



# Patientsäkerhetsberättelse för Färingsöhemmets vård och omsorgsboende

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet  
2014-01-17 Pirjo Ridemalm sektionschef

---

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	12
Risikanalys	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Samverkan med patienter och närstående	13
Sammanställning och analys	14
Resultat	14
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

---

## Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna inom patientsäkerhetsarbetet har varit ett systematiskt och strukturerat arbetssätt för att identifiera riskerområden för att förebygga ohälsa och undvika vårdskador. Fortsatt arbete med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar har skett. Det nationella kvalitetsregistret Senior Alert och Palliativa registret används aktivt för att följa upp kvalitetsarbete på Färingsöhemmet. Hälso- och sjukvårdspersonal använder säker inloggning med SITHS kort vid registreringar via IT.

Patientsäkerhetsarbete sker även genom egenkontroller så som punktprevalensmätningar (hygien, infektion och trycksår). Olika checklistor och instrument används för egen kontroll.

Risker för vårdskador har identifierats och hanterats enligt gällande rutiner för hygien, fall, trycksår, munhälsa och malnutrition.

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker, tillbud och negativa händelser enligt MAS riktlinjer.

Synpunkter och klagomål hanteras lokalt på enheten och rapporteras vidare till MAS. Åtgärdsplaner upprättas.

Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet genom vårdplaneringar, läkemedelgenomgångar och dagliga samtal med vård-, rehab- och omsorgspersonalen.

Patientsäkerhetsarbete inom demensvård under 2013 utgår ifrån nationella riktlinjer. Färingsöhemmet har säkerställt personcentrerat arbete genom utveckling av en metod runt den enskildes välbefinnande.

Verksamheten har medverkat i framtagandet och implementering av värdighetsgarantier för särskilt boende i Ekerö kommun. Garantier beskriver hur den enskilde får god kvalitet i vården och omsorgen i Färingsöhemmet.

---

## Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål för verksamheten är att säkerställa att den enskilde får en god och säker vård och omsorg.

Målet för patientsäkerhetsarbete på Färingsöhemmet är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård och följa Produktion omsorgs ledningssystem samt riktlinjer från kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Ett aktivt arbete med avvikelshantering och ständig förbättring används för att förebygga vårdskador. Avvikelse rapportering och händelseanalyser görs systematiskt. Synpunkter och klagomål från den enskilde används för att förebygga brister och utveckla verksamheten.

Samtliga boende riskbedöms gällande fall, malnutrition, munhälsa och trycksår. Det skall journalföras för den enskilde som bedöms ha en förhöjd risk utifrån bedömningar vidtas adekvata åtgärder. Riskerna, åtgärderna och uppföljningarna registreras i Senior Alert.

Färingsöhemmets mål för den palliativa omvårdnaden är att alla boende och deras närstående ska känna trygghet i att vårdas hos oss i livets slut skede. Färingsöhemmets strategi är att följa nationella riktlinjer för palliativ vård. Samtliga dödsfall skall registreras i Palliativa registret.

SITHS kort används för att följa patientdatalagens krav för IT användning.

Genom systematiska ADL- bedömningar av rehab personal skall samtliga boende ha en aktuell status, vårdplan och uppföljning.

Målet är att alla boende ska ha läkemedelsgenomgång vid inflyttning samt minst en gång per år och vid läkemedelsförändringar.

Läkemedelshantering ska fylla kraven för säkerhet. Genom tydliga lokala rutiner skapar vi en gemensam strategi vad det gäller praktiskt arbete runt läkemedel samt delegering för omsorgspersonal.

Målet med patientsäkerhetsarbetet inom området hygien är att förhindra smitta, vårdrelaterade infektioner och vårdskador som är relaterade till hygien. All personal ska genomföra utbildning i basala hygienrutiner genom Vårdhygiens E-utbildning.

---

Målet med patientsäkerhetsarbetet inom området demensvård är god vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Färingsöhemmet använder nationella riktlinjer som stöd för att säkerställa kvalitén i vård och omsorg. Personal som arbetar med personer med demenssjukdom har genomgått webbutbildningen "Demens ABC".

Kompetensgrupper inom hygien, palliativ vård, nutrition, psykisk ohälsa och demens arbetar för att stärka Färingsöhemmets patientsäkerhet.

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer upp och utvärderar målen.

Produktion omsorg ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vården ska bedrivas med respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Sektionschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner som är fastställda av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

MAS har ansvar att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet. MAS upprättar rutiner och riktlinjer för hälso- och sjukvård i Ekerö Kommun och genomför årliga kvalitetsuppföljningar.

Hälso- och sjukvårdspersonal, dvs sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. HSL personal har ansvar att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård.

Omsorgspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade inom verksamheten. Alla medarbetare ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i den dagliga verksamheten.

---

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Verksamhetens ledningssystem beskriver övergripande processer som är viktiga för att uppfylla kvalitet.

Vårdplaneringsmöte med den enskilde sker var sjätte månad och vid förändring. Uppföljning av riskanalyser (fall enligt DRFI skala, malnutrition enligt MNA skala, trycksår enligt NORTON skala, munhälsa enligt ROAG - skala) sker i samband med vårdplanering. Vårdplan enligt HSL upprättas och uppdateras vid risk. Även ADL bedömningar uppdateras i samband med uppföljning.

Egenkontroller inom verksamheten görs regelbundet. Enheten deltar i punktprevalensmätningar inom hygien, trycksår och fall.

Kvalitetsregistren (Senior Alert och Palliativa registret) används för att följa upp statistik och utveckla ett förebyggande arbetssätt inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan planerar registrering inom ramen av sitt boendeansvar.

Uppföljning och utvärdering sker genom systematisk avvikelshantering och händelseanalys görs månadsvis av chefen tillsammans med ansvarig sjuksköterska. Genomgång av avvikelser sker på sjuksköterskemöten. Ansvarig sjuksköterska följer upp händelserna i möten med omsorgspersonal.

Sektionschefen skapar behörighet till SITHS kort via EK katalog. Inloggning till Pascal (läkemedelshantering), Senior Alert och Palliativt register sker via SITHS kort.

Struktur för läkemedelsgenomgång är upprättad av MAS tillsammans med primärvården och Färingsöhemmet. Verksamheten har rutiner för att säkerställa att varje boende har läkemedelsgenomgång minst en gång per året. Det flesta boende har flera läkemedelsgenomgångar under året.

Uppföljning och utvärdering för demensvård sker på tre olika nivåer (personal, individ och verksamhet). Sammanfattning av utbildning och handledningsinsatser görs årligen. Följsamheten i nationella riktlinjer sker via Demens Checklista. Den enskildes välbefinnande skattas med ett särskilt instrument.

---

Avtal för kvalitetsuppföljning för läkemedelshantering är upprättad med Apotek AB. Läkemedelshantering följs upp årligen av MAS och apotekaren.

SLL hygienköterska följer upp att en god hygienisk standard uppfylls.

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

Patientsäkerhetsarbete har genomförts inom följande områden:

#### Vårdhygien

Personal på Färingsöhemmet har deltagit i utbildningen i basala hygienrutiner via avtalet med Stockholms läns landsting (SLL). Under det senaste året har nyanställd personal (ordinarie och vikarier) genomfört en webbutbildning i basala hygienrutiner.

Färingsöhemmet har ett hygienteam. I hygienteamet ingår en sjuksköterska och omsorgspersonal från varje enhet. Teamet har en speciell kompetens inom hygienområdet och arbetar med hygienfrågor och gör bland annat egna kontroller och interna hygienronder samt ger stöd till övrig personal i hygienfrågor. Hygienteamet har haft möte via utbildning med hygiensjuksköterska från SLL och MAS. För övrigt har Färingsöhemmets hygienteam arbetat med lokala rutiner utifrån riktlinjer och rekommendationer samt med praktiska tillämpningar. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler är genomförd i under 2013.

#### Läkemedel

Regelbundna läkemedelsgenomgångar är genomförda under år 2013. Apoteket AB har granskat läkemedelshantering. Lokal läkemedelsrutin är reviderad i enlighet med förslag från apotekaren.

Verksamheten har arbetat vidare med delegeringsutbildningen och kunskapstesten för att säkerställa personalens kompetens inför delegering.

Avvikelse rapporter avseende läkemedel har skickats till MAS efter lokalutredning och händelseanalys. Handlingsplaner

---

upprättas för att undvika återkommande fel. Genomgång av avvikelser sker på sjuksköterskemöten.

### Nutrition

Ett arbete pågår för att förhindra malnutrition hos äldre. Uppföljning sker genom olika skalor (BMI och MNA) och registreras i Senior Alert. Vårdplan upprättas vid risk för malnutrition. Näringsdryck och berikad kost ordineras av sjuksköterskan. Detta dokumenteras även på genomförandeplanen.

Ett projektarbete inom måltidsglädje påbörjades under året 2013. Målet med projektet är att förbättra och förstärka arbete runt måltiderna och matens näringsinnehåll utifrån den enskildes önskemål och förutsättningar. Detta innebär samverkan mellan Färingsöhemmets kök, personal och boende.

### Munhälsa

Munhälsobedömning görs för alla boende och vårdplanen upprättas i journalen vid behov. Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen sker i Senior Alert.

