



# Patientsäkerhetsberättelse

## Fristad servicehus

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-05-05

Mikael Ilberg enhetschef

Marita Eklöf Lundin biträdande enhetschef

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>4</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>6</b>
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	9
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....</b>	<b>9</b>
Riskanalys.....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>11</b>
Egenkontroll.....	11
Avvikelser.....	11
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador.....	11
Riskanalys.....	11
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>12</b>

---

## Sammanfattning

Den 1 december 2018 tog Stockholm stad över Fristad servicehus efter flera år i privat regi. Personalen, förutom ledningen, fick erbjudande om att anställningen skulle övergå till staden och stanna kvar på Fristad, alla accepterade erbjudandet.

För att kunna genomföra de insatser som hyresgästerna hade biståndsbeslut på, utökades antalet personal med fyra på dagtid och två på kvällstid.

En arbetsterapeut och en sjukgymnast anställdes på heltid.

Förväntningarna var höga, både från hyresgäster, anhöriga och personal, på att förbättringar skulle märkas av direkt efter övertagandet.

Befintliga riktlinjer och rutiner kasserades av tidigare utförare innan övertagandet, vilket försvårat övergången avsevärt.

Det har varit svårt att rekrytera kompetenta sjuksköterskor och verksamheten har därför tidvis anlitat timvikarier, vilket har påverkat kontinuitet, patientkännedom och det systematiska kvalitetsarbetet negativt.

Informationsöverföring har varit en prioriterad förbättringsåtgärd.

Dagliga rapporter, team-träffar veckovis samt månatliga kvalitetsråd har införts med tydlig mötesstruktur och utifrån en lärandeorganisation.

Verksamheten har haft möte med representanter från hyresgäster i ett trygghetsråd varje månad. Genom delaktighet har information och synpunkter behandlats.

På stadsdelsnämndens möte den 24 oktober 2019 fattades beslut om att avveckla Fristad servicehus. Planering för avveckling påbörjades omgående och själva genomförandet startade i januari 2020 och ska vara slutförd senast 31 januari 2021.

Den totala brukarnöjdheten har ökat till 95 % under 2019.

---

## Inledning

### Övergripande mål och strategier

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

*Fristad servicehus kvalitetsmål:*

Vård och omsorg som är säker och av hög kvalitet, som uppfyller gällande krav och mål enligt SoL, HSL, Patientsäkerhetslagen och andra gällande lagar och föreskrifter, och som motsvarar och helst överträffar de boendes, gästers, närståendes och uppdragsgivares förväntningar.

Vi strävar efter att inte ha några vårdskador alls.

*Fristad servicehus övergripande strategi:*

Ett uthålligt, systematiskt kvalitetsarbete, med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden, där vi eftersträvar kvalitet och patientsäkerhet i varje led, i varje situation, i varje relation.

*Fristad servicehus övergripande hälso- och sjukvårdsmål och strategi:*

Minska vårdrelaterade skador med ett förändrat förhållningssätt genom att alltid ”tänka ”risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetsättet.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor bl.a. genom att ha tydliga rutiner och policys.

### Organisation och ansvar

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

Fristad servicehus har ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har lett till eller kunde ha lett till vårdskada.

Inom organisationen finns ett tydligt ledarskap och ansvarsfördelning:

*Kommunens MAS och MAR*

Har ansvaret enligt *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) § 24* vilket bl.a. innebär att MAS utreder alla händelser som har lett till eller kunde ha lett till en vårdskada (lex Maria). MAS ansvarar också för att den boende får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

De har också ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten.

---

### *Enhetschef/Bitr. enhetschef*

Har ansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 29a och har bl.a. ansvaret för att det finns tydliga mål, rutiner och policys, att uppföljningar görs samt att en god, trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs.

### *Sjuksköterska*

Har omvårdnadsansvar utifrån befattningsbeskrivning. Hen har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

### *Arbetsterapeut och Fysioterapeut*

har ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

- Samverkan sker med läkarorganisation – Legevisitten.  
Uppföljning av arbetssätt, gemensamma rutiner och avvikelser, samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård.
- Samverkan med MAS/MAR – verksamhetsuppföljning från Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning vartannat år.
- Informationsöverföring säkerställs i samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten och kvalitetsråd.
- Samarbete sker med dietist vid behov.
- Överenskommelse finns med Vårdliljans Mobila Sjukskötersketeam för sjuksköterska natttid (21.00 - 07.30, mån- fre och dygnet runt lö-sö).
- Samverkan sker med beställarenheten, i huvudsak Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning – verksamhetsuppföljning från Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning en gång per år.
- Samverkansmöten med verksamhetsföreträdare från primärvården, primärvårdsrehabilitering, psykiatrin,

---

Brommageriatriken, BPSD-teamet och andra aktörer i närområdet hålls vid behov.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Synpunkter/klagomålshantering är positivt då det är en hjälp i verksamhetens förbättringsarbete.

