



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-10

Päivi Palomäki, tf verksamhetschef enligt  
4 kap. 2 § 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	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	8
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	10

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

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Enligt ovannämnda har vi under 2017 genomfört:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår enligt validerade instrument
- registrering av dödsfall i Svenska Palliativregistret
- sammanställning av infektionsregistrering
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar
- inlett registrering i BPSD-registret
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har genomförts av Apoteket AB
- Hygienrond har genomförts av hygiensköterskan från Vårdhygien Stockholms Län.
- Besiktning av medicintekniska hjälpmedel har genomförts
- screening av inkontinens enligt instrumentet Nikola.
- bedömning av munstatus enligt instrumentet ROAG

Egenkontroll av ovanstående har genomförts.

Hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och återkopplas till berörd personal.

Klagomål diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som lämnat in klagomålet eller synpunkten.

Inga klagomål har inkommit via IVO eller via Patientnämnden under året.

Inom två veckor efter att vårdtagaren flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och närstående om möjligheten att lämna in synpunkter och klagomål. Vårdtagare/närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

91 avvikelser rörande fall har rapporterats och 4 av dessa har lett till fraktur. 14 avvikelser rörande läkemedel har rapporterats. Ingen vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka eller influensa. Antibiotikabehandlade infektioner var 50 st under året. Förekomst av antibiotikabehandlade

infektioner följs genom infektionsregistrering. 4 vårdtagare med antibiotikaresistenta bakterier har vårdats på enheten under året.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts och når målet. Förekomsten av frakturer är låg. Andel av vårdtagarna med lågt BMI ligger på 34 %. Trycksårsfrekvensen är mycket låg.

Andelen munbedömningar har minskat och når inte upp till målvärdet medan andelen inkontinensbedömningar har blivit bättre och är nu nära målvärdet.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har minskat och utvecklingen följs kontinuerligt.

Vid enheten fanns tidigare 9 korttidsplatser. Dessa har omvandlats till permanenta platser. Korttidsplatserna medräknades inte i statistiken vilket gör att jämförelse mellan 2016 och 2017 inte är helt korrekt.

Enheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativ registret och BPSD-registret.

## **Övergripande mål och strategier**

### **Mål och strategier**

Enheten har som mål att erbjuda vårdtagarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Vi minimerar andelen vårdskador på grund av trycksår, fall och undernäring genom systematiska riskbedömningar.

Vid väntade dödsfall följs rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.

För att förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner arbetar all personal efter basala hygienrutiner.

En hög säkerhetsnivå för läkemedelshanteringen eftersträvas genom hög följsamhet till upprättade regler och rutiner, systematiska läkemedelsgenomgångar och avstämningar samt extern granskning.

## **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 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

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

ansvarsområde enligt kap. 11 och 12 HSL och 7 kap 3 § Patientsäkerhetsförordningen.

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

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal, d v s sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och dietist, har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef och MAS.

Därutöver ska de följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns.

### **Omvårdnadspersonal**

Omvårdnadspersonalen ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser.

De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

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

Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per månad genom kartläggning av HSL- indikatorer.

Registrering av dödsfall vid enheten görs i Svenska Palliativregistret.

Sammanställning och analys av infektionsregistrering görs en gång per månad.

Hygienronder genomförs med hygiensjuksköterska från Vårdhygien vart annat år.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker en gång per år.

Kontroll av följsamheten till upprättade regler och rutiner för läkemedelshantering sker genom avvikelserapportering.

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

Under 2017 har:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument,

- registrering av dödsfall gjorts i Svenska Palliativregistret,
- sammanställning av infektionsregistrering har genomförts,
- registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer har genomförts
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har genomförts av Apoteket AB
- Hygienrond har genomförts av hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholms läns landsting.
- Besiktning av medicintekniska hjälpmedel har genomförts

Enheten har arbetat med att stärka teamarbetet runt vårdtagarna genom att utveckla strukturerade team-möten.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

De egenkontroller som genomförts under 2017 är:

Granskning och analys av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår mot föregående år.

Kontroll att registrering av dödsfall vid enheten gjorts i Svenska Palliativregistret.

Kontroll av att infektionsregistrering genomförs.

Analys av genomförd registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Intern samverkan**

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda vårdtagarnas behov.

Vid ett rapporttillfälle per dag träffas omvårdnadspersonal och sjuksköterska.

Sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal har veckomöten varje vecka för att diskutera både enskilda ärenden och metoder.

Verksamhetschef och MAS har under året samverkat för att identifiera riskområden.

### **Läkarsamverkan**

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med Team Äldredoktorn. I samverkansmöten under året diskuteras problem som rör patientsäkerheten, både på övergripande och på individnivå för att förebygga att vårdskada uppstår.

Läkarna har varje vecka rond med omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda vårdtagarnas behov.

### **Annan samverkan**

Vid inköp av medicintekniska hjälpmedel som exempelvis liftar, ingår besiktning av dessa en gång per år genom serviceavtal med leverantören.

### **Risikanalys**

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar av organisationen eller på annat sätt i verksamheten. Samma gäller vid större förändringar av rutiner.

