



# Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

20180227

*Ewa Einerth, verksamhetschef*

*Suzanne Gustafsson, kommunikationsansvarig*

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting*

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE .....</b>	<b>1</b>
Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier .....	3
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 .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Risikanalys .....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	9
<b>HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER .....</b>	<b>9</b>
Klagomål och synpunkter .....	9
Sammanställning och analys .....	9
Samverkan med patienter och närstående .....	10
<b>RESULTAT.....</b>	<b>10</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>12</b>

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

Furuhöjdens Rehabiliteringshem bedriver evidensbaserad individuell vård- och rehabilitering med patienten i centrum. Vårt uppdrag är att ge patienterna precis den rehab de behöver vilket ställer höga krav på att patienter och anhöriga är delaktiga i vård- och rehab. För att uppnå detta har vi en kontinuerlig översyn av våra rehab- och omvårdnadsprocesser för de olika diagnoserna där vi bland annat kontrollerar följsamhet av rutiner, riktlinjer, lagar och krav samt vårt gemensamma arbetssätt. Fokus läggs också på området kommunikation i vår kompetensutvecklingsplan för att på bästa sätt involvera patienter och anhöriga i rehabilitering och vård.

Furuhöjden är ISO 9001 och 14001 certifierat vilket innebär att vi har ett väl fungerande ledningssystem gällande kvalitet och miljö. Stort arbete läggs på att säkerställa alla delar i verksamheten genom kompetensutveckling, avvikelserapportering, åtgärdsplaner, riskbedömningar samt uppföljning och återkoppling till alla berörda.

Under 2017 har vi fortsatt att utveckla de olika avdelningarna med "riktad" kompetensutveckling inom våra olika diagnosområden samtidigt som vi fortsatt uppföljningen av de nya rehab-omvårdnadsprocesserna för att få rutiner och arbetssätt att etableras i hela personalgruppen. Exempel på kompetensutveckling under året: föreläsningar inom kirurgi, thorax och ortopedi tex amputationsföreläsning samt inom neuro- parkinson sjd. Vi har också haft patientföreläsningar om stress, fatigue och kost och hälsa.

Vi har också utökat sjukskötersketjänster samt kuratorstjänst och vi har också infört rehabassistenter för utökad träningsmöjlighet för våra patienter.

## Övergripande mål och strategier

### Mål:

Furuhöjdens övergripande mål är att våra patienter får "precis den rehab de behöver".

Målet innefattar alla delar i rehab- och omvårdnadsprocesserna och utgår från att vi har en patientsäker kvalitet och miljö. För att uppnå detta arbetar vi med nedanstående strategier.

### Strategier:

- Vi har regelbunden kompetensutveckling
- Vi har närvarande och engagerad ledning

- 
- Vi har ett gemensamt patientorienterat arbetssätt som grundar sig på patientens individuella behov.
  - Engagerade medarbetare med genuin motivation och glädje
  - En arbetskultur som uppmuntrar avvikelserapportering och ständiga förbättringar.

## **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

### **Verksamhetschef.**

- Ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och fastställda rutiner. I uppgifterna ingår också bevakning av att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls på Furuhöjdens Rehabiliteringshem.
- I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

### **Avdelningschefernas ansvar är att**

- säkerställa att den egna avdelningen följer Furuhöjdens verksamhetsplan, det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt att införande av nya rutiner/metoder följs.
- introducera och säkerställa att alla medarbetare använder administrativa system på rätt sätt.
- säkerställa att all patientdokumentation motsvarar ställda krav enligt patientdatalagen, socialtjänstlagen, kund- och/eller avtalskrav.
- rapportera personalens kompetensutvecklingsbehov till ledningen.
- säkerställa att avvikelshanteringen är "aktiv" och används på ett konstruktivt sätt.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal** (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, konsultativ legitimerad personal)

- har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och de ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef enligt fastställd avvikelshantering.

### **Omsorgspersonalen** (undersköterskor)

- har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården och socialtjänstlagen. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser enligt fastställd avvikelshantering.

