



VÄRMDÖ KOMMUN

# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-02-14 Jan-Kåge Wallin

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Samverkan med patienter och närstående	8
Sammanställning och analys	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

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

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet
- De viktigaste resultaten som uppnåtts

Risker och fall-/avvikelse rapporter analyseras initialt i Djuröhemmets ledningsgrupp.

Riskanalys görs vid inflyttning och följs kontinuerligt upp

Månatliga ”Husmöten” som forum för boende, närstående, anhöriga.

Ett ökande engagemang på Husmötena har under året noterats från både boende och närstående i dessa frågor angående risker och säkerhet.

## Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

Djuröhemmet erbjuder personer över 65 år med ett omfattande vård- och omsorgsbehov ett säkert och tryggt boende. De ska ges möjlighet att bibehålla sina fysiska och psykiska funktioner så långt det går.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån lednings-

---

systemet.

Vård och Omsorgs Styrelsen (VOS) och Finansieringsnämnden Äldre(FNÄ)/Värmdö kommun tar fram övergripande mål för verksamheten. Verksamhetschefen har enl. § 30 HSL ansvar för hälso- och sjukvård. Djuröhemmet består av 41 lägenheter uppdelade på tre mindre enheter som leds av sjuksköterskor samt en dagverksamhet. En av dessa ovanstående enheter är ett demensboende. Dagverksamheten är öppen tre vardagar i veckan. Sjuksköterskorna delegerar till personalen på Djuröhemmet att ge medicin från dosett. Egenkontroll av livsmedelshantering sker dagligen enligt rutiner som upprättats.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 20*

*11:9 3 kap. 2 §*

Beskriv hur vårdskador mäts och hur beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp.

**Beskriv struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.**

Alla fall-/avvikelse rapporter gås initialt igenom med berörd personal av närmaste arbetsledare/sjuksköterska och eventuell återkoppling till boende/närstående sker.

Ledningsgruppen på Djuröhemmet diskuterar/analyserar varje vecka uppkomna risker och rapporter som inkommit samt initierar eventuella åtgärder.

På den månatliga arbetsplatsträffen ingår alltid en mer översiktlig genomgång avseende hela Djuröhemmet med månadens samtliga rapporter m.m.

Vid varje avdelningsmöte diskuteras aktuella rapporter och eventuella risker.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

---

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till mål och strategier. T ex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

För varje nyinflyttad boende görs initialt samt även vid eventuella förändringar hos de boende:

Miljö- och fallriskbedömning enligt Downtons fallriskindex och enligt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) riktlinjer.

Trycksårsbedömningar genom modifierad Nortonskala.

Nutritionsbedömning genom BMI och MNA

Vid introduktion av all ny personal erhåller samtliga en gedigen brandskyddsgenomgång avseende hela Djuröhemmet enl. uppgjord plan.

Årligen ska samtliga anställda på enheten genomgå en repetitionsomgång på ovan nämnda brandskyddsgenomgång.

Vartannat år genomförs en praktisk brandskyddsutbildning/-övning för all fast personal. Nästa utbildning/övning planeras in under 2013.

Vi har haft anhörigträffar på kvällstid samt ”Husmöten” för boende och närstående varje månad.

Den årliga boendekenkäten/kundenkäten gås igenom med all personal på arbetsplatsträffar och för de områden som eventuellt behöver utvecklas upprättas handlingsplaner.

Vid inflyttning uppmuntras de boende/anhöriga/närstående till att medverka i kvalitets-/säkerhetsarbetet genom att komma med synpunkter och klagomål på Ris och Ros-blanketten och senare under 2012 med det nya Synpunktshanteringssystemet ”Tyck om Värmdö”.

Synpunkter, klagomål och risker kan även lämnas till vårdpersonalen, tjänstgörande sjuksköterska eller till verksamhetschefen.

Inkomna synpunkter och klagomål diskuteras och åtgärdas vid behov med personalgruppen på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar för att snarast återkopplas till berörda.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens.

---

*Egenkontrollen kan innefatta:*

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister,
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler och annan dokumentation mm,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av patientnämndsärenden,
- inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter.

Kundenkät genomfördes i början av 2012 visade goda resultat. Resultatet är i stort sett lika som föregående år.

