



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten- Liljeholmens stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens vård- och  
omsorgsboende

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>
Sammanfattning.....	3
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	6
Klagomål och synpunkter .....	7
Egenkontroll .....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	8
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>8</b>
Egenkontroll .....	8
Avvikelser .....	9
Klagomål och synpunkter .....	9
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>10</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 ovannämnda 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
  - screening av inkontinens enligt Nicola
  - bedömning av munstatus enligt 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 togs direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

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

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.

Övriga klagomål/synpunkter som kommer till verksamhetschef skriftligt eller muntligt utreds och relevanta åtgärder vidtas. Enheten har som rutin att besvara alla inkomna synpunkter och klagomål inom 24 timmar eller närmsta vardag efter helg av Enhetschef eller Bitr. Enhetschef, efter det upprätthålls en kontinuerlig kontakt med den som lämnat klagomålet. Bedömer Enhetschef klagomålet/avvikelsen som allvarlig, kontakter hon MAS så fort som möjligt

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts under 2018.

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

75 avvikelser rörande fall har rapporterats varav 5 lett till fraktur.

81 avvikelser rörande läkemedel har rapporterats.

3 vårdtagare har behandlats för influensa. Förekomst av antibiotikabehandlade infektioner följs genom infektionsregistrering.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts under 2018. Den sista december 2018 hade 62 % (94 %) av de boende en riskbedömning gällande fall, 60 % (93 %) för trycksår och 64 % (92 %) för undernäring.

Andel av vårdtagare med lågt BMI är 44 %. Under året har 19 % av patienterna drabbats av trycksår, hälften av dessa har uppkommit på enheten.

Enheten har utbildade BPSD-administratörer men har inte registrerat vårdtagare under året. Vi har registrerat i Palliativ registret och i Senior Alert. 55 % av de boende är registrerade i Senior Alert.

Enhetens nattsjuksköterska ansvarar för akuta insatser 21.30 - 07.00 på Fruängsgårdens servicehus.

Under 2019 kommer vi att utveckla arbetet med riskbedömningar och åtgärder, den palliativa vården och använda oss av BPSD-instrumentet i demensvården.

## 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 vårddagarna 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.

### 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 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.

### 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 1 rapporttillfälle per dag träffas baspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal 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 förebygga 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 avvikelsen 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.

Avvikelseerna 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. Avvikelse rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsem modul 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 gång per kvartal	Egenkontrollblankett från Vårdhygien
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Egenkontrollblankett från Vårdhygien
Avvikelse	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet

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 ej genomförts, planeras 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 166 (150) journaler varit upprättade vid enhetens 112 lägenheter.

Den sista december 2018 var 109 (110) journaler öppna.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

Aktuell riskbedömning:	Mål	Resultat
------------------------	-----	----------



Fall, Undernäring, och trycksår	90 %	62 % (84,5 %) 64 % (83 %) 60 % (84 %)
Inkontinensutredning	Mål 90 %	Resultat 60,5 % (73 %)
Munhälsobedömning	Mål 90 %	Resultat 69 % (75 %)
ADL-bedömning	Mål 90 %	Resultat 99 % (94 %)
Hygienrond	Mål En gång vartannat år	Planerad till 31/1 2019
Granskning av läkemedelshanteringen	Mål En gång per år	Planerad till 8 januari 2019

Andelen patienter med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 44 % (41 %).

19 % av patienterna har drabbats av trycksår under året.

Infektionsregistrering visar att antalet antibiotikabehandlade infektioner uppgår till 35(80).

Ingen patient behandlades för virusorsakad gastroenterit, d.v.s. vårdrelaterad infektion. Tre har behandlats för influensa.

Den sista december fanns 2 personer med antibiotikaresistenta bakterier.

Den sista december fanns ingen person med hepatit vid enheten.

Under året har 38 personer avlidit, varav 3 på sjukhus.

26 har registrerats i Svenska Palliativregistret.

Vid 45 tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året och av dessa blev 84 % inlagda.

### Avvikelser

Under året har 165 (119) avvikelser rapporterats.

Fall 75 (58), 5 fraktur har rapporterats och 13 annan skada/misstänkt skada

Läkemedel 81 (61)

Trycksår 1

Specifik omvårdnad 8

### Klagomål och synpunkter

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

Vi har haft ett klagomål gällande det palliativa omhändertagandet.

### **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. Det är fortfarande låg förekomst av frakturer. Trycksårsförekomsten är medelhög. 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 ökat jämfört med föregående år och samma gäller rapporteringen av läkemedelsavvikelserna. Det indikerar att avvikelse rapporteringen fungerar vid enheten. Extern granskning av läkemedelshanteringen har inte genomförts och är planerad till 8/1 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. Hygienrund 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 den 31/1 2019. Rond genomförs vartannat år.
6. Genomförs den 8 januari 2019
8. Lokala rutiner uppdateras efter framkomna behov av förändringar