---

## Kvalitets- och miljösamordnare

- ska uppfylla de mål som ledningen fastställer i Furuhöjdens verksamhetshandbok och aktivt arbeta för att samtliga medarbetare engagerar sig i kvalitets- och miljöarbetet.
- ska aktivt notera, sammanställa och rapportera avvikelser till verksamhetschef och ledning. Är även ansvarig för att genomföra interna revisioner.
- ska ta initiativ till förbättringar för att ständigt förbättra kvalitets- och miljöarbetet inom verksamheten.

## Struktur för uppföljning/utvärdering

### Kvalitetssäkringssystem

Furuhöjden är certifierade för ISO 9001 och 14001. Det betyder att vi har ett fungerande ledningssystem med kontinuerlig översyn av befintliga system och struktur av rapportering, avvikelshantering och rutiner.

### Avvikelsehantering

All personal är skyldig att skriva en avvikelserapport om de upptäcker eller hör om något som *kan leda* till vårdskada eller *risk för* vårdskada, eller där *rutiner inte* följts. Ledningen uppmuntrar till att dokumentera alla slags avvikelser. Dessa avvikelser sammanställs av verksamhetschef och kvalitetssamordnare. Efter denna sammanställning görs en riskbedömning, åtgärdsplan samt återkoppling till personalen. I de fall som patient eller anhörig haft klagomål sker även en återkoppling till dem.

Vad gäller trycksår, fall och vårdrelaterade infektioner skall, förutom en avvikelserapport, ett internt datadokument fyllas i. Detta tydliggör och lyfter upp patientsäkerhetsrelaterade problem och en åtgärd kan göras omgående.

Skydds rond med avseende på patient- och personalsäkerhet görs varje år.

Vid förändringar och nya rutiner i verksamheten görs alltid en riskbedömning utifrån Socialstyrelsens skrift "Händelse och riskanalys" och FMEA.

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

### Dokumentation/journalföring

Vi har under 2017 fortsatt att följa upp dokumentationen i Take Care framförallt gällande aktivitetsplaner och aktiviteter. Vi utvecklade också

---

en "omvårdnadsrapport", fysioterapeut och arbetsterapeutrapport som används som journalmall för de patienter där intagningsorsaken är en planerad höft eller knäplastik och där vårdtiden inte överstiger 2 dagar. Omvårdnadsrapporterna utformades med patientsäkerhet i fokus och tanken är att samla all viktig information under hela vårdtiden i samma dokument. Detta för att undvika dubbeldokumentation och risk för fel minskar. Dokumentationen blir också mer effektiv och tiden för dokumentation minskar och personalen får mer tid med patienterna. Journalgranskning har gjorts under hösten på dessa "rapporter" för att se vad som behöver fortsatt utveckling.

### ***Kost, näring, nutrition***

Under året har vi haft patientföreläsningar inom kost och hälsa och under vår utvecklingsdag föreläsning inom näringslära och nutrition.

### ***Kompetensutveckling***

Under året har vi haft föreläsningar inom thorax, kirurgi, ortopedi, parkinsons sjukdom och näringslära. Vi har uppmuntrat vår personal att auskultera på andra kliniker för kompetensutveckling och under året har personal auskulterat på stomiavdelning, Gastrocentrum, Hjärt- och lungavdelning. Som brukligt har all personal genomfört HLR utbildning under året.

### ***Kvalitet***

Under 2017 har mycket arbete lagts ned på fortsatt kompetensutveckling på de olika diagnosriktade avdelningarna samt arbete med rutiner och arbetssätt för att få en hög patientsäkerhet. De olika rehab- och omvårdnadsprocesserna har gått igenom på avdelningarna och reviderats under året. Efter auskultation på HS har fysioterapeuterna utarbetat ERAS program som ska användas här på Furuhöjden.

Under året har ett utbildningsprogram tagits fram för att våra undersköterskor ska ha möjlighet att bli rehabassistenter. Detta för att säkerställa kvaliteten på den träning patienterna kan erbjudas även under kvällar och helger. Rehabassistenterna är ett komplement till våra fysioterapeuter och delegeras rehabuppgifter av dessa. Under december månad 2017 var de första rehabassistenterna färdigutbildade och en utvärdering av denna funktion kommer att utföras under 2018.