En åsikt/klagomål från närstående har inkommit 2012.

Ett resultat av ovanstående enkät är att en gemensam ½-dagsutbildning genomfördes för all personal.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Beskriv vilka processer som identifierats där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada samt hur samverkan sker i den egna verksamheten och med andra vårdgivare.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

Samverkan sker enligt avtal med ASIH/Aleris/Nacka för sjuksköterskeinsatser kväll- och nattetid.

Läkarinsatser sker via centralt avtal mellan Landstinget och Värmdö kommun.

## **Risikanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Beskriv hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

---

För varje nyinflyttad boende görs initialt samt även vid eventuella förändringar hos de boende:

Miljö- och fallriskbedömning enligt Downtons fallriskindex och enligt MAS riktlinjer.

Trycksårsbedömningar genom modifierad Nortonskala.

Nutritionsbedömning genom BMI och MNA.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Avvikelser**

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Resultatet år 2012 pekar mot att antalet inrapporterade fall ökat något. Totalt rapporterades 124 stycken under hela 2012

Det förekom en rapporterad händelse vilken har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada under 2012.

Sex allvarliga vårdskador (fallsador) har rapporterats och vidarebefordrats till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) under 2012.

Se även ovan kap. – Struktur för uppföljning/utvärdering.

Samtliga fall- och avvikelser skrivs in i det dig. Journalsystemet av den personal som uppmärksammar detta.

Fram t.o.m. 2012 -09 rapporterades månatligen alla fall- och avvikelserapporter in till MAS på speciell blankett.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Socialstyrelsen som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och återkopplas.

---

Under 2012 har det ej inkommit några klagomål eller synpunkter  
Vid inflyttning uppmanas de boende/anhöriga/närstående till att medverka i kvalitets-/säkerhetsarbetet genom att komma med synpunkter och klagomål på Ris och Ros-blanketten och senare under 2012 med det nya Synpunktshanteringssystemet ”Tyck om Värmdö”.

Synpunkter, klagomål och risker kan även lämnas till vårdpersonalen, tjänstgörande sjuksköterska eller till verksamhetschefen.

Inkomna synpunkter och klagomål diskuteras och åtgärdas vid behov med personalgruppen på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar för att snarast återkopplas till berörda.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

”Husmöten” 1 gång/månad

Regelbundna möten för närstående/ anhöriga anordnas.

Vi arbetar utifrån kontaktmannaskap.

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Beskriv hur inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Vi analyserar varje avvikelse, fallrapport, risker, klagomål och synpunkter i ”Ledningsgruppen” samt för att eventuella se mönster för att snabbt leda till åtgärder.

Inför 2013 kommer ev. synpunkter och klagomål att förvaras och sammanställas i speciell pärm samt utarbeta en processbeskrivning över hanteringen.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*



---

Beskriv vilka resultat som har uppnåtts.

**Strukturmått** utgör förutsättningar för att nå definierade mål t ex Stramagruppen, andel personal som utbildats och utbildningens omfattning. 2 i personalen gick under hösten 2012 en utbildning i äldre och psykiatriska sjukdomar som ingick i omvårdnadslyftet. All fast anställd personal har specialutbildning i demens och går regelbundet på demensförbundets föreläsningar.

**Processmått** utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex andel riskanalyser, andel läkemedelsavstämningar, andel korrekta hygien- och klädrutiner, andel riskbedömningar, omfattning av implementering av SKL:s åtgärds paket. För samtliga (100 %) av våra boende har det gjorts riskbedömningar/-analyser.

**Resultatmått** speglar utfallet i form av andel patienter med vårdskador, andel patienter med vårdrelaterade infektioner, andel patienter med trycksår. Av 129 fallrapporter har 6 st. resulterat i vårdskador som krävt sjukhusbesök varav två frakturer.

**Måluppfyllelse** dvs. resultat kopplat till egna mål och strategier.

Resultatet av kundenkäten för Djuröhemmet 2012 är mycket gott. Djuröhemmet har uppnått målet som sattes på att ha mer än 85 % nöjda kunder.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Djuröhemmet planerar och förbereder för sjuksköterskebemanning på plats dygnet runt för att öka patient-/boendetryggheten och säkerheten.