



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten- Liljeholmens stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens servicehus

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-01-10

Marie Bergström, 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	5
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Riskanalys	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys	7
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

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 ovan nämnda 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
- screening av inkontinens.
- bedömning av munstatus.

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 sjukvårdspersonal 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.

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

Individuella riskbedömningar är gjorda för en stor andel av vårdtagarna. 9 personer har helt tackat nej till riskbedömningar. Ca en tredjedel av vårdtagarna har lågt BMI. Under året har 3 (4) vårdtagare drabbats av trycksår.

Det har förekommit 159 fall och fem personer har drabbats av fraktur. 33 (84) rapporter om läkemedelsavvikelser har inkommit.

5 personer har behandlats för virusorsakad magsjuka och 1 för influensa. Förekomst av infektioner följs genom infektionsregistrering. Ingen smittspridning har skett.

Enheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativ registret. 14 personer har tackat nej till registrering.

För att öka patientsäkerheten med sjuksköterska på plats även kväll och natt genomfördes den 1 oktober en organisationsförändring inom Fruängsgården. Nu ansvarar Axxgårdens vob för tid mellan 16.30-21.30 och Fruängsgårdens vob för nattinsatser 21.30-07.00. Tidigare hade vi avtal med Careteam AB gällande akuta insatser.

---

## 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 läkemedelshandlingen 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 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 och dietister, 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.

---

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

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 infektionsregistreringar. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, t.ex. genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras en gång per år till Äldreförvaltningen. Avvikelse 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.

Mätning av andelen registrerade dödsfall på enheten i Svenska Palliativ-Registret en gång per månad.

Sammanställning och analys av infektionsregistrering en gång per månad.

Genomföra hygienronder med hygiensköterska från Vårdhygien vart annat år.

Genomföra extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen en gång per år.

Kontroll av följsamheten till upprättade regler och rutiner för läkemedelshandling 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 skett via Svenska Palliativregistret,
- registrering av munbedömning inlets med validerat instrument,
- sammanställning av infektionsregistrering genomförts,
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar utförts,
- registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts
- Extern granskning av läkemedelshandling

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 sker i Svenska Palliativregistret.

Egenkontroll genom dialog i arbetsgrupperna kring Vårdhygiens basala hygienrutiner.

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 2 rapporttillfällen per dag träffas omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal.

Särskilda team-möten mellan sjuksköterska, omvårdnadspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt.

För att öka patientsäkerheten med sjuksköterska på plats även kväll och natt genomfördes den 1 oktober en organisationsförändring inom Fruängsgården. Nu ansvarar Axgårdens vob för tid mellan 16.30-21.30 och Fruängsgårdens vob för nattinsatser 21.30-07.00. Tidigare hade vi avtal med Careteam AB gällande akuta insatser.

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 förbygga att vårdskada uppstår.

Läkarna har rond varje vecka med omvårdnadsansvarig sjuksköterska där man går 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/uppmuntras 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 94 (97) journaler varit upprättade vid enhetens 104 lägenheter (endast 60 lägenheter bebodda). Vid mätdatum 171231 fanns 62 öppna journaler.

Alla siffror inom parantes är föregående års siffror.

### **Andelen genomförda riskbedömningar vid mätdatumet 171231 för:**

fall uppgår till 79 % (80 %)

undernäring uppgår till 79 % (75 %)

trycksår uppgår till 79 % (78 %)

ROAG munhälsa 79 % (76 %)

Nikola inkontinens 79 % (80 %)

Sunnås ADL 95 % (95%)

5 (4) vårdtagare har under året drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor.

Antalet vårdtagare med trycksår uppgår till 3 varav 0 (2) med kategori 4, 1 (0) med kategori 3, 2 (0) med kategori 2 och 0 (2) av kategori 1.

Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 36 % (34 %).

Infektionsregistrering är genomförd.