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt används blanketten *Synpunkter/klagomål*.

Kontaktpersonen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i Sol- dokumentationen (uppdatering av genomförandeplan sker parallellt).

Arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentationen.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledningen för stadsdelsförvaltningen.

Om det inte är möjligt att lösa frågorna/problemen inom enheten, ska vederbörande chef hänvisa till någon av följande (beroende på ärende):

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

### **Avvikelser**

Med avvikelse menas det som avviker från rutiner, kvalitetspolicy och intentioner samt skada på person, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, klagomål från brukare, avvikelser i läkemedelshantering och fall. Med avvikelse menas vidare händelser som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för boende t.ex. brister i information mellan olika vårdgivare i och utanför verksamheten, vårdplanering, felbehandling, närståendekontakter m.m.

Rutin angående lex Maria finns där det framgår när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada är tydlig.

---

Anmälan till IVO ska göras av den (MAS/MAR) som vårdgivaren har utsett som ansvarig för anmälningsskyldigheten på blanketten, som finns på IVOs webbplats [www.ivo.se](http://www.ivo.se). Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat.

Under år 2019 har inga avvikelser inträffat som föranlett lex Mariaanmälan.

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendesäkerheten till enhetschef/bitr. enhetschef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt och hanteras sedan på de lokala kvalitetsråden.

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska påbörja åtgärd direkt och dokumenteras enligt HSL.

Hälso- och Sjukvårdspersonal har ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rör hälso- och sjukvård och som hon/han får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen.
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i boendes omvårdnadsjournal (Vodok).
- Enhetschef/bitr. enhetschef kontaktas snarast om hälso- och sjukvårdsavvikelsen är av den karaktären att det föreligger risk för allvarlig skada.
- Närvara på kallade kvalitetsråd/möten.
- Vara delaktig i förbättringsarbetet på de egna avdelningarna.
- Vid fall samt utebliven medicinering informera läkare.
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP.

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av enhetschef/bitr. enhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Senaste månadens avvikelser tas upp på kvalitetsrådet. Eftersom kunskapen gällande avvikelshantering har varit varierande har projektor använts och kvalitetsrådet har varit lärandesituation.

Alla avvikelser med åtgärder gås igenom på teamträffar (veckovis) för att förhindra upprepning av händelsen.

#### **Arbetet med avvikelsen ska mynna ut i olika förbättringsåtgärder**

Åtgärderna ska rikta sig mot bakomliggande orsaker, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas. Uppföljning av åtgärderna bör ske efter överenskommen tid för att säkerställa att de haft avsedd effekt.

Förutom rutinerna i avvikelshantering där både risk- och händelseanalys ingår finns det andra rapporteringsmöjligheter. Rutiner finns kring rapportering både mellan yrkesgrupper och mellan

---

arbetspass. På APT tas upp om något mer allvarligt har hänt för att undvika att det händer igen.

Årligen skickas en medarbetarenkät ut till alla anställda som en del i att undersöka och åtgärda eventuella brister i arbetsmiljön.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Biträdande enhetschef sammanställer och tar upp avvikelser på kvalitetsrådet en gång per månad.

Ett klagomål har inkommit från anhöriga angående en person som man inte tycker har blivit inskickad till sjukhuset i rätt tid. Ärendet lyftes till MAS som gjorde en granskning. Anhöriga fick ta del av dokumentation från alla parter och förklarade sig nöjda efter det. MAS bedömer att ingen lex Maria-anmälan skulle skrivas.

### **Egenkontroll**

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

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	APT Kontinuerlig film i personalrum
Avvikelser, patients klagomål och synpunkter	10 ggr/per år	Kvalitetsråd/Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	Avvikelser, teamträff
Granskning av genomförandeplaner och hälso- och sjukvårdsjournaler	löpande	Bitr. enhetschef
Löpande Sol-dokumentation	löpande	Bitr. enhetschef
Läkemedelshantering	En gång per år	Ssk/ Läkare
Läkemedelsdelegering	Årligen	Ssk/ Biträdande enhetschef
Medicinsktekniska produkter	Årligen	HSL

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

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*



---

Verksamheten har kontinuerligt kvalitetsråd, uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Regelbundna utvärderingar av arbetet sker med externa samarbetspartner så som Legevisitten, Vårdliljan, MAS/MAR och stadsdelsförvaltningen.

