



# Patientsäkerhetsberättelse för äldreomsorgen i Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning

År 2016

Mikael Ilberg

Enhetschef

---

---

## 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	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Risikanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	8

---

## Sammanfattning

Spånga-Tensta stadsdelsnämnd ansvarar för den hälso – och sjukvård som bedrivs på Tensta servicehus och dagverksamheten Hedvig.

Patientsäkerhetsarbetet har under föregående år bedrivits enligt regler och etablerade rutiner baserade på hälso– och sjukvårdslagen. I patientsäkerhetsarbetet ingår särskilt att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador, utföra riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt att anmäla händelser som hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har uppdaterats och processledaren har utbildat och handlett sjuksköterskan i dokumentation.

Äldre och deras närstående har haft möjlighet att lämna synpunkter på patientsäkerhetsarbetet

På stadsdelsnämnden den 27 oktober fattades beslut om att avveckla Tensta servicehus. Avvecklingen har gått mycket bra och beräknas vara slutförd under mars månad 2017.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Spånga-Tensta stadsdelsnämnd ansvarar för att den hälso- och sjukvård som bedrivs på verksamheterna är av god kvalitet. Patienterna ska erbjudas en trygg, säker och lättillgänglig vård med god kontinuitet. Nämnden ansvarar för patientsäkerheten. Vården ska bedrivas med respekt för personens integritet och självbestämmande. Boende och närstående ska involveras i vården.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

*SFS 2010:659, 3 kap. 9§ och SOSFS 2011:9, 7 kap, 2§, p1*

**Stadsdelsnämnden** ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Stadsdelsnämnden ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en trygg och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Som en viktig del av detta ska stadsdelsnämnden bedriva ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Nämnden ansvarar också för att anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

**Äldreomsorgschefen** ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar och författningar. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

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

**Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR)** är komplement till MAS och ansvarar inom de områden som i huvudsak berör rehabilitering.

MAS/MAR utarbetar riktlinjer och rutiner samt följer upp att dessa efterföljs. MAS/MAR informerar också ledning och verksamheterna om förändringar i lagstiftning eller andra övergripande förändringar i bestämmelserna som berör hälso- och sjukvård.

MAS/MAR medverkar i utarbetandet av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt deltar i riskinventeringar och förebyggande åtgärder.

MAS/MAR har delegering från nämnden att göra anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en vårdtagare i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk för allvarlig skada.

**Enhetschefen** ansvarar för att patientsäkerhetsarbete och kvalitetsarbete utförs och följs enligt hälso- och sjukvårdens regler och rutiner. Enhetschefen ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk anmäls till ledningen och Socialstyrelsen.

**Hälso- och sjukvårdspersonal** skall bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att följa de regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal skall dokumentera i omvårdnadsjournaler och till MAS, MAR

---

och enhetschef rapportera risker och händelser/avvikelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada liksom också utföra riskbedömningar för fallolyckor, trycksår och undernäring enligt givna mallar.

**Omvårdnadspersonal** har skyldighet att följa de regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2§*

Uppföljningar av verksamheternas arbete och måluppfyllelse sker i enlighet med av Stockholm Stads utarbetade mallar och omfattar såväl spontana som planerade personliga besök, granskning av dokumentation och intervjuer.

Stadens program och mallar för journalföring, dokumentation och rapportering utvecklas kontinuerligt. Det är därför angeläget att kompetensnivåer vad avser dessa rapport- och dokumenteringssystem hos all personal kontinuerligt upprätthålls.

En processledare har haft uppdrag i Tensta servicehus att utbildat och handleda i dokumentationsspråket ICF.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

MAS och MAR har kontinuerligt besökt verksamheten för att följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser. En processledare har under hösten utbildat och handlett hälso- och sjukvårdspersonal i dokumentation. Processledaren tillsammans med sjuksköterskan genomfört en egenkontroll av dokumentationen i enlighet med ledningssystemet. Egenkontrollen identifierade kvarstående utvecklingsområden som processledare och sjuksköterska kommer fortsätta arbeta med.

Enheten registrerar regelbundet infektioner och ordinerad antibiotikabehandling. Det är ett kvalitetssystem för att inte antibiotika ska ordineras i onödan. Förvaltningen har avtal med landstingets enhet för vårdhygien.

Samarbetet med läkarorganisationen är välfungerande och regelbundna samverkansmöten har hållits. Läkarorganisationen har också ansvar för jourläkarverksamheten på enheten. Årliga läkemedelsgenomgångar har utförts.

Enheten är ansluten till Svenska Palliativregistret, ett nationellt kvalitetsregister för utveckling av vården i livets slutskede.

På servicehus utförs riskbedömningar för fallolyckor, trycksår och undernäring på boende som är registrerade i hemsjukvården och vid behov.

