



# Patientsäkerhetsberättelse

Fridhemmets servicehus

År 2018

2019-02-28

Odini Nzeribe enhetschef

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>7</b>
Riskanalys .....	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	8
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>8</b>
Egenkontroll.....	8
<b>Egenkontroll:</b> .....	9
Avvikelser .....	10
Klagomål och synpunkter.....	10
Händelser och vårdskador .....	10
Riskanalys .....	11
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>11</b>

---

## Sammanfattning

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen gällande hälso- och sjukvården på Fridhemmets servicehus används kvalitetsinstrumentet Qusta. Den bygger på att all personal ska ha kunskaper om riktlinjer som gäller från den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Dels en del med frågor som regleras enligt förordningar och dels med frågor som berör vård och behandling. Resultatet fastställer en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Fridhemmets servicehus har förbättrat resultatet något från föregående år från 89 % till 94 %.

Arbetet med fallprevention sker systematiskt och dokumentationen i avvikelsemodulen har utvecklats. Även rutin för teammöten har utvecklats och arbete fortskrider med att implementera rutin för att varje medarbetare ska ta sitt ansvar för att vara förberedd och engagerad vid teammöten.

Verksamheten arbetar efter en strukturerad plan för hur lokala rutiner och MAS/MAR regler implementeras hos personalen.

Enheten arbetar aktivt vidare med att utveckla en attraktivare arbetsplats för akademi och lärande. Under året har verksamheten förutom sjuksköterskestudenter även tagit emot arbetsterapeutstudenter.

Under 2018 har mycket arbete lags på området nutrition och brukare med undernäring. Teamarbetet har bidragit till ett förbättrat resultat och det finns ett tydligt samband mellan de brukare som ökat i vikt och de insatser gjorda tillsammans i teamen.

Ytterligare ett fokusområde har varit riskbedömningar och åtgärdsplaner. Årets resultat visar på att enheten har nått upp till målen för samtliga riskbedömningar.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har genomförts av Apoteket här och de förslag och rekommendationer till förbättringar har utförts.

Enheten utför egenkontroller av dokumentation och sätter upp mål utefter de behov av förbättring som konstaterats. All ny personal får utbildning i dokumentation.

---

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Målen 2018 för verksamheten på Kungsholmens servicehusenhet

1. Brukarna får god personlig vård och omsorg
2. Brukarna har inflytande i sin tillvaro
3. Boende har stöd till en god matsituation
4. Brukare är trygga
5. Ledarskapet är engagerat, kommunikativt och utvecklingsinriktat
6. Enheten är en medskapande arbetsplats.
7. Brukarna blir respektfullt bemötta.

Åtaganden för 2018

- ✓ Aktuella inkontinensbedömningar för alla brukare.
- ✓ Utveckling av teamarbetet med brukarna i fokus
- ✓ Utveckla arbetet med dokumentationssystemet ICF
- ✓ Nutrition med fokus på brukare med undernäring.
- ✓ Implementera användandet av smärtskalor. Införande av NVP. Vidareutveckling av de palliativa ombudens roll.
- ✓ 80 % har en aktuell inkontinensutredning
- ✓ 90 % av brukarna ska ha en utförd och dokumenterad riskbedömning avseende malnutrition MNA.
- ✓ 90 % har en aktuell ADL bedömning
- ✓ 90 % av brukarna ska ha en utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår.

### Organisation och ansvar

Vårdgivare (nämnden) har det yttersta ansvaret i att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

---

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen delges nämnd.

Verksamhetschef enligt HSL 4kap. 2§ ansvarar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

MAS och MAR har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen 11 kap. 4§ och 4 kap.6 hälso- och sjukvårdsförordningen. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef/MAS/MAR i egen regi har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS/MAR ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Apoteket AB som genomför apoteksinspektioner en gång om året
- Vårdhygien, som genomför hygienronder inom verksamheten. De anordnar också utbildningar inom hygienområdet för personal.
- Legevisitten som utför läkarinsatser inom verksamheten
- Dietist som utbildar och ger stöd i nutritionsfrågor
- Dokumentationsstödjare för hälso- och sjukvårdsdokumentationen
- Flexident som utför nödvändig tandvård och utbildar i munhälsa.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Vi arbetar med ett boenderåd på vår verksamhet, med syfte att informera nyheter, diskutera vad som händer på verksamheten samt fånga upp och föra fram allmänna synpunkter. Boenderådet leds av bitr. Enhetschef och rådet träffas en gång i månaden. Vi har även ett anhörigombud på enheten.

