



# Patientsäkerhetsberättelse för Älvsjö stadsdelsnämnd

Solberga vård- och omsorgsboende

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-02-27

Ann- Christin Nordström och Inger Berglund,  
verksamhetschefer enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen

---

## 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	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

---

## Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten rör basala hygienrutiner. Verksamheten har köpt in en diskdesinfektor till boendet och påbörjat arbetet med att placera handsprit, skyddshandskar och platsförkläden i varje lägenhet samt i andra rum/utrymmen, t.ex. tvättstugor och sköljrum. Verksamheten har vidare påbörjat utbildning av all personal i basala hygienrutiner samt påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för såromläggning, städning, tvätt- och förrådshantering.

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår, granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observation, analys av infektionsregistreringen, medverkan i hygienronder med hygienskötterska från Vårdhygien samt jämförelse av resultat från tidigare genomförda hygienronder.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts och infektionsregistreringen har följts under året. Verksamheten saknar en tydlig struktur för hantering av rapporterade risker.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapporterar risker och tillbud till ansvarig chef. Negativa händelser/ avvikelser rapporteras i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul.

Vid ankomstsamtalet, som hålls inom två veckor efter att patienten flyttat in, uppmanas patienter och närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Under 2011 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts till, i stort sett 100 %. Hygienskötterska från Vårdhygien har påbörjat utbildning i basala hygienrutiner för all personal och 25 % av personalen har genomgått utbildningen. Större delen av personalen, 80 %, tillämpar korrekta hygienrutiner och klädregler.

---

## Övergripande mål och strategier

### MÅL

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda.
2. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.

### STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter en gång per år samt vid behov.
2. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.  
2.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen<sup>1</sup>, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 29 § HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen. MAR är ett komplement till MAS.

Verksamhetschef, MAS och MAR ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

---

## Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser fortlöpande och infektionsregistreringar månadsvis. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, t.ex. genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år. Avvikelse rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

Infektionsregistrering görs varje månad och följs över tid/året. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas omgående kontakt med verksamhetschef MAS och/eller MAR. Verksamheten har under 2011 påbörjat arbetet med att följa upp beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet vid team- möten som hålls två gånger per år samt vid behov.

Uppföljning/utvärdering, kopplat till mål och strategier görs enligt följande:

1. Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
  - 2.1. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observation och självskattning enligt Vårdhygiens dokument minst en gång per år och medverkan i hygienrund med hygienskötarska från Vårdhygien en gång per år.
  - 2.2. Mätning av andelen smittsamma infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.

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

Under 2011 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts för i stort sett alla patienter.

Infektionsregistrering har gjorts varje månad och hygienrund genomfördes i början av året tillsammans med hygienskötarska från Vårdhygien.

I samband med en sårodling våren 2011 konstaterades att en patient var smittad av en vårdrelaterad infektion, VRI. Denna smitta/VRI har lett till ett omfattande vårdhygieniskt arbete. Hygienskötarska från Vårdhygien kallades återigen till verksamheten och nya hygienrunder genomfördes under slutet av året. Hygienrunderna påvisade brister i basala hygienrutiner och brister i följsamhet till gällande handlingsprogram för ovan nämnda VRI.

För att komma till rätta med bristerna och därmed öka patientsäkerheten har verksamheten vidtagit följande åtgärder:

- en diskdesinfektor har köpts in till verksamheten,

- 
- påbörjat arbetet med att placera handskar, handsprit och skyddsförkläden i lägenheter och i tvättstugor,
  - placerat handsprit för desinfektion i sköljrum, förråd och toaletter,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning av lägenheter och gemensamma utrymmen,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för tvätthantering för boendes kläder och för personalkläder,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för såromläggning,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för provtagning,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för förrådshantering,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för städning av sköljrum,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för husdjur som vistas i boendet,
  - påbörjat arbetet med att upprätta skriftliga rutiner för rengöring av hjälpmedel, och
  - påbörjat utbildning för all personal i basala hygienrutiner som genomförs av hygiensköterska från Vårdhygien” på plats” i verksamheten.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

De egenkontroller som har genomförts under 2011 är:

1. Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.
  - 2.1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observation minst en gång per år.
  - 2.2. Analys av infektionsregistreringen varje månad.
  - 2.3. Jämförelse av resultat från tidigare genomförda hygienronder en gång per år.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarverksamhet. I regelbundna samverkansmöten under året, med läkarverksamhetens verksamhetschef och MAS, diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande nivå och på individnivå för att förbygga att vårdskada uppstår. Återkoppling ges till verksamhetscheferna.