För ökad kvalitet och patientsäkerhet har antalet sjuksköterskor utökats och ytterligare en kurator anställts.

Vi genomförde som även detta år PPM(punktprevalensmätningar) gällande efterlevnad av basala hygienrutiner och klädregler samt

---

förekomsten av VRI(vårdrelaterade infektioner) enligt SKL´s nationella satsning.

### **Miljö**

Vi har fortlöpande undervisning i återvinning och sopsortering av vårt avfall och vi kontrollerar regelbundet mängden läkemedel, matavfall, stick och skärande samt förbrukningsprodukter som vi slänger.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

Furuhöjden gör regelbundet egenkontroller för ökad patientsäkerhet

- Vi genomför avvikelserapportering inom alla områden gällande t. ex bristande rutiner, risk för vårdskada eller arbetsskada, brist i kommunikation och överrapportering, brister i vårdens övergångar, fall, trycksår, infektioner samt incidenser inom läkemedelshantering. Sammanställning och resultat redovisas internt och externt.
- Vi utför fortlöpande kontroller på medicintekniska produkter och har ansvariga i alla yrkesgrupper.
- Journalgranskning av nya journalmallar har gjorts för att följa upp och vid behov förändra pågående utvecklingsåtgärder inom området.
- För att ta reda på personalens förhållningssätt, motivation och attityder och upplevd kompetenshöjning genomförs årligen personalenkäter och medarbetarsamtal.
- Köket har ett väl utvecklat program för egenkontroll och genomför dem enligt rutin.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Handläggningsrutiner vid intagning**

Intagningssjuksköterskan gör bedömning av remisser och uppdrag. Intagningssjuksköterskan ringer avdelningen som skickat remissen och ställer frågor för att säkerställa att patienten är redo för rehabilitering.

När patienten kommer till Furuhöjden görs en ny bedömning. Om bedömningen visar att patienten inte är medicinskt stabil återremitterar läkaren patienten till sjukhuset.

### **Samarbetsformer**

Furuhöjden arbetar med multidisciplinära team där patient, läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, kurator och arbetsterapeut ingår. Logoped och dietist kontaktas vid behov.

---

Alla i teamet träffar patienten under inskrivningsdygnet och tar anamnes och status. Sedan lägger man tillsammans med patienten upp rehab- och omvårdnadsplan med mål och åtgärder. Uppföljning sker dagligen av respektive yrkesgrupp och genom gemensamma uppföljningsmöten.

Närstående är alltid välkomna att delta aktivt i rehabiliteringen på Furuhöjden.

### **Samverkan för en sammanhängande vårdkedja**

Vi använder journalsystemet Take Care och har därför sammanhållen journal med anslutna sjukhus. De sjukhus som inte har Take care skickar med journalhandlingar med patienten till Furuhöjden. Saknas handlingar tar Furuhöjden kontakt för komplettering. Patienten måste alltid ge sitt samtycke innan journaler från tidigare vårdinstanser får läsas.

Under vistelsen på Furuhöjden tas vid behov kontakter med distriktssjuksköterska, hemrehabiliteringsteam och kommunen för ev hemtjänstinsatser. I de fall då kontakter redan finns sker en överrapportering innan patienten går hem.

För landstingpatienter använder vi Webcare som kommunikationssystem mellan Furuhöjden, primärvård och kommun. Vårdplanering sker på Furuhöjden och någon i teamet närvarar alltid. Anhöriga är också välkomna att delta då patienten önskar detta.

Vid utskrivning får patienten med sig läkemedelslista och ett utskrivningsmeddelande med aktuella telefonnummer, diagnos och restriktioner.

All legitimerad personal sammanfattar vårdtiden och åtgärder samt resultat i en epikris.

Det är av stor vikt att överrapportering sker vid överföring av patienter till/från andra vårdgivare gällande eventuella risker för vårdskada samt behov av åtgärder för att förhindra vårdskada.

### **Risicanalys**

Vid varje inskrivning bedömer personalen om risk finns för fall, trycksår och undernäring. Detta görs med evidensbaserade bedömningsinstrument och förebyggande åtgärder dokumenteras i journalen och rapporteras vidare i teamet.

