



**Stockholms  
stad**

# Patientsäkerhetsberättelse

Edö Vård- och omsorgsboende  
År 2017

Ansvarig för innehåll:  
Verksamhetschef Jeanette Wahlberg

2018-02-23

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting*

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	sid 3
Övergripande mål och strategier	sid 4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	sid 6
Struktur för uppföljning/utvärdering	sid 8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	sid 8
Uppföljning genom egenkontroll	sid 9
Samverkan för att förebygga vårdskador	sid 11
Riskanalys	sid 11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	sid 11
Hantering av klagomål och synpunkter	sid 12
Sammanställning och analys	sid 12
Samverkan med patienter och närstående	sid 12
Övergripande mål och strategier för kommande år	sid 12

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

Inför en förestående ombyggnation har en omstrukturering pågått under året inom Edö vård- och omsorgsboende. Servicehuset inrymde från årets början ca 45 lägenheter och i december var det 26 kvar. I och med omstruktureringen har två hus tomställts och expeditioner för legitimerad personal har flyttats. Det nya vård- och omsorgsboendet beräknas vara inflyttningsklart 2019. Enheten består idag av:

- Boende med inriktning demens 51 lägenheter
- Boende med inriktning somatik: 28 lägenheter
- Servicehus: 26 lägenheter (januari 2018)

Vidare har omstruktureringen under året medfört att all legitimerad personal organiseras under en chef. Tidigare har sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter organisatoriskt legat under respektive inriktnings chef.

Vi har under året arbetat mycket med att upprätta och uppdatera lokala rutiner, men också arbetat för att den nya organisationen skall implementeras på ett säkert och bra sätt.

Under våren har en sjuksköterska arbetat 50 % som samordnare för HSL. Uppgifterna för detta har bland annat innefattat:

- Bemanning
- Upprättande och uppdatering av lokala rutiner
- Stötta övriga sjuksköterskor i det dagliga arbetet
- Vara behjälplig verksamhetschef i div hälso- och sjukvårdsfrågor
- Samordna flytt av expeditioner för legitimerad personal
- Implementering av rutiner för nytt sjukskötersketeam kväll och natt

Från 2017-11-01 fick vi ett nytt företag, Sjöströms hemservice AB, som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser veckans alla kvällar och nätter.

### Utbildningar under året

#### *Sjuksköterskor:*

- Dokumentation i dokumentationssystemet Vodok (handledning av stadsdelens processhandledare)
- Nutrition
- Äldre & Läkemedel gällande läkemedelsgenomgångar
- Riksforum för sjuksköterskor, inriktning geriatrik
- Basal hygien
- Palliativ vård

#### *Sjukgymnast och arbetsterapeut:*

- Dokumentation i Vodok (handledning av stadsdelens processhandledare)
- Nutrition
- Basal hygien

---

## Mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2017

Vården ska vara av god kvalitet och hålla en god hygienisk standard. Det innebär att den ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och ges med respekt för alla människors lika värde. Bemötande av den äldre och närstående ska ske så att den enskildes trygghet, värdighet och integritet beaktas.

Målet för patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga att patienten drabbas av vård skada.

### Mål för 2017

- Patientsäker vård
- Personcentrerad vård och omsorg
- God vård i livets slutskede

### Strategier

- Utveckla och förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Verksamheternas utvecklingsplaner följs upp av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS), Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) processledare. Kvalitetsgranskning utförs av MAS/MAR/Processledare.
- Riskbedömningar erbjuds alla patienter (fall, nutrition, trycksår och munhälsa). Uppföljning journalgranskning MAS/MAR/processledare, riskbedömningar i Vodok, kartlagt hälsotillstånd, hälsoplan samt genom inhämtning av statistik via kvalitetsregister samt användning av skydds/begränsningsåtgärder vid fallrisk. Mätning av nattfasta för varje patient kommer att genomföras under mars och september månad.
- Alla patienter med smärta ska få en bedömning utifrån en evidensbaserad metod. Uppföljning genom journalgranskning att patienter med smärta har smärtskattats.
- Att verksamheterna använder sig av Senior alert och BPSD-registret (kvalitetsregister) i sitt arbete med att utveckla och kvalitetssäkra vården och omsorgen, i syfte att förbättra vård och omhändertagande och öka säkerheten för patienterna. Uppföljning genom inhämtning av statistik via kvalitetsregister.
- Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation ska genomföras i verksamheterna. Uppföljning genom att verksamhetschef rapporterar resultat till MAS.
- Loggkontroller ska genomföras i verksamheterna. Uppföljning genom att verksamhetschef rapporterar resultat till MAS.

