets slut.

---

Inom 14 dagar efter inflyttning bjuder OAS in den boende och om boende önskar även den närstående till ett hälsosamtal. Om den boende inte kan föra sin egen talan ska alltid närstående eller legal företrädare delta. Vid mötet deltar alltid den boendes kontaktman och arbetsterapeut och fysioterapeut. Samtalet förs utifrån ett hälsofrämjande perspektiv där den boendes resurser är i fokus och den boendes egen syn på sitt hälsotillstånd. Vid mötet diskuteras även de riskbedömningar som OAS genomfört efter inflyttningen gällande den boendes status av nutrition, fallolyckor och trycksår och förslag på planerade åtgärder vid identifierade risker, en riskanalys görs. De standardiserade bedömningsinstrument som OAS använder är:

MNA = Mini Nutritional Assessment, instrument för bedömning av risk för malnutrition.

Norton = Modifierad Nortonskala, instrument för bedömning av risk för trycksår

DFRI = Downton Fall Risk Index, instrument för bedömning av risk för fallolyckor.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### *Läkemedelsgenomgång*

Samtliga nyinflyttade har fått en genomgång av sina läkemedel under året. Vid varje läkemedelsförändring görs en genomgång av läkemedlen för den enskilde.

### *Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering*

Har genomförts i januari 2016. Åtgärder enligt åtgärdsplan från apotekare pågår.

### *Läkemedelsavvikelser*

Läkemedelsavvikelser rapporteras i journalsystemet Vodok och manuell rapportering. Under 2015 har 330 ärenden rapporterats, de flesta handlar om uteblivna signeringar. Under året har ett systematiskt kvalitetsarbete genomförts för att minska uteblivna signeringar.

### *Fallolyckor*

59 fall inträffade under året och i de flesta fall ledde till skada för den enskilde. Det finns åtgärdsprogram för de boende som har stor fallrisk.

### *Ledningssystem*

Kvalitetssystemet har uppdaterats och lokala rutiner för hälso- och sjukvården har genomgått en reviderats under året.

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

Fortsatt fokus på att öka kunskap och utveckling av dokumentationen i den nya ICF-journalen samt öka registreringar i de nationella kvalitetsregistren.

Omsorgspersonalen ska delta i utbildning i läkemedelshantering samt vårdhygien.

---

Implementera kvalitetsledningssystemet i huvudsak med focus på riskhantering och förebyggande arbete.

För att förebygga och förhindra smittspridning ska arbetet med infektionsregistrering och registrering av inträffade fall intensifieras.

Hygienrond och uppföljning av följsamheten till basala hygienrutiner genom egenkontroll ska genomföras under året.