



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Älvsjö stadsdelsnämnd

Socialpsykiatrins särskilda boenden,  
Kyrkogatans gruppboende och Triangelns  
profilboende

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-22 Marie Aggesund Karlsson,  
verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

---

---

## 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.....	4
Patienters och närståendes delaktighet.....	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	5
Klagomål och synpunkter .....	5
Egenkontroll .....	5
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>6</b>
Riskanalys.....	6
Utredning av händelser - vårdskador .....	7
Informationssäkerhet .....	7
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>7</b>
Egenkontroll .....	7
Avvikelser.....	8
Klagomål och synpunkter .....	8
Händelser och vårdskador.....	8
Riskanalys.....	8
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>9</b>

---

## Sammanfattning

- *Mål*

Alla patienter ska erbjudas en säker hälso- och sjukvård för att undvika vårdskador.

- *De viktigaste åtgärderna som vidtagits*

Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.

All personal, inklusive chef och sjuksköterskor arbetar enligt Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg och genomgår deras webbaserade utbildning minst en gång per år.

All personal rapporterar händelser/avvikelse som inträffat i verksamheten och som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Avvikelsen registreras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

- *De viktigaste resultaten som uppnåtts*

Ingen konstaterad undernäring och inga trycksår har uppkommit.

All personal, inklusive chef och sjuksköterskor har genomgått webbutbildning basala hygienrutiner och arbetat därefter.

En patient har drabbats av covid-19 vid inläggning på sjukhus. Ingen smittspridning av covid-19 har skett i verksamheten.

### *Framåtblick 2022*

Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.

För att förebygga vårdskador samverkar verksamhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterska regelbundet.

Hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till ökad patientsäkerhet genom att rapportera händelser till ansvarig chef.

Avvikelse dokumenteras i datadokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Avvikelse behandlas på APT.

All personal, inklusive chef och sjuksköterskor genomgår Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg och genomgår deras webbaserade utbildning minst en gång per år och arbetar därefter.

Folkhälsomyndighetens, regionens och stadens rekommendationer gällande covid-19 följs.

Rutin för egenkontroller ska ses över.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

MÅL 2021

1. Alla patienter över 65 år ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.
3. Förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar.

## STRATEGIER

1 och 2. Sjuksköterska erbjuder och gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år för alla patienter 65 år eller äldre som tackar ja till erbjudandet.

- 3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 3.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid vårdinfektioner.
- 3.3. All personal, inklusive chef och sjuksköterskor genomgår Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg och genomgår deras webbaserade utbildning minst en gång per år.

## Organisation och ansvar

*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, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

*Verksamhetschef* enligt 4 kap. 2 § 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 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

*Hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar för att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

### Intern samverkan

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen/boendestödjarna har uppföljningar 2 ggr/månad utifrån varje enskild vårdtagares behov.

Verksamhetschef och sjuksköterska samverkar för att identifiera riskområden.

---

### **Extern samverkan**

Sjuksköterska samverkar med de vårdcentraler och öppenvårdsmottagningar inom psykiatri där patienten är listad.

Sjuksköterska samverkar med husläkare och specialistläkare på berörda vårdcentraler och öppenvårdsmottagningar för att diskutera frågor som rör patientsäkerheten på individnivå i syfte att förbygga att patienter drabbas av vårdskada.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Vid inflyttning hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och eventuell närstående om Patientnämndens arbete. Informationsbroschyr om Patientnämnden lämnas i samband med inflyttning.

Patienter/närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten. Vid vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras deltar eventuell vårdtagare/närstående.

Vid inträffad händelse/avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient/närstående.

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

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser/händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada till sjuksköterska som registrerar dem i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Allvarliga händelser och avvikelser bedöms och utreds. Avvikelserna analyseras och sammanställs av verksamhetschef och sjuksköterskor. Alla händelser och avvikelser tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

### **Klagomål och synpunkter**

Klagomål som inkommer via IVO (inspektionen för vård och omsorg) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning görs i samråd med MAS.

Kontinuerlig kontakt hålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten. Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av verksamhetschef som avgör grad av utredning.

Alla klagomål/ synpunkter utreds och leder vid behov till en rutinförändring. Alla medarbetare informeras om klagomål/synpunkter.

---

## Egenkontroll

De egenkontroller som genomförts är granskning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, granskning av andelen trycksår uppkomna på enheten och granskning av andelen medarbetare som genomgått Socialstyrelsens webbaserade utbildning en gång per år.

Egenkontroller som har genomförts under 2021

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter 65 år eller äldre som tackat ja till erbjudandet.	1 gång per år	Vodok
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	HSL- indikatorer
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsregistrering HSL- indikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	0 gånger per år	Vårdhygiens blanketter- Självskattning och observationer av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, till exempel genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång i månaden. Avvikelse registreras av sjuksköterska i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse inträffat.

Avvikelserna analyseras och sammanställs av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Återkoppling av analysen och eventuellt förändrat/förbättrat arbetssätt delges till berörd personal.

För att förhindra spridning av vårdinfektioner har alla medarbetare, inklusive chef, genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Infektionsregistreringen har följts och analyserats under året.

Riktlinjer och rutiner för att förhindra smittspridning av pandemi har upprättats och följts. Kohortvård har använts vid misstanke om smitta.

---

## Risakanalys

Verksamhetschefen ansvarar för att en risakanalys genomförs vid förändringar av organisationen eller på annat sätt i verksamheten. Risakanalys görs alltid tillsammans med sjuksköterska och omvårdnadspersonalen/boendestödjarna. Samma gäller vid större förändringar av rutiner. Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personal.

