



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens  
Vård- och omsorgsboende

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	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	8
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
- 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, kontaktar hon MAS så fort som möjligt.

Ingen Lex Maria anmälan har skett under 2017.

Ett klagomål har inkommit via IVO.

Inom två veckor efter att vårdtagaren flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman. 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.

58 avvikelser rörande fall har rapporterats varav tre har resulterat i fraktur.

61 avvikelser rörande läkemedel har rapporterats.

26 vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka eller influensa.

Förekomst av antibiotikabehandlade infektioner följs genom

infektionsregistrering. En vårdtagare med antibiotikaresistenta bakterier har vårdats på enheten. Men ingen smittspridning har förekommit.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts delvis under 2017. 171231 hade 84,5 % av de boende en riskbedömning beträffande fall, 84 % för trycksår och 83 % för undernäring. Andel av vårdtagare med lågt BMI är 41 % och med trycksår 5 %, hälften av dessa har uppkommit på enheten. 94 % hade en aktuell bedömning av sin förmåga till aktiviteter i dagligt liv, ADL.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser och fall är något låg vilket kan vara en indikation till att avvikelserapporteringen måste lyftas upp i personalgruppen.

Enheten har utbildade BPSD-administratörer men har inte registrerat mer än 1 vårdtagare under året. Vi har registrerat i Palliativ registret och i Senior Alert. 55 % av de boende är registrerade i Senior Alert.

För att öka patientsäkerheten genomfördes en omorganisation på Fruängsgården den 1 oktober där ansvaret för akuta insatser 21.30-07.00 på Fruängsgårdens servicehus ingår i nattsjuksköterskans ansvar.

## **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 kontinuerlig ska bedrivas.

---

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

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

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 läkemedelshanteringen en gång per år.

Mätning av andelen systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar en gång per år för vårdtagare med läkemedelsbehandling.

Kontroll av följsamheten till upprättade regler och rutiner för läkemedelshantering 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 genomförts,
- registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer genomförts
- registrering i Senior Alert genomförts i mindre omfattning

Enheten har påbörjat arbetet med att stärka teamet 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.

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

Egenkontroll genom dialog i arbetsgrupperna kring Vårdhygien, basala hygienrutiner samt genom att nära samtliga medarbetare deltog i hygienutbildning med hygiensjuksköterska.

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 bl.a. via teammöten.

Vid ett tillfälle per dag träffas omvårdnadspersonal och sjuksköterska för rapportering av vårdtagares tillstånd.

Sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal har team-möten efter behov

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

För att öka patientsäkerheten genomfördes en omorganisation på Fruängsgården den 1 oktober där ansvaret för akuta insatser 21.30-07.00 på Fruängsgårdens servicehus ingår i nattsjuksköterskans ansvar.

### **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 varje vecka rond med planeringsansvarig 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.

### **Risکانالys**

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 avvikelsen 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 på våningsmöten 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. synpunktsblanketter finns lättillgängliga på varje våningen, på synpunktsblanketten står telefonnummer och mejladresser till enhetschef och bitr. enhetschef, så att den äldre/närstående även kan nå oss via mejl och telefon för att lämna synpunkter/klagomål på verksamheten.

Informationsbroschyr lämnas i samband med inflyttning.

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

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

### **Resultat**

150 journaler har varit upprättade vid enhetens 112 platser vilka samtliga är permanenta.

171231 var 110 journaler öppna.

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

Fall uppgår till 93 stycken, 84,5 %

Undernäring uppgår till 91 stycken, 83 %

Trycksår uppgår till 92 stycken, 84 %

ROAG uppgår 83 stycken, 75 %

Nikola uppgår 80 stycken, 73 %

Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 103 stycken, 94 %.

Den sista december hade 11 vårdtagare trycksår, varav 5 har uppstått på sjukhus eller annan plats.

---



Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 62 personer, 41 % under året.

Antal avlidna vid enheten under året är 27 personer varav 5 på sjukhus.

Infektionsregistrering är genomförd samt registrering av trycksår

Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 80 st.

26 vårdtagare behandlades för virusorsakad gastroenterit, vårdrelaterad infektion. 0 vårdtagare vårdades för influensa.

Under året har ingen vårdats för hepatit.

Antibiotikaresistenta bakterier:

Under året har det vårdats 1 med MRSA.

Under året har en vårdats med ESBL

Antal registreringar i BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är 1 stycken.

Antal personer med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert är 63

Antal inrapporterade avvikelser rörande:

Fall 58 stycken varav 3 har resulterat i fraktur

Läkemedel 61 stycken

Medicintekniska produkter 0 stycken

Inga klagomål har inkommit via Patientnämnden under året och ett har inkommit via IVO.

## **Måluppfyllelse**

### *Analys*

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har delvis genomförts enligt planeringen, 171231 hade ca 83 – 84,5 % (68 %) av de boende en riskbedömning för fall, trycksår och undernäring. Antalet bedömningar inom ROAG och Nikola är något lägre 73 – 75 %. Andel riskbedömningar har ökat men ännu inte nått målvärdet. Förekomsten av frakturer vid fall är relativt lågt utifrån befintlig statistik. Andel av vårdtagarna med lågt BMI är 41 % (37 %) vilket är något högre än föregående år.

---

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser och fall är något låg vilket kan vara en indikation till att avvikelserapporteringen måste lyftas upp i personalgruppen.

## Övergripande mål och strategier för kommande år

### MÅL 2018

1. 90 % av alla boende ska ha de fem riskbedömningarna beträffande fall, trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens registrerade i Vodok och i Senior Alert
2. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en hälsoplan i omvårdnadsjournalen.
3. Patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) ska stödjas genom att personalen arbetar enligt validerad metod.
4. Inga trycksår ska uppkomma i verksamheten
5. Fullständig registrering av kvalitetsindikatorerna
6. Förhindra spridning av smittsamma infektioner.
7. Alla patienter med läkemedelsbehandling ska ha systematisk läkemedelsgenomgång genomförd.
8. Lokala rutiner och arbetsmetoder för läkemedelshanteringen och vård vid livets slut skall följas
9. All personal ska rapportera alla upptäckta avvikelser och av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.
11. Utveckla teamarbetet mellan de olika professionerna samt kvalitén på teammöten

### STRATEGIER

- 1-4.9 Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar både i Vodok och Senior Alert samt vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en hälsoplan i omvårdnadsjournalen. 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 2018. Utbildningsinsatser behövs för ett stort antal medarbetare som inte är BPSD-administratörer.
- 5 Enhetschef/bitr. enhetschef ska återkoppla, motivera och påminna ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal att registrera kvalitetsindikatorerna varje månad samt kontrollera att kvalitetsindikatorerna fylls i
- 6.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
  - 6.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
  - 6.3. All personal, genomgår webbaserad hygienutbildning.
-

6.4. Hygienrond med hygiensköterska genomförs under 2018

6.5 Vi gör regelbundna observationer angående följsamhet till Basala hygienrutiner

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

8. Påminna regelbundet att arbeta utifrån rutin samt följa inkomna avvikelser och vidta ev. åtgärder utifrån dessa

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

10. Följa lokal rutin samt informera på APT - och våningsmöten vikten av att skriva avvikelse.

11. Följa lokala rutiner om kommunikation samt planera in teammöten i början av året samt utveckla teamarbetet

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

1-3,4,5,6,7,8,9,10,11 Pågår kontinuerligt under året

6.4 Hygienrond planeras in i början av året och utförs utifrån när hygiensköterskan har möjlighet att besöka verksamheten. Rond genomförs vartannat år.