



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Fruängsgårdens vård och  
omsorgsboende

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-01-06

Petra Nilsson, verksamhetschef enligt § 29 HSL

---

## 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   | 7  |
| Risikanalys  | 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  | 11 |

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 2016 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
  - Utbildat administratörer för BPSD-registret
- Egenkontroll av ovanstående har genomförts.
- Gjort screening av inkontinens enligt Nicola
  - Gjort bedömning av munstatus enligt Roag

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 upprättshålls 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 gjorts under 2016 men en allvarlig händelse har inträffat och utretts men inte lett till vårdskada.

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.

112 avvikelser rörande fall har rapporterats och 11 av dessa har lett till fraktur. 44 avvikelser rörande läkemedel har rapporterats. Två vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka eller influensa. Förekomst av

---

antibiotikabehandlade infektioner följs genom infektionsregistrering. Två med antibiotikaresistenta bakterier har vårdats på enheten. Men ingen smittspridning har förekommit.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts delvis under 2016. 161231 hade ca 68% av de boende en riskbedömning beträffande fall, trycksår och undernäring. Förekomsten av frakturer efter fall är 11 stycken. Andel av vårdtagarna med lågt BMI är ca 9% och med trycksår ca 7,5%, sex av dessa har uppkommit på enheten. Uppgifterna beträffande lågt BMI, trycksår och fraktur efter fall är tagna från kvalitetsindikatorerna. Tyvärr är dessa inte fullständigt ifyllda, vilket gör att siffrorna inte är helt korrekta.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser är lågt, rapporteringarna av fall är högre men jag misstänker även här att rapporteringen inte är fullständig, vilket indikerar att avvikelse rapporteringen måste lyftas upp i personalgrupperna.

Enheten har utbildat Bpsd-administratörer under slutet av 2016. Vi har registrerat i Palliativ registret och ett fåtal registreringar är gjorda i Senior Alert.

## **Övergripande mål och strategier**

*SFS 2010:659, 3kap.1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §*

### **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**

*SFS 2010:659, 3 kap.9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

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.

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

---

Verksamhetschef enligt 29 § 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 24 § 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**

*SOSFS 2011:9, 3 kap. 2 §*

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**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 §, p 1-2*

Under 2016 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

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

## **Uppföljning genom egenkontroll**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2*

De egenkontroller som genomförts under 2016 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 observationer av följsamhet till Basala Hygienrutiner

Kontroll av att infektionsregistrering genomförs.

Analys av genomförd registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer.

---

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

### **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 varannan vecka.

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 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.

## **Riskanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

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**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

---

---

### **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 på våningsmöten och vid rapporteringstillfällen.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6*

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**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

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**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

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

## **Resultat**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

161231 var 127 journaler öppna, 119 platser var belagda av 128, av dessa var 7 stycken korttidsboende, resterande heldygnssomsorg

### **Andelen genomförda riskbedömningar vid mätdatum 161231 för:**

Fall uppgår till 81 stycken

Undernäring uppgår till 79 stycken

Trycksår uppgår till 83 stycken

ROAG uppgår 67 stycken

Nikola uppgår 70 stycken

Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 118 stycken

11 vårdtagare har drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor.

9 vårdtagare har drabbats av trycksår, varav 3 på sjukhus eller annan plats.

Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 9 %

Infektionsregistrering är genomförd men inte till 100 %, utifrån avsaknad av koninuitet i sjuksköterskegruppen pga. längre sjukdom, föräldraledighet och att två ordinarie sjuksköterskor valde att avsluta sin anställning i samband med sommarmånaderna.

Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 76 st.

Två vårdtagare behandlades för virusorsakad gastroenterit eller influensa, dvs. vårdrelaterad infektion.

Under året har det vårdats en med hepatit.

---

Antibiotikaresistenta bakterier:

Under året har det vårdats 1 med MRSA.

Under året har en vårdats med ESBL

Antal avlidna vid enheten under året är 51 personer varav 7 på sjukhus.

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret är 39 stycken

Antal registreringar i BPSD-registret (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är 0 stycken. Under slutet av november gick 8 medarbetare utbildning till Bpsd-administratörer och planering finns för att påbörja registrering i Bpsd-registret under 2017

Antal personer med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert är 3.

Antal inrapporterade avvikelser rörande

Fall 112 stycken

Läkemedel 44 stycken

Medicintekniska produkter 0 stycken

Inga klagomål har inkommit via IVO eller Patientnämnden under året.

### **Måluppfyllelse**

#### *Analys*

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har delvis genomförts enligt planeringen, 161231 hade ca 68 % av de boende en riskbedömning för fall, trycksår och undernäring. Antalet bedömningar inom ROAG och Nikola är något lägre ca 57 %. Förekomsten av frakturer vid fall är relativt lågt utifrån befintlig statistik. Andel av vårdtagarna med lågt BMI är också lågt ca 9 %. Jag befärdar dock ett mörkertal beträffande frakturer vid fall och lågt BMI, utifrån att statistiken inte är korrekt ifyllt alla månader under 2016, utifrån bl.a. bristande kontinuitet i sjuksköterskegruppen pga. längre sjukdom, föräldraledighet samt att två sjuksköterskor slutade under året och svårigheter att rekrytera sjuksköterskor.

Gjorda riskbedömningar under 2016 kommer inte upp till 90 % som vi arbetat mot. Vi måste arbeta mer aktivt för att nå vårt mål under 2017 och motivera sjuksköterskorna till att göra dessa riskbedömningar.

Rapporteringen beträffande avvikelser är lågt, specifikt av läkemedelsavvikelser men jag misstänker även att alla fall inte rapporterats, vilket indikerar att avvikelserrapporteringen inte fungerar fullt ut.

---

## Övergripande mål och strategier för kommande år

### MÅL 2017

1. 90 % av alla boende ska ha de fem riskbedömningarna beträffande fall, trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens registrerade i Vodok under 2017
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 följs till 100 procent.
9. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 % av patienterna.
10. All personal ska rapportera alla upptäckta avvikelser och av alla rapporterade avvikelser ska 25 procent analyseras/utredas och vidtagna åtgärder dokumenteras och återkopplas.
11. Förbättra 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 påbörjas/ under året 2017. Utbildningsinsatser behövs för ett stort antal medarbetare som inte är Bpsd-administratörer.
- 5 Enhetschef ska 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 hygienskoterskan genomförs under 2017.
  - 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 och skapa en agenda för teammöten som sedan ska följas.

Tidsplan för det som ska åtgärdas:

- 1-3,4,5,6,7,8,9,10,11 Pågår kontinuerligt under året
- 4.4 Hygienrond planeras in i början av året och utförs utifrån när hygienskoterskan har möjlighet att besöka verksamheten. Rond genomförs vartannat år.