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

Delegerad omvårdnadspersonal, som inte har tillgång till avvikelsemodulen i datajournalssystemet, skriver avvikelserna på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska.

Allvarliga avvikelser utreds och hanteras av MAS. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Händelser som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.

### **Hantering av klagomål och synpunkter**

#### **Klagomål och synpunkter**

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

Kontinuerlig kontakt upprätthålls 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.

## Sammanställning och analys

Verksamhetschef samlar in och sammanställer rapporter, klagomål och synpunkter som inkommer och ger underlag för återkoppling och dialog med hälso- och sjukvårdspersonal samt övrig berörd personal.

## Samverkan med patienter och närstående

Inom två veckor efter att vårdtagaren flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras vårdtagare och närstående om Patientnämndens arbete. Vårdtagare/närstående uppmanas/uppmantras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Informationsbroschyr lämnas i samband med inflyttning.

Vårdtagare/närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

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

## Resultat

Under året har verksamheten omstrukturerats och korttidsplatserna har avslutats. 88 journaler har varit upprättade vid enhetens 54 platser. Siffror inom parentes är föregående års siffror i de fall jämförande siffror finns.

**Vid mätdatum 171231 fanns 54 upprättade journaler. Andelen genomförda bedömningar/riskbedömningar vid mätdatum var för:**

Fall (DFRI) uppgår till 49 st. 91 % (100 %)

Undernäring (MNA) uppgår till 50 st. 92,5 % (98 %)

Trycksår (NORTON) uppgår till 50 st. 92,5% (98 %)

Munbedömning (ROAG) uppgår till 44 st. 81% (90 %)

Inkontinensbedömning (Nikola) uppgår till 48 st. 89 % (83 %)

Aktivitet i dagligt liv (Sunnås ADL) uppgår till 54 st. 100 % (82 %)

4 (6) vårdtagare har drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor.

Vid mättillfället fanns en vårdtagare med trycksår som uppstått på annan plats.

Antal vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 30 (32) personer under året vilket motsvarar 34 % av vårdtagarna.

Infektionsregistrering är genomförd.

---



Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 50 (35) st.

Ingen (2) vårdtagare behandlades för virusorsakad gastroenterit eller influensa, dvs. vårdrelaterad infektion.

1 person med hepatit vårdas vid enheten.

Antibiotikaresistenta bakterier:

Under året har det vårdats

2 personer (1) med MRSA.

2 (1) med ESBL/ESBLcarba

Antal avlidna vid enheten under året är 25 (19) personer varav 4 (2) på sjukhus.

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret är 23 (19)

Antal personer med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert är 23 (20).

Vid 26 (35) tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året.

16 (12) personer blev inlagda vilket motsvarar 61,5 %.

Antal inrapporterade avvikelser rörande:

Fall 91 (148) st

Läkemedel 14 (23) st

Inga klagomål har inkommit via IVO

Inga klagomål har kommit via Patientnämnden.

**Måluppfyllelse**

*Analys*

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har minskat något jämfört med föregående år men når upp till målvärdet som är satt av stadsdelsnämnden. Antalet bedömningar av ROAG har minskat och når inte upp till målvärdet. Bedömningar enligt Nikola har blivit bättre och har nästan nått målvärdet. Förekomsten av frakturer är låg och har minskat något jämfört med 2016. Andel av vårdtagarna med lågt BMI ligger på ungefär samma nivå som föregående år. Antalet vårdtagare med trycksår har varit få under året.

Årets resultat visar att färre blev inskickade akut till sjukhus och att fler av dessa blev inlagda. Det indikerar att betydligt färre onödiga inskickningar gjordes under 2017. Det innebär att den negativa utvecklingen är bruten och att det går åt rätt håll.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har minskat och utvecklingen kommer att följas under 2018.

Vid enheten har det tidigare funnits 9 korttidsplatser. Dessa har omvandlats till permanenta platser och jämförelsen mellan 2016 och 2017 är därför inte helt korrekt. De tidigare korttidsplatserna medräknades inte i statistiken.

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

### MÅL 2018

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdnadsjournalen.
2. Alla patienter som lämnar medgivande ska screenas inom områdena inkontinens och munhälsa enligt fastställda instrument i Vodok och patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) ska stödjas genom att personalen arbetar enligt validerad metod.
3. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
4. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
5. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha systematisk läkemedelsgenomgång genomförd.
6. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen följs till 100 procent.
7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 % av patienterna.

### STRATEGIER

- 1-3 Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen. Därutöver ansvarar planeringsansvarig sjuksköterska för att screena patienterna inom områdena inkontinens och munhälsa. Vid behov ska planeringsansvarig sjuksköterska förskriva individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Registrering i kvalitetsregistret BPSD ska påbörjas/fortgå under året. Utbildningsinsatser behövs för nya sjuksköterskor.
- 4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
  - 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
  - 4.3. All ny anställd personal ska genomgå webbaserad hygienutbildning.
  5. Planeringsansvarig sjuksköterska initierar till att fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare.
  6. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen genomförs.
  7. Planeringsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.
-

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

1-4,3,5,7. Pågår kontinuerligt under året

6. Genomförs under februari 2018