För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient och närstående. Om en brukare blir allvarligt sjuk och inte längre kan medverka i sitt eget patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktig. Redan vid ankomst så kartläggs den boendes vårdrisker. I samband

---

med inflyttning registreras den boende, med den boendes samtycke i senior alert.

I samband med inskrivning så informeras närstående att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Med patientens medgivande återkopplar vi händelser och gjorde åtgärder löpande. Närstående får delta i vårdplaneringar vid behov.

Rent allmänt samverkar vi med brukare och dess närstående med patientsäkerhet även genom brukarenkät, synpunkter och klagomål, daglig kontinuerlig kommunikation med den boende. Levnadsberättelsen om tidigare liv, vanor som kan ge oss bättre förutsättningar att skapa trygghet. Stort inflytande genom genomförandeplanen som påverkar hälsan positivt.

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet. Fallavvikelser hanteras enligt befintlig rutin för fallavvikelser.

Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter och för över dessa till VODOK där bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder redovisas. Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, omvårdnaden mm utgående från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser följs upp på team möten där alla yrkeskategorier deltar.

Kvalitetsrådet träffas en gång per månad och har en viktig funktion att sammanställa och analysera alla avvikelser, hitta eventuella brister för att kunna se mönster eller trender, som indikerar brister i verksamheten.

### **Klagomål och synpunkter**

En lokal rutin finns för hantering av synpunkter och klagomål. Det här är något vi ser som ett viktigt led i att säkra och utveckla vår verksamhet.

Alla berörda brukare har blivit kontaktade, berörd personal informerad och i den mån vi har funnit brister så har vi åtgärdat dem. Klagomålen och synpunkterna tas upp och diskuteras på kvalitetsråd, teammöten och APT. Om behövt resulterar det till nya rutiner och ett förändrat arbetssätt. Återkoppling på synpunkter/ klagomål har besvarats skriftligt och muntligt inom två veckor.

### **Egenkontroll**

Följande egenkontroller har genomförts för en ökad patientsäkerhet.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)

Dokumentation	2 gånger per år	Framtagen mall
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0  Senior alert
Funktionsbedömning ADL	1 gång år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagen mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	Genomförs efter behov och i överenskommelse med vårdhygien	Protokoll
Basala hygienrutiner	Var tredje månad	Självskattning och observationer
Vård i livets slutskede	1 gång per månad/årlig sammanställning	Svenska palliativregistret
Läkemedelshantering	Var tredje månad  2 gånger per år	Kontroll av signeringslistor och oanmäld Kontroll i patientens läkemedelsskåp.
Delegering	2 gånger per år	Delegeringspärmen

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

Uppföljningen av hälso- och sjukvården genom Qusta har utförts av MAS/MAR. Innan ett uppföljningsbesök görs, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinare för att svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS och MAR besö-

---

ker sedan vård- och omsorgsboenden och går igenom de besvarade frågorna med berörda.

Egenkontroll av signeringslistor har genomförts vart tredje månad genom att räkna alla luckor för att se vad som brister. Åtgärder för att öka följsamhet till rutiner och påminna personal om att alltid signera givna läkemedel har gjorts.

Genomgång av delegeringar har skett minst halvårsvis och återkopplats till berörd personal

Egenkontroller av genomförandegrad för riskbedömningar har skett månadsvis och resultatet har redovisats på hälso- och sjukvårdsmöte möte.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner samt observation av förutsättningar för följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts var tredje månad, resultatet har återkopplats till personal på APT.

## **Riskanalys**

Risk och konsekvensanalys har genomförts i samband med att utsedd undersköterska fått ett utökat ansvar för fler hälso- och sjukvårdsuppgifter genom delegering.

Riskanalys för att säkerställa patientsäkerheten på sommaren har genomförts.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

Under året har två utredningar om misstanke om allvarlig vårdskada gjorts.

Den slutliga bedömningen var att ingen anmälan till IVO inte var aktuell i någon av händelserna.

## **Informationssäkerhet**

Loggkontroll har genomförts månadsvis. Ingen misstanke om otillåtet förfarande gällande patient journaler har setts. Sammanställt resultatet har återkopplats till MAS efter årets slut.

Dokumentationsgranskning har genomförts av dokumentationshandledare två gånger under året, resultatet har återkopplas till legitimerad personal. Granskningen av HSL-journal visar på en god utveckling av dokumentationen. Enheten har satt upp nya mål efter varje granskning och arbetar kontinuerligt med att förbättra dokumentationen.

