



# **Patientsäkerhetsberättelse för Kista servicehus, Rinkeby vård- och omsorgsboende och Akalla vård- och omsorgsboende**

## 2017

### **Februari 2018**

---

Hossein Ahmadian, enhetschef

---

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
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
Riskanalys .....	6
Uppföljning genom egenkontroll.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
<b>Hantering av klagomål och synpunkter .....</b>	<b>8</b>
<b><u>Övergripande mål och strategier för kommande år .....</u></b>	<b><u>10</u></b>

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

Patientsäkerheten har följts upp genom samverkan och avvikelserapportering enligt gällande rutiner. Det system för egenkontroll som togs fram 2015 har utvecklats vidare. En viktig åtgärd för att öka patientsäkerheten är strukturerade och regelbundna tvärprofessionella teammöten.

Risikanalyser och bedömningar har gjorts i förebyggande syfte för att minimera att vårdskador uppstår. Ett allmänt preventivt arbete med fokus på att förhindra fallskador, trycksår och undernäring har genomförts och dokumenterats under året.

Hälso- och sjukvårdspersonal i stadsdelsförvaltningens verksamheter har genom tydliga och kända rutiner systematiskt rapporterat och analyserat risker, tillbud och negativa händelser.

Äldre och deras närstående har kontinuerligt getts möjlighet att lämna synpunkter på patientsäkerhetsarbetet och har, när så skett, fått återkoppling enligt de rutiner som finns i verksamheten. Äldre och deras närstående har fått information om hur risker i vårdmiljön kan förhindras.

---

## Övergripande mål och strategier

Målet för patientsäkerhetsarbetet har under året varit att ge säker hälso- och sjukvård för äldre boende på Rinkeby vård- och omsorgsboende samt Kista servicehus. Från oktober 2017 drivs även Akalla vård- och omsorgsboende i kommunal regi. Fokus har varit att utveckla det förbyggande syn- och arbetssättet hos alla medarbetare för att undvika att vårdskador uppstår.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren, i detta fall stadsdelsnämnden, ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Stadsdelsnämnden har både kommunala och entreprenörsdrivna verksamheter. Nämnden har det yttersta ansvaret för samtliga enheter.

Avdelningschef, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) ansvarar för uppföljning av alla verksamheter som har ett hälso- och sjukvårdsuppdrag. De har delegation från stadsdelsnämnden att göra anmälan enligt Lex Maria till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) om en person i samband med vård och behandling riskerat, eller har förorsakats, allvarlig vårdskada.

Stadsdelsnämnden i Rinkeby-Kista har utsett enhetschefen för utförarenheten inom äldreomsorgen till verksamhetschef för kommunens hälso- och sjukvård inom verksamhetsområdet. Verksamhetschefen ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och riktlinjer samt att MAS/MAR:s rutiner är kända i verksamheten och efterföljs. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och personalbemanning är optimal för att en god och säker vård ska kunna säkerställas. Dessutom ansvarar verksamhetschefen för att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten till IVO.

Hälso- och sjukvårdspersonal; vilket innefattar sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter, ansvarar för att en hög patientsäkerhet upprätthålls, samt är skyldiga att rapportera risker och händelser till verksamhetschef, MAS/MAR.

I omvårdnadspersonalens ansvar ingår att följa riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvård. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att ha ett förbyggande syn- och arbetsätt, och rapportera risker och händelser till verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal.

---

En dietist finns att tillgå i arbetsteamet och kan konsulteras vid behov gällande individärenden. Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har fått individuell handledning gällande enskilda boende med främst risk för undernäringssjukdom. För att öka kompetensen hos medarbetarna har dietisten under året haft åtta utbildningstillfällen för vårdpersonal om nutrition. Nutritionsrutiner har utarbetats och uppdaterats i samråd med stadens dietister och MASar samt implementerats i verksamheten. Varje avdelning har även ett kostombud med ansvar att kontinuerligt genomföra egenkontroller för att säkerställa korrekt förvaring och hantering av livsmedel.

På vård- och omsorgsboendena finns hygienombud utsedda. De ansvarar för att gällande hygienrutiner följs. All personal har även fått utbildning i hygienrutiner som ett led i att förhindra smittspridning. Under år 2018 ska en hygienrund genomföras på Kista servicehus. Dessutom finns också inkontinensombud som ansvarar för beställning av inkontinenshjälpmedel.

Från oktober månad drivs Akalla vård- och omsorgsboende i kommunal regi. Ett arbete har pågått där med att implementera rutiner som överensstämmer med de som används i Rinkeby Vård- och omsorgsboende och Kista servicehus.