- *Implementering av socialtjänstens ledningssystem (SOSFS 2011:9).*

---

### *Implementering har huvudsakligen rört SoL*

- *Boende och närstående har ytterligare involverats i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete i servicehuset.*
- *Ökad kunskap hos omsorgspersonalen genom kompetenshöjning. Personalens kompetens har diskuterats på arbetsplatsen, på APT och vikten av kompetenshöjande utbildningar är väl planterade hos samtlig personal.*
- *Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har genomförts gällande dokumentation har genomförts av processhändare till ansvarig Ssk.*

### **Uppföljning genom egenkontroll**

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

Avvikelse tas upp och går igenom på arbetsplatsträffar. Inkomna synpunkter och klagomål rapporteras till nämnden två gånger per år.

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

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

Samverkansmöten med verksamhetsföreträdare från primärvården, primärvårdsrehabilitering, psykiatri och andra aktörer i närområdet hålls vid behov. Samverkansmöten med Brommageriatriken och S:t Görans sjukhus om samarbete och rutiner, sker en gång per termin. På alla samverkansmöten är avvikelshantering en stående punkt på dagordningen.

### **Risikanalyser**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

En god och säker hälso- och sjukvård innebär bland annat att vårdskador förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete. I ansvaret ingår att arbeta med riskbedömningar för att förebygga särskilt fallolyckor, undernäring och trycksår.

Hälso- och sjukvårdspersonalen gör alltid ett hembesök hos nyinflyttade. Om behov föreligger, utför sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast riskbedömningar inom fjorton dagar sedan den boende flyttat in också på servicehus. För att mer systematiskt arbeta med åtgärdsplaner och uppföljningar har det nationella kvalitetsregistret Senior Alert införts på verksamheten. Senior Alert innebär ett arbetssätt där riskbedömningar med åtgärdsplaner och uppföljningar utförs systematiskt

---

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Vid händelse/avvikelse som skulle kunna medföra en vårdskada eller risk för vårdskada skall omvårdnadspersonalen omedelbart kontakta tjänstgörande sjuksköterska och dokumentera händelsen. Hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer händelsen samt vidtar nödvändiga åtgärder. Händelsen/avvikelsen dokumenteras och rapporteras till MAS, MAR och enhetschef. Tillsammans med enhetschef vidtas åtgärder för att förhindra att händelsen upprepas. Sjuksköterskan informerar patient och närstående om händelsen.

Ansvarig chef och legitimerad personal ansvarar för att avvikelsen återkopplas till verksamheten.

Om händelsen leder till en vårdskada görs en Lex Maria anmälan. Ingen Lex Maria anmälan har gjorts under 2016.

### Avvikelsestatistik

Händelse/avvikelse	Tensta servicehus 45 boende 2014	Tensta servicehus 42 boende 2015	Tensta servicehus 38 boende 2016
Fallolycka	19	9	1
Sårskada/fraktur	2	2	0
Brister i omvårdnad	0	0	0
Brister i vårdkedjan	0	0	1
Medicintekniska produkter MPT	0	0	0

År 2016 har antal boenden i servicehuset gått ner pga intagningsstopp och avveckling av servicehuset, därav få antal avvikelser.

### Hantering av klagomål och synpunkter

#### **Klagomål och synpunkter**

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

När ett klagomål eller synpunkt som avser hälso- och sjukvård inkommer till förvaltningen, vidarebefordras anmälan till MAS eller MAR som i sin tur kontaktar anmälaren. I samverkan med enhetschef och involverad personal genomförs en utredning. Om så önskas sker en återkoppling till vederbörande. Alla klagomål och synpunkter diarieförs.

---

## Sammanställning och analys

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Alla klagomål och synpunkter som inkommer till stadsdelsförvaltningen lämnas för registrering. Sammanställning av klagomål och synpunkter rapporteras till stadsdelsnämnden två gånger per år.

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Boendes och anhörigas erfarenheter och synpunkter är viktiga för utvecklingen av verksamheten. Viktiga ingångar för berörda synpunkter är broschyrer och hemsidor från Stockholm Stad, vilka inbjuder till åsikter av och om verksamheten. Viktiga kontaktytor mellan vårdgivaren och de boende är servicehusets förtroenderåd, öppna träffpunkten Elin i Tensta samt den öppna träningslokalen Gymmet. Naturligtvis är de dagliga mötena mellan personal, boende och närstående viktiga mötespunkter. Boendes och närståendes delaktighet i utveckling av vårdkvalitet och patientsäkerhet kan alltid utvecklas. Förtroenderådet har träffats har träffats vid fyra tillfällen under året.

**Lokala pensionärsrådet** delges protokoll och hålls informerade om förändringar i lagstiftning och regelverk. Rådet fungerar som en viktig remissinstans för handlingar och yttranden som angår deras intresseområden. Pensionärsrådet har därför en betydande funktion som länk mellan myndigheten och verksamheterna.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsarbetet skall fortsättningsvis fokusera på en god och säker informationsöverföring i samband med att verksamheten avvecklas 2017 och patienterna flyttar till andra boenden.