Kontinuerlig kontroll av lokaler och hjälpmedel sker för att förebygga vårdskador.



---

Infektioner registreras, följs upp och åtgärdas.

Läkemedelshanteringen diskuteras kontinuerligt vid sjuksköterske- och läkarmöten för att se om rutiner ska förändras för att förbättra säkerheten.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

### **Avvikelser**

Alla avvikelserapporter granskas utifrån vår skyldighet att rapportera avvikelser i enlighet med inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada(Lex Maria)(HSLF – FS 2017:41) och/eller ”Lex Sarah”. Utöver detta har vi rapporteringsskyldighet via gällande ramavtal med olika uppdragsgivare.

Avvikelserapporteringen finns i övrigt beskrivet under tidigare rubrik i dokumentet.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

- På varje patientrum finns en informationspärm som också innehåller *blankett för klagomål och utvecklingsidéer*.  
Ledningen analyserar inkomna klagomål och synpunkter och beslutar om åtgärder.  
Avdelningschefer eller ledning erbjuder patienten att diskutera det inträffade och återkopplar till personalen för att händelsen inte ska inträffa igen.  
Beroende på klagomålets eller synpunkternas art kan det leda till behov av förändrade rutiner eller arbetssätt.
- Vi ber också varje patient att fylla i en enkät vid vårdtidens slut. Dessa samlas in, sammanställs kvartalsvis och presenteras samt diskuteras med ledning och personal som ett underlag för utvecklingsåtgärder.

### **Sammanställning och analys**

Avvikelser, rapporter, klagomål och synpunkter noteras av kvalitetssamordnare i en händelselogg där sortering kan ske utifrån olika områden t. ex fall, läkemedelshantering, bemötande m fl. Detta gör att det är lätt att se om samma händelse återkommer och hur ofta det händer.

---

## Samverkan med patienter och närstående

Vi anser det vara av stor vikt att ta del av patientens och anhörigas frågor och synpunkter för att utveckla patientsäkerheten och tydligheten i informationsutbytet.

Det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till personalen eller via en blankett i patientrumspärmen.

Patienterna får också fylla i en enkät vid vårdtidens slut för att vi ska få återkoppling på vården och rehabiliteringen de fått.

Under vårdtiden sker kontinuerligt uppföljning med patient och team för att samla upp eventuella frågor och funderingar som uppstått. Under dessa möten erbjuds anhöriga att delta om patient önskar detta.

Anhöriga är också välkomna vid träningstillfällen samt informations och utbildningstillfällen som sker under vårdtiden.

Synpunkter och klagomål behandlas på samma sätt som övriga avvikelser.

## Resultat

### Dokumentation

Satsningen på omvårdnadsdokumentationen under 2015 och 2016 med nya mallar, införande av aktivitetsplaner och "att göra lista" börjar nu visa resultat vid journalgranskning. Personalen har bättre kontroll över identifierade omvårdnadsdiagnoser/problem och vilka mål och åtgärder som är planerade och genomförda.

En mindre granskning gjordes under hösten 2017 för att se hur de nya mallarna "omvårdnadsrapporter, fysioterapeut- och arbetsterapeutrapporter som infördes under vinter 2016/ vår 2017 användes och resultatet visar att i omvårdnadsrapporterna är det samma områden som behöver följas upp som tidigare dvs starta aktivitetsplaner för alla identifierade omvårdnadsdiagnoser/problem samt att utforma epikriserna som en sammanställning av vårddid med utförda åtgärder samt resultat.

### Kvalitet

Vi mäter kontinuerligt gästernas upplevelse av den vård och rehab de erhållit under vårdtiden för att ha som underlag för fortsatt verksamhetsutveckling.

Från 1 januari 2017 började vi använda en ny enkät med en del reviderade frågeställningar varför jämförelse med föregående år (2016) inte kan göras på alla parametrar. De frågor som är lika som tidigare år och som kan jämföras är:

---

Fråga	2016	2017
Bemötande vid ankomst	5,50	5,57
Bemötande under vårdtid	5,65	5,73
Bemötande av nattpersonal	5,56	5,69
Delaktighet i beslut om din vård/rehab	5,24	5,36
Målsättning med vistelsen uppnåtts	5,32	5,44
Förberedd för hemgång	5,19	5,25
Upplevde städning	5,26	5,39
Upplevde maten	5,14	5,21

Resultaten är mycket bra och visar på ökning i alla frågeställningar som är jämförbara med 2016.