Stockholms stads dokumentationsstödare för HSL-personal har varit behjälplig vid tillskapandet av rutiner samt hur bl. a. avvikelser ska skrivas.

Sjuksköterskorna arbetar med att hålla delegeringar aktuella, för bland annat läkemedelsadministrering och frångått delegering för de medarbetare som inte klarat av uppdraget.

Medarbetare har genomfört webbutbildningar; Basala hygienrutiner, Demens ABC och ABC+, samt ”Jobba säkert med läkemedel”. Arbetsterapeut och sjukgymnast har genomfört förflytningsutbildning till all personal under våren 2019. En pilot har genomförts; Demenscentrums ”Stjärnmärkt” av de två medarbetare som har utbildats till ”stjärnmärktinstruktör”. Matlyftet är också en satsning som genomförts riktat till personer med ensamhetsproblem.

Årlig brukarundersökning via socialstyrelsens enkät har genomförts. Synpunkter från framförallt närstående har framförts på olika sätt till chef och följts upp så fort som möjligt genom framförallt möten men också mailkontakt och/eller telefon beroende på vilken kommunikationsväg budbäraren önskat få återkoppling. Läkemedelsgenomgångar har genomförts under 2019.

Årlig verksamhetsuppföljning från stadsdelsförvaltningen.

Bemanning och kontinuitet har utökats. Arbetsuppgifter så som dokumentationsskyldighet, avvikelshantering m.m. har tydliggjorts och säkerställts genom tät dialog mellan ledning och medarbetare.

Mycket arbete har lagts på att försöka få kontinuitet av sjuksköterska. Först genom nyrekrytering, sedan genom att ha ”egna” timvikarier och nu senast genom bemanningsföretag, det sistnämnda är det som har haft bäst effekt.

## **Risakanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4*

En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

En riskanalys kan göras på verksamhetsnivå, organisatorisk nivå och individuell nivå. Några exempel är:

- 
- Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering
  - Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
  - Organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
  - Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter

Väsentlighet- och riskanalys genomförs årligen i verksamheten i samband med verksamhetsplaneringen. Enhetschef ansvarar för att den genomförs.

En risk- eller händelseanalys ska alltid avslutas med enhetschef, eventuellt i samråd med andra arbetsgrupper, beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas så att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Fel i samband med medicinhantering har begåtts vid upprepade tillfällen, olika åtgärder har satts in bl.a. enskild och gruppinformation till personal om läkemedelshantering, återtagande av delegering vid upprepad felhantering.

Rutiner kring överrapportering har förtydligats.

Kunskapsbrist gällande behandlande madrasser har varit stor.

Ingen lex Maria-anmälan har gjorts 2019.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Riskanalys har gjorts gällande informationsöverföring mellan HSL- och omvårdnadspersonal. Bl.a. vid morgon- och eftermiddags rapport. Nya rutiner togs fram i samband med övertagandet av verksamheten, tidigare rutiner var bristfälliga.

Åtgärder som genomförts:

- Struktur vid möten
- Regelbundna strukturmöten med HSL-personal
- Tydliggörande av ansvarsfördelning inom HSL-gruppen och mellan övriga personalkategorier

---

## RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Egenkontroll

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Goda kunskaper i basala hygienrutiner	Fortsatt arbete under 2020	Egenkontroll	Kunskaperna kan förbättras	Fortsatt utbildning löpande
Läkemedelsavvikelse		Lokala rutiner ska följas upp.	53 st	En bättre uppföljning av sjuksköterskorna med personalen
Behandling av Trycksår		Undervisning av ssk och ft	2 st	Kunskapen och samarbetet är gott
Fall		För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys görs vid ofta återkommande fall.	Fall totalt - 171 Fall som lett till höftfraktur – 2 Fall som lett till annan fraktur – 2	De flesta fall har skett vid egen förflyttning när personal inte har varit närvarande.
MTP		HSL-personal följer upp rutiner för MTP	Alla kontroller är gjorda	Goda rutiner finns

### Mål och strategier för kommande år

Mål 2020	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska antal fall som leder till frakturer	Fortsatt utveckling av det fallförebyggande arbetet	Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys kan göras vid ofta återkommande fall.		2020

---

---

	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska antal läkemedelsavvikelse med 50 %	Fortsatt utveckling av det förebyggande arbetet	Lokala rutiner ska följas upp.		2020
Minska antal trycksår med 50 %	Fortsatt utveckling av det trycksår förebyggande arbetet	Åtgärd Information av SSK till personalen.	Resultat	Analys 2020