### Fall och fallolyckor

Vid fallincident görs en händelseanalys och åtgärdsplan tillsammans med sjuksköterska, rehab och kontaktman. Bedömningsskalan DRFI används och registreras i Senior Alert. Vårdplan upprättas vid risk för fall.

### Förebygga trycksår

Förebyggande arbete sker för att förhindra uppkomst av trycksår. Bedömningsskalan Norton används och registreras i Senior Alert. Färingsöhemmet deltar i den nationella punktprevalensmätningen angående trycksår. Vårdplan upprättas vid risk för trycksår.

### God palliativ vård i livets slut

Verksamheten arbetar med att upprätthålla kompetensen och kunskapen gällande vård i livets slut. Vård och omsorgsinsatserna registreras i det nationella palliativa registret. Vid väntat dödsfall har alla boende eller närstående fått brytpunktsamtal med läkaren. Efterlevnadsamtal erbjuds till närstående. Symptomskalorna enligt rekommendation från palliativa registret används.

### God vård och omsorg för personer med demenssjukdom



---

Verksamheten deltar i en nätverksgrupp med andra aktörer inom kommunens regi när det gäller att arbeta enligt nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Rekommendationer i nationella riktlinjer används som stöd för personalen i sitt arbete och för att stärka den demenssjukes möjlighet att få god vård och omsorg. All personal inom verksamheten ska genomföra Demenscentrums Demens ABC - utbildning. Metoder (taktil stimulans, musik, vårdhund, reminiscens, validation, Durewall) inom demensvården används. Personal, som arbetar på demensenheten har stort engagemang och vidareutbildning i demensvård.

#### IT användning

SITHS-kort används till säker inloggning i olika IT-system.

Samtycke före registrering i Senior Alert dokumenteras på särskild blankett.

### **Uppföljning genom egenkontroll**

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

#### Vårdhygien

Verksamhetens hygien-team har haft regelbundna lokala möten för att följa upp följsamhet i basala hygienrutiner. Hygienfrågor återkopplas vid varje arbetsplatsmöte till medarbetare. Den nationella punktprevalensmätningen genomfördes våren 2013. Infektionsregistrering sker var tredje månad till MAS.

#### Läkemedel

Läkemedelsanvändning hos de boende följs upp minst en gång per år enligt överenskommelse med primärvård, MAS och särskilt boende. Alla boende har haft läkemedelsgenomgång under år 2013.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utförs årligen enligt författningar och övriga riktlinjer av apotekare från Apoteket AB och MAS från Ekerö kommun.

#### Nutrition

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för riskbedömning enligt MNA skalan vid inflyttning och kontinuerlig uppföljning därefter. Nattfasta (mer än 11 timmar) beaktas i riskbedömningen. Vårdplan upprättas vid risk för malnutrition. Senior Alert används för riskbedömning och registrering.

Det finns möjlighet för dietistkontakt vid behov.

#### Munhälsa

---

Vid inflyttning till Färingsöhemmet gör ansvarig sjuksköterska munhälsobedömning. Folktandvården gör årligen en munhälsobedömning av alla boende enligt överenskommelse.

Rekommendationer av tandhygienist används som underlag i det dagliga arbetet. Utbildning i munhälsa och munvård sker en gång per år av folktandvården.

#### Fall och fallolyckor

Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och omsorgspersonal är involverade i det förebyggande arbetet. Senior Alert används för att registrera fallrisk och åtgärdsplan upprättas.

Riskbedömning för den enskilde sker i samband med inflyttning.

#### Förebygga trycksår

Vid inflyttning sker riskbedömning av ansvarig sjuksköterska. Senior Alerts riskbedömningsskala Norton används för att registrera risk och åtgärd. Dokumentation och vårdplan görs i journalen. Inga trycksår har uppstått på Färingsöhemmet under 2013.

#### Palliativ vård i livets slut

Verksamheten har bearbetat rutiner för palliativ vård utifrån nationella riktlinjer. Enhetens team för palliativ vård utbildar och handleder all personal i palliativa frågor. Palliativa registret används som stöd för att kvalitetssäkra den goda vården i livets slut för den enskilde. Statistik från registret används för att uppmärksamma förbättringsområden. Under år 2013 har enheten tillsammans med läkaren genomfört systematiska brytpunktsamtal med den enskilde och närstående.

För att säkerställa värdighet vid transport för den avlidne används ett uppföljningsformulär som skickas till MAS.

#### God vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Färingsöhemmet planerar arbetet utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Rekommendationerna i riktlinjerna används som kriterier för egen granskning.

Utbildning sker inom egen regi av kompetensgruppen demensteamet. Bland annat har utbildning i demenssjukdomar och bemötande enligt Durewall – metoden ordnats.

E-utbildning Demens ABC genomförs av all nyanställd personal.

