



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten- Liljeholmens stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens servicehus

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-01-25

Marie Bergström, verksamhetschef enligt  
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	5
Klagomål och synpunkter .....	6
Egenkontroll.....	6
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>7</b>
Riskanalys .....	7
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>7</b>
Egenkontroll .....	7
Avvikelser .....	8
Klagomål och synpunkter .....	8
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>9</b>

## Sammanfattning

Vårt mål är att ge en god hälso- och sjukvård med förebyggande insatser. En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Enligt ovan nämnda har vi under 2018 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
- Egenkontroll av ovanstående har genomförts.
- screening av inkontinens
  - bedömning av munstatus

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 patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman. Vid ankomstsamtalet informeras patient och närstående om möjligheten att lämna synpunkter och framföra klagomål. Patient/närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.

Individuella riskbedömningar är gjorda för många av patienterna men så många som 7(9) tackar helt nej till riskbedömningar. Ca hälften av patienterna har lågt BMI. Under året har 8 (5) patienter drabbats av trycksår och den sista december fanns tre patienter med trycksår vid enheten.

Det har förekommit 96(159) fall varav 4 resulterat i frakturer.

0(5) personer har behandlats för virusorsakad magsjuka och 0 (3)för influensa. Förekomst av infektioner följs genom infektionsregistrering. Ingen smittspridning har skett.

Enheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret. 7(14) personer har tackat nej till registrering.

Sjuksköterska på Axcgårdens vob ansvarar för enheten kvällstid mellan 16.30 - 21.30 och sjuksköterska på Fruängsgårdens vob för nattinsatser 21.30 - 07.00.

Vi kommer fortsatt arbeta med riskbedömningar och åtgärder inom undernäring, trycksår och fall. Vi kommer också arbeta för att utveckla den palliativa vården.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Enheten har som mål att erbjuda patienterna 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.

### Organisation och ansvar

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 kontinuerlig 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.

### Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, d v s sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/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 MAS och verksamhetschef.

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

### Baspersonal

Baspersonalen 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.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Intern samverkan**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov.

Vid 3 rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska.

Rehabiliteringspersonal deltar 1-2 ggr per dag på vardagar.

Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt.

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.

Läkaren har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

### **Annan samverkan**

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

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid ankomstsamtalet informeras patient och närstående om Patientnämndens arbete. Patient/närstående uppmanas/uppmuntras att komma in med synpunkter och klagomål när de upptäcker risker eller brister i verksamheten. Informationsbroschyr lämnas i samband med inflyttning.

Patient/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 patient/närstående.

## **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 baspersonal, som inte har tillgång till avvikelsemodulen i datajournalssystemet, skriver avvikelser på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska. Verksamhetschef ansvarar för att avvikelser utreds.

Vid allvarliga avvikelser överlämnas utredningen till MAS för ställningstagande till ev. Lex Mariaanmälan.

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.

### 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.

### Egenkontroll

Vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser och infektionsregistreringar. Utvalda hälso- och sjukvårdsindikatorer, t.ex. andel patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår rapporteras månadsvis till verksamhetschef och MAS. 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.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: Fall Undernäring Trycksår Inkontinens Munhälsobedömning ADL-bedömning	1 gång per månaden	Rapport av hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gånger per kvartal	Egenkontrollblankett från Vårdhygien
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Egenkontrollblankett från Vårdhygien
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per	Avvikelsehanteringssystemet

	månaden	
Mätning av andelen registrerade dödsfall	1 gång per månaden	Svenska Palliativregistret
Granskning av läkemedelshanteringen	1 gång per år	Externt av farmaceut
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshanteringen	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Under 2018 har:

- riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument,
- registrering av dödsfall gjorts i Svenska Palliativregistret,
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har ej genomförts, är flyttad till 8/1 2019
- sammanställning av infektionsregistrering genomförts,
- mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar utförts,
- registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts

Enheten har strukturerade team-möten runt patienterna.

### 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.

## RESULTAT OCH ANALYS

### Egenkontroll

Under året har 77 (94) journaler varit upprättade vid enhetens 104 lägenheter.

Den sista december 2018 var 49 (62) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

7 av 49 boende har tackat nej till riskbedömningar.

Aktuell riskbedömning:	Mål	Resultat
Fall,	90 %	65 % (79 %)
Undernäring,		65 % (79 %)
och trycksår		65 % (79 %)

Inkontinensutredning	Mål 90 %	Resultat 67 % (79 %)
Munhälsobedömning	Mål 90 %	Resultat 63 % (79 %)
ADL-bedömning	Mål 90 %	Resultat 96 % (95 %)
Hygienrond	Mål En gång vartannat år	Planerad till 22/1 2019
Granskning av läkemedelshanteringen	Mål En gång per år	Planerad till 8/1 2019

Andelen patienter med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 51 %.

11 % av patienterna har drabbats av trycksår under året.

Infektionsregistrering visar att antalet antibiotikabehandlade infektioner uppgår till 21 (58).

Ingen patient behandlades för virusorsakad gastroenterit, d.v.s. vårdrelaterad infektion.

Den sista december fanns två personer med antibiotikaresistenta bakterier.

Den sista december fanns två personer med hepatit vid enheten.

Under året har 18 personer avlidit, varav 4 på sjukhus.

11 har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Vid 37 tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året och av dessa blev 76 % inlagda.

### **Avvikelser**

Under året har 149 (192) avvikelser rapporterats.

Fall 96 (159), 4 frakturer har rapporterats och 11 annan skada/misstänkt skada

Läkemedel 50 (33)

Trycksår 1

Specifik omvårdnad 2

### **Klagomål och synpunkter**

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

### **Måluppfyllelse**

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Andelen riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har minskat och når inte upp till målnivån. Fyra patienter har drabbats av fraktur under året.

Trycksårsförekomsten är bland de lägsta i stadsdelen. Även trycksår i grad 1 uppmärksammas. I siffran redovisas både trycksår som uppstått vid enheten och patienter med trycksår som flyttat in.



Antalet inrapporterade avvikelser rörande fall har minskat jämfört med föregående år medan rapporteringen av läkemedelsavvikelserna har ökat. Det indikerar att avvikelse rapporteringen fungerar vid enheten. Extern granskning av läkemedelshanteringen kommer att genomföras 8 jan 2019.

## Mål och strategier för kommande år

### MÅL 2019

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
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 ska följas till 100 procent.
7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 procent av patienterna.
8. All personal ska rapportera alla upptäckta avvikelser och av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.

### 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 fortsätta under året.
  - 4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
  - 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
  - 4.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.
  - 4.4. Hygienrond genomförs vartannat år.
  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.
  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.
-

8. All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

1-4.3,5,7. Pågår kontinuerligt under året

4.4 Hygienrond ska genomföras 22/1 2019. Rond genomförs vartannat år.

6. Genomförs under första 8/1 2019

8. Lokala rutiner uppdateras efter framkomna behov av förändringar