# **RESULTAT OCH ANALYS**

## **Egenkontroll**



### Egenkontroll:

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt en årsplan. Egenkontroller görs regelbundet av medicinhantering, dokumentation samt basala hygienrutiner.

Egenkontroll	Omfattning	Källa / HUR
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet Qusta	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar) Verksamhetsbesök MAS/MAR
Dokumentationsgranskning HSL	2gg/år	Utförs av dok ansvariga. Skickas in till MAS/MAR
Punktprevalensmätning (PPM)	2 gånger per år	Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion. Skickas in till MAS/MAR
Avvikelse Synpunkter och klagomål		Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	Löpande	Redovisning på HSL möte 1 gg mnån
Läkemedelskontroll	2 ggr år	Oanmäld kontroll i brukares lm skåp.
Palliativa registret	1 gg månad	Statistik redovisas på HSL möte.
Infektionsregistrering	1 gång per månad	SSK rapporter till MAS enligt framtagna mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling	1 gång per år	Apoteket
Hygienronder	1 gång per år	I samarbete med vårdhygien
Basala hygienrutiner	1 gång per kvartal, mars, juni, sept, dec	Observation, självskattningar
Loggkontroller Vodok	En gång per månad.	Görs av bitr enhetschef, skickas till MAS/MAR

---

Delegeringar	En gång var tredje månad	HSL möten
MTP	Var 6 mån	Leg personal, rutin
Sår registrering		Legevissitten

#### *Riskbedömningar fall, trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens*

Genomförandegraden av riskbedömningar var hög, över 90% av patienterna har aktuella bedömningar som ger förutsättning att individanpassa insatser i förebyggande syfte.

Egenkontrollen visar också att riskbedömningar har spridits ut över årets månader och att verksamheten legat i fas gällande riskbedömningar utifrån målsättning.

#### *Basal hygien*

Egenkontrollerna visar att personal blivit mer medvetna om gällande rutiner och följsamheten är god. Endast få avvikelser kunde ses i samband med observation.

### **Avvikelser**

Under året har totalt 329 händelser rapporterats som avvikelser, av dessa var 223 fallolyckor och 104 rörde läkemedel. Risk för vårdskada eller misstanke om vårdskada har utretts för 31 händelser inge har bedömts som allvarlig.

### **Klagomål och synpunkter**

Verksamheten har en lokal rutin finns för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till verksamheten förmedlas till biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utredas.

Under året har ett fåtal klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten. Klagomålen berört kvalitén på utförda insatser och medicinhantering.

Alla berörda har blivit kontaktade, personal informerad och i den mån vi har funnit brister så har de åtgärdats.

### **Händelser och vårdskador**

Ingen utredning av händelser har bedömts som risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada.

---

## Risikanaly

Risikanaly avseende undersköterska med utökat ansvar har uppföljningar genomförts kontinuerligt och visat att det fungerat bra, vilket tyder på att det är möjligt att ge ett utökat ansvar med kompetenshöjande insatser.

## Mål och strategier för kommande år

Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet.

- Följa upp samtliga riskbedömningar och vidareutveckla vårdprocessen.
- Uppdatera den palliativa vården efter nationell vårdplan och implementera nya rutiner i arbetsgruppen via kompetensutveckling.
- Införande av elektronisk signering av läkemedel.
- Säkerställa att alla brukare har rätt inkontinenshjälpmedel via levande dokumentation och uppföljningar.
- Synliggöra patientens delaktighet i dokumentationen.

### *Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:*

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, delegeringar, inkontinens, skyddsåtgärder, sår och läkemedel enligt årsplan.
- Kvalitetsgranskning av dokumentation två ggr per år av dokumentationsansvariga.

### *Kompetensutveckling:*

- Sjuksköterskorna kommer på varje APT hålla utbildning i olika ämnen under året som exempelvis trycksår, palliativ vård, hygien, vårdrelaterade infektioner, olika sjukdomstillstånd ex vård vid hjärtsvikt.
- Säkerställa att all personal gör webbutbildningar i basala hygienrutiner, smärta vid palliativ vård, arbeta säkert med läkemedel,
- All legitimerad personal ska ha utfört socialstyrelsens utbildning för förskrivning av hjälpmedel.

### *Intern samverkan*

- HSL möten en gång per månad.
- Kvalitetsforum en gång per månad
- Teammöten 2 ggr i veckan

### *Extern samverkan*

- Rond med läkare en gång i veckan. Uppföljningar med läkarorganisationen Legevisitten, Vårdliljan, MAS/MAR, Sofiahemets högskola, anhöriga, Apoteket, vårdhygien mm.