4(1) vårdtagare behandlades för influensa och 5 för virusorsakad gastroenterit, dvs. vårdrelaterad infektion.

### Antibiotikaresistenta bakterier:

Under året har det vårdats 2 personer med MRSA, 2 med ESBL, 4 med hepatit samt 1 med VRE.

Ingen smittspridning har skett.

---



Antal avlidna vid enheten under året är 19 (13) varav 9(6) på sjukhus.

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret ? (5) st.

Antal nya registrerade personer i kvalitetsregistret Senior Alert är 50 (9) stycken under året.

Antal inrapporterade avvikelser:

Fall 159(164) st

Läkemedel 33 (84) st

Medicintekniska produkter 0(0) st

Brister i specifik omvårdnad/rehabiliteringsinsats 0 (0) st

### **Måluppfyllelse**

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns beslutad av stadsdelsnämnden.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts och andelen är jämförbar med föregående år. Förekomsten av frakturer är låg. En tredjedel av vårdtagarna har lågt BMI, vilken kan leda till att risken för trycksår ökar. Andelen vårdtagare med trycksår ligger kvar på ungefär samma nivå som föregående år.

Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) ligger på samma nivå som föregående år 95 %.

Antalet inrapporterade avvikelser rörande fall har minskat något och avvikelser rörande läkemedel har minskat drastiskt jämfört med föregående år. Extern granskning av läkemedelshanteringen är utförd i december 2017.

Enheten har haft en stabil sjuksköterskegrupp from april vilka har arbetat med att rätta upp de rutiner som tidigare brustit.

## **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
  3. Patienter med Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) ska stödjas genom att personalen arbetar enligt validerad metod.
  4. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten.
  5. Vi ska förhindra spridning av smittsamma infektioner.
  6. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha en systematisk läkemedelsgenomgång genomförd minst 1 gång per år eller vid behov.
  7. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen ska följas till 100 procent.
  8. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
-

9. All personal ska rapportera alla upptäckta avvikelser och av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.

10. Våra palliativa ombud på enheten ska tillsammans med enhetschef delta i utvecklingen av den palliativa vården.

11. Alla patienter ska ha en aktuell riskbedömning gällande nutrition (MNA) och en aktuell gällande munhälsa (ROAG). Alla som har en risk ska ha en hälsoplan med individuell utredning.

## STRATEGIER

1-4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdningsjournalen. Därutöver ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att screena patienterna inom områdena inkontinens och munhälsa. Vid behov ska omvårdnadsansvarig sjuksköterska förskriva individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Registrering i kvalitetsregistret BPSD ska efter behov påbörjas under året.

5.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.

5.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.

5.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning del 2.

5.4. Hygienrund genomförs vartannat år.

6. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar till att fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs tillsammans med ansvarig läkare.

7. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen med apotekare/farmaceut för att säkerställa att sjuksköterskorna tillämpar lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen.

8. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska registrerar genomförda riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa för minst 90 procent av patienterna i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

9. Verksamhetschef upprättar en skriftlig lokal rutin för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.

10. Alla medarbetare som inte gjort webutbildning i palliativ vård ska göra den. Enheten ska utse vårdteam/palliativa ombud med sjuksköterska rehabpersonal och undersköterskor har ett tydligt uppdrag att tillsammans med enhetschef driva palliativa frågor och finnas som stöd för övriga medarbetare

11. Enheten följer de framtagna riktlinjer och rutiner för enheten och förvaltningen. Internkontroll görs varje månad.

### Tidsplan för det som ska åtgärdas:

1-5.3, 8, 11 Pågår kontinuerligt under året

5.4 Hygienrund kommer att genomföras under våren 2018.

7. uppföljning och åtgärder efter läkemedelsgranskning under våren 2018

9. De lokala rutinerna följs upp under 2018 och även tillämpas under året.

---

10. De medarbetare som inte gjort webutbildning i palliativ vård ska göra det under vårterminen 2018.