---

Instrument för att bedöma välbefinnande hos den demenssjuka används och uppföljning sker vid upprättande av vårdplaner.

Checklista för kvalitetsutveckling inom demens används som egenkontroll för att stärka teamarbetet och följsamhet av Nationella riktlinjer.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Ekerö Vårdcentral utför läkarinsatser på verksamheten och ett avtal har tecknats mellan särskilt boende och Ekerö vårdcentral. Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns underskrivet.

Verksamheten samverkar inom hälso- och sjukvård med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.
- Avtal finns tecknat mellan kommunens MAS och Folktandvården gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
- Ekerö Kommun har avtal med foterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Ekerö kommuns MAS har upprättat avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
- Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Ekerö Kommun har avtal med Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

### **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Medarbetare ska rapportera risker i verksamheten, detta är ett led i kvalitetsarbetet. Risker rapporteras och redogörs på anvisad blankett och lämnas till ansvarig chef som gör händelseanalyser och upprättar åtgärdsplaner.

---

## **Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet**

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

Flödesschema för lokal avvikelshantering finns i MAS rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetare har ett ansvar att skriva avvikelserapport vid händelse som medfört eller skulle kunna ha medfört risk eller skada för den enskilde.

Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Risk- och händelseanalys genomförs tillsammans med sektionschef och HSL personal. Därefter medverkar MAS vid utredningen och sammanställningen.

Återkoppling sker via sektionschef/sjuksköterska till berörd personal.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål dokumenteras på en särskild blankett, som finns tillgänglig även på kommunens hemsida. Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas löpande till produktionschefen.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av sektionschef och vissa fall tillsammans med MAS. Den boende och närstående får återkoppling efter utredning.

## **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Den enskilde och i förekommande fall närstående medverkar vid upprättande av vård- och omsorgsplaner samt läkemedelsgenomgångar. Den enskildes samtycke efterfrågas inför informationsöverföring och deltagande i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Det finns information på anslagstavlan, boendepärm och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Genom att informera närstående vid ändringar av boendes hälsotillstånd samt bjuda in för samtal med läkaren skapas förtroende mellan närstående och läkare, sjuksköterskor, rehab samt omsorgspersonal.

Anhörigträffar används för informationsöverföring samt som diskussionsforum.

---

## **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

Sektionschefen ansvarar för analys och rapportering av inkomna klagomål och synpunkter.

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Alla boende har fått riskbedömning(fall, trycksår, malnutrition och munhälsa).

Registrering (riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning) görs i Senior Alert.

Boende som har avlidit på Färingsöhemmet har fått vård enligt nationella riktlinjer för palliativ vård. Registrering görs i Palliativa registret för samtliga fall.

Under år 2013 registrerades 65 fallincidenter. Två av dem ledde till skelettskada.

Alla boende på Färingsöhemmet har haft läkemedelsgenomgång under år 2013.

Enheten har under året haft 24 avvikelser avseende läkemedel. Ingen avvikelse har lett till skada för patienten/boende.

Kompetenshöjande utbildningar är genomförda inom E-utbildning, basal handhygien och Demens ABC.

Utbildning i munhälsa, hjärtsvikt, fotvård, hygien, taktil massage, patientsäkra förflyttningar och vårdrelaterade infektioner har genomförts under året.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

Vi fortsätter att kvalitetssäkra vården i livets slutskede genom att registrera alla dödsfall i nationella Palliativa registret.

Fortsatt kvalitetsarbete i Senior Alert med fokus på riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar. Påbörja registreringen av inkontinens och psykisk ohälsa i Senior Alert.

Påbörja registrering av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens i BPSD registret.

Påbörja använda PHASE-20 och PHASE-Proxy skattningskala för att identifiera läkemedelsrelaterade symptom.

Vårdhygien E-utbildning i basala hygienrutiner är löpande för all nyanställd personal.

---

Demenscentrums E-utbildning Demens ABC och ABC+ kommer vi också att fortsätta med för all nyanställd personal.

Färingsöhemmet kommer systematiskt att använda sig av Checklista Demens för att skapa kvalitetsutveckling och förbättra teamarbete runt individen med demenssjukdom.

Fortsatt kvalitetsarbete inom nutrition och matglädje.

Aktivt följa utveckling och tillämplig av kunskapsbaserade metoder inom området patientsäkerhetsarbete.

Implementering av HSL dokumentationssystem Pulsen Combine. Produktionsenheten har medverkat vid uppbyggnad av journalstrukturen där dokumentation stödjer patientsäkerhetsarbete utifrån brytpunktsamtal, läkemedelsgenomgång, vård i livets slutskede och riskbedömningar samt vårdplaner.

Tandvårdenheten kommer att införa en säker inloggning via SITHS kort.