Team- möten med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt kontaktpersoner genomförs två gånger per år samt vid behov. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten.

Vid inköp av hjälpmedel, t.ex. liftar och diskdesinfektor, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

---

Verksamhetschefer, MAS och MAR och samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. Verksamhetschefer, MAS, MAR, och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samverkar också regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

## **Risicanalys**

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

### **Avvikelser**

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med respektive verksamhetschef, MAS och/eller MAR.

MAS och MAR sammanställer inrapporterade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetscheferna. Respektive verksamhetschef återkopplar avvikelserna till hälso- och sjukvårdspersonal på arbetsplatsträffar varje månad men verksamheten saknar en tydlig struktur för att utreda, analysera, sammanställa och återkoppla rapporterade risker och händelser.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

1. Alla klagomål och synpunkter som kommer in dokumenteras på avsedd klagomålsblanketten och lämnas till verksamhetschef för underskrift.
2. Verksamhetschefen skickar omgående blanketten vidare för diarieförning hos stadsdelsförvaltningens registrator. Kopia sparas i pärm och eventuellt personakt.
3. Klagomålet utreds och analyseras av verksamhetschefen tillsammans med berörd personal. Åtgärder tas upp så snart som möjligt på möte med personal. Beslutade åtgärder dokumenteras på blanketten.
4. Återkoppling görs till den person som framfört klagomålet så snart som möjligt. Återkoppling till personal görs på personalmöten.

### **Sammanställning och analys**

Under året har varken klagomål eller synpunkter inkommit som rör patientsäkerheten.

---

## **Samverkan med patienter och närstående**

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet uppmanas patient/närstående att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

## **Resultat**

### **Strukturmått**

Andelen personal som genomgått utbildning av hygiensköterska ”på plats” i verksamheten uppgår till 25 %. Utbildningen omfattade två timmar.

### **Processmått**

Andelen genomförda riskbedömningar för fall och trycksår uppgår till 100 %,

Andelen genomförda riskbedömningar för undernäring uppgår till 92 %.

Andelen korrekta hygienrutiner och klädregler uppgår till 80 %.

### **Resultatmått**

Andelen patienter som drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor uppgår till 1 %.

Andelen patienter med trycksår uppgår till 1 %. Framkommer dock inte om trycksåren uppkommit på enheten eller på annan plats.

Andelen patienter med smittsamma infektioner uppgår till 24 %. Av dessa utgör 20 % virusorsakad gastroenterit och 4 % annan vårdrelaterad infektion, VRI.

### **Måluppfyllelse**

1. Riskbedömningar för fall och trycksår har genomförts till 100 %.

Riskbedömning för undernäring har genomförts till 92 %.

2. Smittsamma infektioner har drabbat 24 % av patienterna.

2.1. Utbildning i basala hygienrutiner av hygiensköterska från Vårdhygien ”på plats” i verksamheten har genomgått av 25 % av personalen.

2.2. Korrekta hygienrutiner och klädregler finns hos 80 % av personalen.



---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Tidsplan för åtgärder som ska genomföras under 2012:

Kvarstående brister som rör basala hygienrutiner ska vara genomförda senast november 2012.

### MÅL 2012

1. Alla patienter ska ha riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförda för att identifiera riskpatienter.
2. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärderna vidtagna och dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
3. Inga trycksår uppkomna på enheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för 25 % av patienterna.

### STRATEGIER

1. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår inom två veckor efter att patienten flyttat in och därefter en gång per år.
- 2-3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen.
4. 1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal tillämpar gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.
- 4.4. Vårdhygiens hygienutbildning ”på plats” i verksamheten genomgås av 75 % av personalen.
5. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för 25 % av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.