- 
- Att läkemedelshanteringen är säker för patienten. Enhetschef och MAS följer upp avvikelser i Vodok. Vid hälso- och sjukvårdsmöten i verksamheterna diskuteras efterlevnaden av gällande regel för läkemedelshantering och delegering. Läkemedelsansvaret finns dokumenterat i patientens journal. Extern granskning sker av farmaceut från Apoteket.
  - Att kunskap om och följsamhet av basala hygienrutiner upprätthålls, i syfte att förhindra vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Uppföljning genom egenkontroll av att basala hygienrutiner följs av personalen. All personal genomför webbaserad utbildning av basala hygienrutiner. Vårdhygienrond genomförs vid verksamheterna av Vårdhygien. Sjuksköterskor registrerar vårdrelaterade infektioner och inlämnar det till MAS.

Vi har under året arbetat med fastställda strategier. Uppföljning av dokumentation har visat utvecklingsområden gällande

- riskbedömning avseende inkontinens med bedömningsinstrumentet NIKOLA.
- riskbedömning avseende munhälsa med bedömningsinstrumentet ROAG-J (Revised Oral Assessment Guide – Jönköping)
- förskrivning av inkontinensprodukter
- nationellt fackspråk, ICF.

Utbildningstillfällen i dokumentation i Vodok och är inplanerade under våren 2018 för att stödja de nya sjuksköterskor vi anställt under året.

Enheten har i samarbete med vårdhygien haft ett flertal utbildningar i basala hygienrutiner.

Uppföljning av nattfastemätning efter nya rutiner visar på en stor förbättring. Nattfastan har minskat avsevärt och endast ett fåtal boende överstiger 11 timmar nattfasta. Vid de tillfällen detta skedde fanns dokumentation om att boende erbjudits mellanmål men tackat nej.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

### **Nämndens ansvar**

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården och för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

### **Verksamhetschefen**

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret dock inte det ansvar som åligger MAS och MAR. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

---

#### Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- svarar för att rutiner implementeras och följs .
- ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Verksamhetschefen svarar för att MAS/MAR ges förutsättningar, möjligheter och tillgång till de resurser som krävs för att fullgöra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

#### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering**

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard. Inom Farsta stadsdelsförvaltning finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS/MAR är en viktig resurs som sakkunnig i hälso- och sjukvårdsfrågor och har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet (SOSFS 1997:10). Därför är samråd med MAS/MAR en förutsättning för uppdraget inom områden som rör

- organisation
- planering av ny verksamhet
- framtagning av sjukvårdspolicy
- användning av resurser och kompetens
- personalplanering och rekrytering
- upphandling
- planering av introduktion och kompetensutveckling

#### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska

- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
- utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
- rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- utföra egenkontroll.

---

Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. Det är verksamhetschefens ansvar att leda och planera utvecklingen.

### **Omvårdnadspersonal**

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

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

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och rapporterar händelser direkt till legitimerad personal och vid allvarlig avvikelse till ansvarig enhetschef. Sjuksköterska informerar boende/närstående. När avvikelsen bedöms allvarlig rapporteras detta även till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning till om avdelningschef ska informeras. Vid allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas även direkt kontakt med MAS/MAR. Avvikelser som skett tas upp med inblandade personal. Ansvarig sjuksköterska följer upp vad som har orsakat händelsen och säkrar upp att rutiner följs för att det inte skall hända igen. Legitimerad personal dokumenterar i Vodok.

Enheten har kvalitetsråd 1 gång/ månad. Medverkande på kvalitetsråd är enhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut. MAS, MAR och HSL-controller. På kvalitetsråd går vi igenom och för statistik på samtliga avvikelser under föregående månad. Vi analyserar eventuella samband för att se om det till exempel kan finnas skäl att justera någon rutin. Vi följer också upp att vidtagna åtgärder gett resultat. Vi för diskuterar utöver detta rutiner, synpunkter och klagomål samt övriga utvecklingsområden. Minnesanteckningar och statistik förs och protokoll skickas till MAS, MAR och övriga medarbetare, vi går också igenom detta på månatliga arbetsplatsträffar.

Årliga uppföljningar och kontroller som genomförs är verksamhetsuppföljning, kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering, hygienrund, e-baserad hygienutbildning och kontroll av medicinsktekniska produkter enligt gällande rutin.

I jämförelse med antalet avvikelser 2016 ses en påtaglig förbättring i 2017 års resultat.

*Sammanställning antal avvikelser 2017:*

<b>Fall</b>	<b>Inriktning demens</b>	<b>Inriktning somatik</b>
Fall utan skada	45	18
Fall med lättare skada	7	6
Fall som lett till sjukhusvård (ej fraktur)	2	2
Fall som lett till fraktur	7	1
<b>Totalt antal fall</b>	<b>61</b>	<b>27</b>

---

Läkemedel	12	5
-----------	----	---

## Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 §

För att säkerställa uppställda krav avseende dokumentationen har vi granskat journaler utifrån checklista.

