



# Patientsäkerhetsberättelse för Hägersten-Liljeholmens stadsdelsnämnd

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

År 2016

Datum och ansvarig för innehållet

2017-01-12

Tuija Illman, 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	6
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	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 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
- inlett registrering i BPSD-registret
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har genomförts av Apoteket AB
- Hygienrond har genomförts av hygiensköterskan från Vårdhygien Stockholms Län.
- Besiktning av medicintekniska hjälpmedel har genomförts

Egenkontroll av ovanstående har genomförts.

- påbörjat screening av inkontinens med nytt instrument.
- påbörjat bedömning av munstatus i nytt instrument

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 sjukvårdspersonalen 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.

Inga klagomål har inkommit via IVO. Ett klagomål har inkommit via Patientnämnden under året.

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

148 avvikelser rörande fall har rapporterats och 6 av dessa har lett till fraktur.

---

23 avvikelser rörande läkemedel har rapporterats varav 21 st utebliven dos. Ingen vårdtagare har behandlats för virusorsakad magsjuka. 2 vårdtagare hade influensa. Antibiotika behandlade infektioner 35 st. Förekomst av antibiotikabehandlade infektioner följs genom infektionsregistrering. 2 vårdtagare med antibiotikaresistenta bakterier har vårdats på enheten.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts och når målet. Förekomsten av frakturer är låg. Andel av vårdtagarna med lågt BMI och andelen vårdtagare med trycksår ligger på ungefär samma nivå som 2015. Antalet munbedömningar och inkontinensbedömningar har blivit bättre men arbetet behöver fortfarande utvecklas.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har ökat och utvecklingen kommer att följas upp under 2017.

Vid enheten fanns 9 korttidsplatser t.o.m. juni månad. Därefter omvandlades 6 platser till permanent boende och 3 platser till växelvård. Korttidsplatserna och växelvårdsplatserna har inte medräknats i statistiken som redovisas ovan.

Enheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativ registret och BPSD-registret.

## **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. 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 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 har genomförts,
- registrering av hälso- och sjukvårdsindikatorer har genomförts
- extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts av Apoteket AB
- Hygienrond har genomförts av hygiensköterskan från Vårdhygien Stockholms Län.
- Besiktning av medicintekniska hjälpmedel har 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 mot föregående år.

Kontroll att registrering av dödsfall vid enheten gjorts 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.

Analys av extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Analys av hygienronden

## **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.

Vid rapport ett tillfälle per dag träffas omvårdnadspersonal och sjuksköterska.

Sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal har veckomöten varje vecka för att diskutera både enskilda ärenden och metoder.

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.

### **Risikanalys**

*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 rapporteringskyldighet**

*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 vid arbetsplatsträffar 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.

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**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

Under året har 60 (68) journaler varit upprättade vid enhetens 45 platser.

Alla siffror inom parentes är föregående års siffror.

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

Fall uppgår till 60 st. 100% (96%)

Undernäring uppgår till 59 st. 98% (100%)

Trycksår uppgår till 59 st. 98% (100%)

ROAG( munbedömning) uppgår till 54 st. 90% (65%)

Nikola (inkontinensbedömning) uppgår till 50 st. 83% (66%)

Sunnås ADL uppgår till 49 st. 82% (100%)

6 (3) vårdtagare har drabbats av fraktur i samband med fall/fallolyckor.

10 (11) vårdtagare har drabbats av trycksår, varav 9 (6) på sjukhus eller annan plats.

Andelen vårdtagare med BMI lika med eller mindre än 22 uppgår till 27 st.

Infektionsregistrering är genomförd.

Antal antibiotikabehandlade infektioner under året uppgår till 35 (39) st.

2 (7) vårdtagare behandlades för virusorsakad gastroenterit eller influensa, dvs. vårdrelaterad infektion.

1 person med hepatit vårdas vid enheten.

### Antibiotikaresistenta bakterier:

Under året har det vårdats

1 (0) med MRSA.

1 (0) med ESBL

Antal avlidna vid enheten under året är 19 (23) personer varav 2 (5) på sjukhus.

---

---

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret är 19 (18)

Antal personer med registrering i kvalitetsregistret Senior Alert är 20 (8).

Vid 35 (23) tillfällen har personer skickats in akut till sjukhus under året.  
12 (21) personer blev inlagda.

Antal inrapporterade avvikelser rörande

Fall 148 (108) st

Läkemedel 23 (10) st

Medicintekniska produkter 1 (0) st

Inga klagomål har inkommit via IVO

Ett klagomål har kommit via Patientnämnden.

### **Måluppfyllelse**

#### *Analys*

En organisation för systematiskt patientsäkerhetsarbete är beslutad av stadsdelsnämnden.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har genomförts enligt planeringen. Antalet bedömningar inom ROAG och Nikola har blivit bättre, men arbetet behöver fortfarande utvecklas. Förekomsten av frakturer är låg men har ökat väsentligt jämfört med 2015. Andel av vårdtagarna med lågt BMI samt andelen vårdtagare med trycksår ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

Årets resultat visar en fler personer blev inskickade akut till sjukhus och att mycket färre blev inlagda. Det skulle indikera att onödiga inskickningar gjordes under 2016. Detta kommer att analyseras och utredas vidare då det är en icke acceptabel utveckling.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har ökat och utvecklingen kommer att följas upp under 2017.

Vid enheten fanns 9 korttidsplatser t.o.m. juni 2016, där ett stort antal patienter har vårdats under året. Dessa har inte medräknats i statistiken som redovisas ovan.

## **Övergripande mål och strategier för kommande år**

### MÅL 2017

1. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i omvårdningsjournalen.
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 följs till 100 procent.
7. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert för minst 90 % 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. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i omvårdnadsjournalen. 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 påbörjas/fortgå under året. Utbildningsinsatser behövs för nya sjuksköterskor.

- 4.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.
- 4.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.
- 4.3. All ny anställd personal ska genomgå webbaserad hygienutbildning.
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 genomförs februari 2017.
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. 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.

### Tidsplan för det som ska åtgärdas:

- 1-4,3,5,7. Pågår kontinuerligt under året
6. Genomförs under februari 2017