### **Kost, näring, nutrition**

Även gästernas upplevelse av kosten har blivit bättre. Kost, nutrition och hälsa var också en av kompetensutvecklingsområdena under året och föreläsningar genomfördes både för patienter och personal.

### **PPM VRI/BHK/ samt Tryck och fall**

2017 utförde Furuhöjden Punktprevalensmätningar (PPM) i basala hygienrutiner och klädregler samt VRI(vårdrelaterade infektioner) enligt SKL's nationella satsning.

Resultatet av 2017 års PPM mätningar i följsamhet av Basala hygienrutiner är tyvärr sämre än år 2016.

Följsamheten är försämrad med 8%. Det som blivit sämre är momentet att sprita händerna före handskar.

Efterlevnad i klädregler är i det närmaste nästan identiskt med föregående år 80% 2016 och 81% 2017. Det som varit observerat hos några i personalen är lösnaglar eller nagellack, ringar och klockor.

Vid 2017 års mätning av VRI var det 28 pt inskrivna varav 2 hade en VRI. Ingen av infektionerna hade uppstått på Furuhöjden. Båda pt hade urinvägsinfektion och båda pt hade kateter. I procent blir detta 7,1 % vilket är en minskning från år 2016 då VRI låg på 9% eller 3 av 33 patienter.

---

Under 2017 inkom totalt: 64 st fallrapporter och 0 st rapporter om tryckskada grad 2.

De rapporterade fallolyckorna fördelas:

63 st tillbud och 1 stycken negativ händelse.

År 2016 låg fallolyckorna på 5% och 2017 låg fallolyckorna på 3% vilket är en minskning med 2%. En förklaring till denna minskning kan vara arbetet med riskbedömningar och insättande av aktivitetsplaner med åtgärder för att motverka fall.

2017 hade Furuhöjden 1913 ineliggande patienter samt 22 dagrehabpatienter.

Inga anmälningar har inkommit till IVO eller patientnämnden.

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

Under 2018 kommer vi fortsätta med det ständigt pågående arbetet med att få våra patienter och anhöriga delaktiga, trygga och välinformerade om sin situation.

De frågor som vi ska arbeta extra med under 2018 är:

- Hur väl de upplever att de varit delaktiga i beslut om vård/rehab
- Hur väl de upplever att deras målsättning med vistelsen uppnåtts
- Den samlade upplevelsen av vistelsen på Furuhöjden

2017 års arbete inom dokumentation kommer att följas upp med journalgranskning under vårterminen 2018 och vi kommer också göra en internrevision på rehab- och omvårdnadsprocesserna för att se var förbättringsbehov finns.

Liksom tidigare år gör vi mätningar för att se förekomst av vårdrelaterade infektioner samt följsamheten av basala hygienrutiner och klädregler. Eftersom resultatet av mätningen 2017 var något sämre kommer repetition av hygienrutiner samt e-utbildning att utföras under året. En självskattningsenkät kommer också att skickas ut i förebyggande syfte.

Alla anställda kommer också repetera e-utbildningen "Hbtq - normer, kön och sexualitet"

Vilka utbildningar och föreläsningar som ska genomföras under 2018 på de olika avdelningarna beslutas av avdelningscheferna och ligger inom de olika diagnosområdena.

Att ha ett gott samarbete med remitterande kliniker och inblick i varandras arbete är mycket viktigt i ett patientsäkerhetsperspektiv för

---

säkra vårdövergångar och vi fortsätter därför med bl a  
auskultationsdagar och möten med vårdsamordnare och klinikchefer.

Den 15 januari 2018 öppnade vi en ny enhet "Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter". Där har vi specialiserad fysioterapi med inriktning smärta. Under 2018 kommer mycket fokus ligga på utformning av rutiner och riktlinjer samt ytterligare rekrytering av fysioterapeuter med specialistutbildning till verksamheten.