En händelse har inträffat som har resulterat i att rutiner kring läkemedel, överlämning vid arbetspass början och slut samt möten mellan olika yrkeskategorier har förbättrats.

Sedan pandemin startade har flertalet risakanalyser gjorts med förändrade rutiner som följd för att förhindra smittspridning. Vi har följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer och följt stadens beslut om regler gällande Vård och omsorgsboenden.

Avvikelser analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och åtgärder genomförs vid behov.

## Utredning av händelser – vårdskador

Under året har en händelse som rör patientsäkerheten inträffat och utretts. Händelsen har resulterat i förändrade rutiner.

## Informationssäkerhet

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse. Kravet på sekretess tas upp på arbetsplatsträffar minst 1 gång/år.

Endast verksamhetens sjuksköterska har tillgång till dokumentationssystemet Vodok.

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inte kontrolleras av ansvarig verksamhetschef.

Loggkontroller och egenkontroller kommer att införas under 2022.

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Alla patienter 65 år eller äldre ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår för patienter som tackar ja till erbjudandet.	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som tackat ja till erbjudandet en gång per år.	Andelen genomförda riskbedömningar för fall uppgår till 79 procent, för undernäring till 71 procent och trycksår till 79 procent.  Andelen riskpatienter för fall uppgår till 82 procent, för undernäring 0 procent och för trycksår 0 procent	Godkänt resultat

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Inga trycksår uppkomna på enheten.	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i journalen.	Granskning av andelen trycksår uppkomna i verksamheten en gång per månad	Andelen uppkomna trycksår på enheten uppgår till 0 procent	Godkänt resultat
Förhindra spridning av vårdrelaterade infektioner och smittor.	All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.  All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner och sjukdomar.  All personal genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer en gång per år.  Granskning av andelen antibiotikabehandlade Infektioner infektionsregistringen en gång per månad.  Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Egenkontroll för att basala hygienrutiner följs saknades under 2021  Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent.  Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Inte godkänt resultat  Godkänt resultat  Godkänt resultat

### Samlad analys av egenkontrollen

Flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2021 har uppnåtts. Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att dokumentationen är otillräcklig och behöver utvecklas.

Resultatet från en verksamhetsuppföljning som gjordes under 2021 visar att arbetet med egenkontroller behöver utvecklas vilket kommer att göras under 2022.

### Avvikelser

Under året har totalt 44 stycken avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell:

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall</b>	<b>14</b>
<b>Läkemedel, varav</b>	<b>30</b>
• Utebliven dos	14
• Utebliven signering av administrerad dos	2
• Fel administrerat läkemedel	3
• Fel läkemedel i läkemedelsskåpet/förväxling av patient	2
• Fel iordningställt läkemedel	2
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	7

### Analys

Året har innefattat 14 fall varav ett ledde till fraktur.

Gällande läkemedel har 30 avvikelser rapporterats. De avvikelser som avser



---

utebliven dos är det oklart om det är patienten inte velat ha sina läkemedel eller personal som missat.

Vid sju tillfällen saknas läkemedel i patientens skåp. Trolig bakomliggande orsak är brister i rutiner för kontroller vid iordningställande och utlämnande av läkemedel. Det handlar bland annat om dosetter och apodosrullar som missats att dela ut i tid till patientens läkemedelskåp vilket uppmärksammats i samband med läkemedelsadministrering och då korrigerats. Vi kommer att se över hur vi kan förbättra rutinerna för att minimera att avvikelser förekommer. Rutinerna kommer att presenteras på APT och sparas i lokal läkemedelsrutin.

## **Klagomål och synpunkter**

Under året har ett klagomål som rör patientsäkerheten framkommit. Klagomålet gällde en allvarlig händelse och läkemedelshantering och resulterade i en utredning om allvarlig vårdskada.

## **Händelser och vårdskador**

Under året har en utredning av en allvarliga vårdskada skett. Händelsen resulterade i en lex Maria anmälan. Händelsen har lett till förändrade rutiner och arbetssätt. Enligt IVO:s beslut framstår vårdgivarens slutsatser och åtgärder som rimliga och adekvata.

## **Risakanalys**

Under året har vi följt upprättade riskbedömningar, Folkhälsomyndighetens rekommendationer, regionens och stadens rekommendationer för särskilda boenden för att minimera att smittspridning av covid-19 ska ske.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att dokumentationen är otillräcklig och behöver utvecklas. Arbetet med systematiska egenkontroller behöver utvecklas.

## **Mål och strategier för kommande år**

Under 2022 kommer vi att uppdatera vårt kvalitetsledningssystem för att säkerställa att alla får en god och säker hälso- och sjukvård. Vi kommer att införa fler egenkontroller samt arbeta mer med åtgärder och analys av avvikelser.

Vi kommer att fortsätta att arbeta för att inte få en smittspridning i våra enheter så länge pandemin pågår genom att fortsätta att arbeta med basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning samt gällande rekommendationer och riktlinjer från Folkhälsomyndigheten, staden och regionen.

### **ÖVERGRIPANDE MÅL**

#### **MÅL 2022**

1. Alla patienter över 65 år ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.
2. Inga trycksår uppkomna i verksamheten.

---

### 3. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och infektioner.

#### STRATEGIER

1 och 2. Sjuksköterska erbjuder och gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år för alla patienter 65 år eller äldre som tackar ja till erbjudandet.

3.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner och klädregler.

3.2. All personal följer gällande handlingsprogram, riktlinjer och rutiner vid smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.

3.3. All personal, inklusive chef och sjuksköterskor genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst en gång per år.