Resultat av egenkontroll journalgranskning visar att vi har en godkänd journalföring. I stort sett samtliga boende har aktuell omvårdnadsanamnes och status, samt alla har utförda riskbedömningar såsom Downtown, Modifierade Nortonskala och MNA. Utifrån resultat i de olika riskbedömningarna har relevanta omvårdnadsåtgärder ordinerats, utförts samt tid för uppföljning bestämts för att utvärdera vidtagna åtgärder.

Vi behöver dock uppdatera och komplettera några journaler med:

- Samtycke
- ID-kontroll

Under året har sjuksköterskor fortsatt arbeta med att registrera i kvalitetsregister. Enheten behöver förbättra användandet av registerdata.

Infektionsregistrering har utförts, vi arbetar enligt gällande basala hygienrutiner. Vi har under året haft utbildning till alla personal i basala hygienrutiner via vårdhygien.

Verksamhetsuppföljning genomförs årligen. På uppföljningen medverkar MAS/ MAR. Uppföljningen är bland annat en kontroll av att riktlinjer och rutiner finns och efterlevs.

Funktionskontroll av medicinsk tekniska produkter utförs, man gör en bedömning av behov av underhåll, investering och utbildningsinsatser av medarbetarna. Alla förskrivna hjälpmedel registreras på boende med inventarienummer och samlas i pärm samt även alla hjälpmedel som är inköpta till huset. Sjukgymnaster/ arbetsterapeuter kontrollerar regelbundet underhållsbehovet. Verksamhetschef ansvarar för att besiktning av taklift och mobila liftar sker årligen. Regelbunden besiktning av vårsängar utförs också.

Riskbedömningar:

Verksamheten erbjuder och utför riskbedömningar för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS/MAR. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd vid eventuella risker uppdateras en åtgärdsplan.



---

Kvalitetsindikatorer och riskbedömningar är:

- Riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår
- Inkontinensutredningar
- Infektionsregistrering
- Utförda läkemedelsgenomgångar
- Munhälsobedömningar
- Boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL)

---

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vi samverkar med läkarorganisationen för att säkerställa en säker hälso- och sjukvård. Trygg Hälsa är den organisation som ansvarar för läkarinsatser på Edö vård- och omsorgsboende. Övriga samverkansparter är Sjöström Hemservice som ansvarar för sjuksköterskeinsatser samtliga dagar 17.00–07.00 samt stadsdelens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Sjuksköterskor, sjukgymnaster/ arbetsterapeuter samverkar med läkaren genom rond tre gånger i veckan och genomför även vårdplaneringar tillsammans med närstående när det föreligger behov.

## Risakanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

På Edö arbetar verksamhetschef övriga enhetschefer och legitimerad personal systematiskt med förbättringsarbete. Våra kvalitetsråd är en viktig del i detta arbete. Det är där vi går igenom avvikelser och händelser och kan identifiera förbättringsområden.

Risakanalyser på individnivå görs av legitimerad personal i boendes journal genom att göra riskbedömningar gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Dessa görs alltid i samband med inflyttning samt uppdateras årligen, eller vid förändring i boendes tillstånd.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

### Avvikelser

Alla medarbetare har kunskap om stadens och enhetens rutiner för rapportering av avvikelse, det vill säga alla medarbetare har skyldighet att rapportera och vid behov direkt åtgärda en händelse om detta är möjligt. Om avvikelsen bedöms allvarlig rapporteras den direkt till verksamhetschef som i sin tur rapporterar till avdelningschef och MAS/ MAR samt boende/ anhörig. Omvårdnadspersonal rapporterar direkt till sjuksköterska, man skriver också avvikelserna på därför avsedd blankett som lämnas till sjuksköterskan för registrering i boendes journal samt i avvikelsemodulen (Vodok).

---

Enheten har under året gjort två Lex Maria rapporteringar till Inspektionen för vård- och omsorg. I februari 2018 kom svar från IVO avseende båda händelserna. De bedömer de åtgärder enheten vidtagit som tillräckliga och ärendena avslutades.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter på Hälso- och sjukvården**

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

Verksamhetschefen ansvarar för att klagomål och synpunkter åtgärdas skyndsamt.

### **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Vi har haft två synpunkter/klagomål avseende hälso- och sjukvård under året. Dessa är återkopplade till anhörig.

### **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska säkerställas. Vårdplanering genomförs inom två veckor efter inflytt. Medverkande är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kontaktperson.

## **Övergripande mål och strategier för 2018**

Edö kommer att arbeta med följande områden:

- Patientsäker vård.  
Detta genom att löpande följa upp att utarbetade riktlinjer och rutiner efterlevs. Det pågår också ett arbete med att uppdatera och tydliggöra lokala rutiner.
- Personcentrerad vård och omsorg.  
Vi fortsätter arbetet med teamets betydelse i det personcentrerade arbetet. Team- möten genomförs regelbundet där hela teamet träffas runt patienten. Teamet avser här sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal.
- God vård i livets slutskede  
Palliativa ombud har utbildats och dessa kommer att arbeta tillsammans med sjuksköterska för att implementera rutiner avseende detta.