På Kista servicehus har sjuksköterskor bedrivit uppsökande verksamhet till de boende som inte har någon hemsjukvård eller hemtjänst. Syftet är att upptäcka ej kända behov av hemsjukvård eller hemtjänst.

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

Ett kvalitetsråd bestående av verksamhetschef, MAS/MAR, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, utredare, dietist och representant från omvårdnadspersonalen träffas månatligen med syfte att gå igenom samtliga inkomna avvikelser.

Risk- och avvikelsehantering är en del i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. De inkomna avvikelserna utgör underlag för att förbättra rutiner och därmed säkerställa patientsäkerheten.

Verksamheterna är anslutna till Svenska palliativregistret som är ett nationellt kvalitetsregister för utveckling av vård i livets slutskede. I detta registreras vidtagna insatser i livets slut. Registret avser att tillförsäkra alla människor en värdig och välfungerande vård vid livets slut och att närstående erbjuds stöd. Under året har 13 stycken av omvårdnadspersonalen deltagit i en tredagars utbildning som palliativa ombud. Dessa personer arbetar både på vård- och omsorgsboendena, servicehuset samt hemtjänsten. Även samtliga sjuksköterskor och paramedicinare

---

har deltagit i utbildningen som ett led i att stärka teamkänslan.

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

Under året har ansvarig läkare genomfört årliga läkemedelsgenomgångar inom Rinkeby vård - och omsorgsboende samt på Kista servicehus. De årliga munhalsbedömningarna har genomförts vid Rinkeby vård- och omsorgsboende.

Kvalitetsrådet träffas en gång per månad, inträffade avvikelser går igenom. Förbättringsåtgärder och nya rutiner arbetas fram för aktuella händelser.

Omvårdnadspersonal har fått återkoppling på inkomna avvikelser med vidtagna åtgärder på APT-möten en gång i månaden. Deras erfarenheter och förslag till åtgärder har tagits till vara. Risker i verksamheten har lyfts fram.

## **Riskanalys**

För att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador har regelbundna riskbedömningar genomförts vid samtliga enheter. Alla äldre riskbedöms vid inflyttning till vård- och omsorgsboende och vid behov även servicehus. För att identifiera risker sker registreringar i Senior Alert, ett nationellt kvalitetsregister som används för att identifiera risk för fallolyckor, trycksår och undernäring. Förebyggande åtgärder sätts in när fallrisk identifierats. Riskbedömningar görs även för behov av skyddsåtgärder både på individnivå och utifrån ett verksamhetsperspektiv. Åtgärder dokumenteras och följs upp i boendes journal. Vid inflyttning görs även en bedömning av behov av inkontinenshjälpmedel, munhälso- och ADL-status. Infektionsregistrering genomförs kontinuerligt i syfte att undvika slentrianmässig antibiotikaanvändning.

Verksamheten gör även risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser. Riskernas storlek bedöms utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande. Åtgärder vidtas och följs upp.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

Behov av att utveckla former för egenkontroll har identifierats under året. Ett system som ska tydliggöra verksamhetens egenkontroll har utvecklats och en mall är utarbetad under året. Systemet bygger på indikatorer som ska vara lätta att mäta och följa upp. Egenkontroller görs regelbundet av medicinhantering, dokumentation och hygienrutiner. Rutiner för egenkontroller ska utvecklas ytterligare under

---

2018.

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

*Lokal samverkan* med alla vårdcentraler som finns i stadsdelsområdet har skett genom kontinuerliga möten under året. Studiebesök har genomförts på olika verksamheter i området i syfte att öka och dela kunskap om gemensamma målgrupper. Samverkansgruppen planerar för fortsatt omvärldsbevakning. Vid lokal samverkan diskuteras övergripande och generella frågor. Vid behov av att samverka kring enskilda individärenden görs detta huvudsakligen med vårdcentral och MAS/MAR som representant från stadsdelsnämnden.

*Samverkansmöten* med S:t Görans sjukhus och Brommageriatriken har genomförts kontinuerligt. MAS/MAR samt representanter från beställarenheten har deltagit från stadsdelsnämndens sida. Syftet har varit att diskutera gemensamma problem, ta upp förbättringsåtgärder utifrån inkomna avvikelser samt dela information mellan sluten- och öppenvård samt kommun.

Ett *samarbete* mellan stadsdelsnämnden, lokala vårdcentraler, primärvårds rehab samt minnesmottagningen på Brommageriatriken påbörjades 2015 och har fortsatt under året. Samarbetet innebär bland annat regelbundna möten en gång per termin. Ett gemensamt samverkansprogram för demenssjuka har i samarbete tagits fram. Syftet med programmet är att medverkande aktörer ska samverka för att ge demenssjuka en god utredning, trygg och säker behandling samt omvårdnad i demenssjukdomens alla stadier.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att dokumentera hälso- och sjukvårdsavvikelser. Inkomna avvikelser har sammanställts en gång per månad samt redovisats i kvalitetsrådet. Om en allvarlig avvikelse har inträffat i verksamheten ansvarar hälso- och sjukvårdspersonal för att omgående kontakta verksamhetschef samt MAS/MAR. Vid avvikelserapportering mellan den egna verksamheten och landstinget, vanligtvis S:t Görans sjukhus och Bromma geriatriken, informeras MAS/MAR. Avvikelsen skickas till samordnaren i landstinget som ansvarar för avvikelshantering, svaret skickas därefter till MAS/MAR som sedan återkopplar till verksamheten. Om avvikelsen kommit från landstinget skickas den direkt till MAS/MAR, som har ansvar för att utreda och besvara den.

---

## Hantering av klagomål och synpunkter

### Klagomål och synpunkter

1. Alla klagomål och synpunkter som inkommer dokumenteras på avsedd klagomålsblankett och lämnas till verksamhetschef.
2. Verksamhetschef skickar omgående blanketten vidare för diarieföring hos stadsdelsförvaltningens registrator. Kopia sparas i pärm och i eventuell personakt.
3. Klagomålet utreds av verksamhetschef tillsammans med berörd personal. Åtgärd/åtgärder diskuteras så snart som möjligt på arbetsplatsträff, APT. Om behov finns skapas nya rutiner för att undvika upprepning av klagomålet 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 och analys av inkomna klagomål och synpunkter görs till varje tertial.

Det har under 2017 inte inkommit några klagomål från brukare och närstående på verksamheten som tydligt kan kopplas till patientsäkerheten.

Två klagomål angående brister i rehabilitering har inkommit under året. De gäller att boende fått för lite hjälp med aktivering och gångträning. Båda klagomålen avser boende på Akalla vård- och omsorgsboende.

### Sammanställning och analys

Det lokala kvalitetsrådet sammanställer och analyserar inkomna klagomål och synpunkter i syfte att tidigt identifiera eventuella mönster eller trender som skulle kunna indikera brister i verksamheten. Utifrån synpunktens karaktär görs alltid en bedömning huruvida synpunkten synliggör reella brister i verksamheten, eller om det är en enskild händelse.

### Samverkan med patienter och närstående

De boende görs delaktiga i sin planering av vård och omsorg. Informationen ges på ett sätt som gör att boende och närstående upplever delaktighet och att de kan medverka i vården/omsorgen.

Äldres och närståendes delaktighet i utvecklingen av det förebyggande syn- och



---

arbetsättet har varit viktigt att ta till vara för att kvalitetssäkra verksamheten. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att kontakta närstående och informera om förändringar i den äldres hälsotillstånd. I det förebyggande arbetet ingår även att informera närstående om det finns risk för fall och vilka åtgärder som gjorts.

## Resultat

Antalet fallavvikelser är totalt 122 stycken, 112 på Kista servicehus, 19 på Rinkeby vård- och omsorgsboende och 5 på Akalla vård- och omsorgsboende (period oktober-november). På Rinkeby vård och omsorgsboende står en individ för 74 procent av fallincidenterna trots genomförda fallpreventiva åtgärder. Fallavvikelser har bearbetats på enheterna och i kvalitetsrådet.

Två personer har ådragit sig en fraktur som följd av fallet. Båda personerna, en boende på Kista servicehus och en på Rinkeby vård- och omsorgsboende har haft känd fallrisk och erhållit fallförebyggande insatser. Tio personer har på grund av fall ådragit sig en sårskada, samtliga är bosatt på Kista servicehus.

Inkomna läkemedelsrelaterade avvikelser var åtta stycken vilket är en minskning från föregående år. De flesta avvikelser handlar om boende som ej fått sin medicin. Dessutom har två avvikelser inkommit som handlat om brister i informationsöverföring.

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts under 2017.

27 Sol avvikelser har också behandlats i kvalitetsrådet 2017. Sju stycken handlar om dålig städning, två stycken om bemötande tre stycken om bristande kontinuitet tre om mat, en om brister i information och tre om kommunikation.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Målet är att vidareutveckla en god kvalitet och hög patientsäkerhet i verksamheten. Detta görs under kommande år genom att;

- Tydliggöra hur upprättade rutiner ska utvärderas och revideras, samt säkerställa att rutiner är kända för samtliga medarbetare
- Bibehålla hög kvalitet i avvikelsehantering genom regel-

bundna möten av olika professioner i kvalitetsrådet.

- Fortsätta utveckla den palliativa vården genom utbildning, föreläsningar och handledning till medarbetare.
- Fortsätta utveckla verksamhetens egenkontroll