



Patientsäkerhetsberättelse för Brommagården

2012

Datum och ansvarig för innehållet

130111 Taina Huhtala

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

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	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Risikanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	13

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

HSL-dokumentationen, som är av avgörande betydelse för en säker hälso- och sjukvård, har varit - och är - under ständig utveckling. Den har under året granskats både av MAS, äldreomsorgens datadokumentationssamordnare samt genom egenkontroll (kollegial granskning). Granskningen har visat att den kontinuerligt förbättras.

Under året har vi fokuserat på arbetet med avvikelser för att identifiera risker för vårdskador. Enligt det ledningssystem för kvalitet i verksamheten enligt SoL och LSS som finns inom Brommas äldreomsorg ska fel och brister identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt vidtagna åtgärder följas upp. Samtliga medarbetare är informerade om detta och vi har arbetat under en längre tid aktivt med avvikelserapporteringen.

Verksamheten arbetar aktivt med kvalitet i olika rådsfunktioner. Kvalitetsrådet behandlar alla avvikelser samt med synpunkter och klagomål för att undvika att samma fel upprepas. Vi tar lärdom av det som har skett inom stadsdelen, staden och samhället och ser över våra rutiner vid behov (d v s om vi har bra rutiner, saknar rutiner, efterlever vi dem eller om vi behöver revidera dem). Verksamheten har rutiner för avvikelser, fel och brister samt för klagomålshantering. Klagomål och synpunkter hanteras direkt genom muntlig eller skriftlig återkoppling. De behandlas också och på enhetens arbetsplatsträffar, sjuksköterskemöten och i kvalitetsrådet där representanter för vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, gruppchefer och verksamhetschef ingår. MAS tar del av de avvikelser som verksamheten rapporterar och utreder i förekommande fall allvarliga, eller risk för allvarliga, vårdskador enligt Lex Maria. Rutiner finns för rapportering av missförhållanden eller risk för missförhållanden (Lex Sarah). De erfarenheter vi får i samband med uppkomna fel och brister, synpunkter och klagomål utgör ett underlag för Brommagårdens systematiska kvalitetsarbete. Ingen känd smittspridning har skett under året och ingen anmälan enligt Lex Maria är gjord under året.

Inom verksamhetsområdet äldreomsorg har ett övergripande kvalitetsråd bildats för att säkra kvalitetsförbättringsarbetet bl.a. gällande hantering av avvikelser och fel och brister. Det övergripande kvalitetsrådet träffas två gånger per termin.

I samband med inflyttning till Brommagården utförs individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Om risk föreligger upprättas en vårdplan/handlingsplan i Vodok med fastställt datum för uppföljning. Varje månad gör vi registreringar av inträffade fall av infektioner i verksamheten och analyserar utfallet.

MAS gör årligen en intern kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården. Utifrån uppföljningen 2012 bedöms Brommagården bedriva en god och säker vård och omsorg. Verksamheten har kompetent och erfaren ledning. En stor del av omvårdnadspersonalen har adekvat utbildning, d.v.s. undersköterska eller vårdbiträde (89 %). I verksamheten arbetar en sjuksköterska och fem undersköterskor (Silviasjuksköterska och Silviasyst-rar) med specialistkompetens i demensvård. Varje boende har en kontaktsjuksköterska och en kontaktman och verksamheten har rutiner för att säkerställa kvalitet och ge personal stöd i arbetet. På Brommagården tillgång till sjuksköterskor hela dygnet veckans alla dagar. För läkarinsatserna ansvarar Legevisitten AB hela dygnet veckans alla dagar.

Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet i Bromma stadsdelsförvaltning är att minimera risken för vårdskador och att de vårdskador som trots allt sker ska utredas, analyseras och återkopplas.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utgår från Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i Bromma stadsdelsnämnd.

Vårdgivaren (stadsdelsnämnden) ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen. Patienterna erbjuds trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården bedrivs med respekt för patienternas integritet och självbestämmande.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i särskilda boenden och dagverksamheter. MAS utarbetar riktlinjer och rutiner samt kontrollerar att dessa följs och är kända i verksamheterna. MAS upprättar säkra läkemedelsrutiner och ser till att delegeringar utförs på ett säkert sätt samt granskar att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. MAS informerar verksamheten om förändringar i lagstiftning eller andra övergripande förändringar i bestämmelserna som berör hälso- och sjukvård.

MAS medverkar i utarbetandet av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt deltar i riskinventeringar och förebyggande åtgärder.

MAS har delegering från nämnden att göra anmälan enligt Lex Maria till Socialstyrelsen om en vårdtagare i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt.

Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) säkerställer hög patientsäkerhet inom den rehabilitering som bedrivs inom den kommunala äldreomsorgen.

MAR utarbetar riktlinjer och rutiner för användning av medicintekniska produkter och fallskadeprevention. MAR kontrollerar att dessa följs och är kända i verksamheterna samt granskar att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.

Verksamhetschefen (enhetschefen) för hälso- och sjukvård ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och riktlinjer samt att MAS/MAR rutiner är kända i verksamheten och att dessa följs. Verksamhetschefen ser till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. I ansvaret ingår även att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Socialstyrelsen.

Sjuksköterska/legitimerad HSL-personal bidrar till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och rapporterar risker och negativa händelser till MAS/MAR och verksamhetschef.

Omvårdnadspersonal med hälso- och sjukvårdsuppdrag efter delegering följer de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De medverkar i patientsäkerhetsarbetet och rapporterar risker samt negativa händelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Registrering i kvalitetsregistren Senior alert och Palliativa registret

Inrapportering en gång årligen av Kvalitetsindikatorer till Äldreförvaltningen – genomgång och analys efter inrapportering. Resultatet återkopplas.

Månadsvis registrering och kvartalsvis inrapportering av verksamhetens infektionsregistrering till Vårdhygien – genomgång och analys efter inrapportering.

Återkoppling.

Inrapportering av underlag för Öppna jämförelser.

Verksamhetsuppföljningar årligen av MAS/MAR och kvalitetsuppföljare (administrativ sekreterare).

Avvikelsehantering enhetsvis och stadsdelsövergripande.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Avvikelsehantering.

Riskbedömning av alla nyinflyttade patienter avseende bland annat risk för fall, malnutrition och trycksår, samt erbjudande om munhälsobedömning etc.

Arbete med basala hygienföreskrifter. Sedan flera år tillbaka finns ett nära och bra samarbete med hygiensjuksköterska angående hygienrutiner, tvätt etc. Hygienronder hålls årligen.

Kostarbete – i stadsdelen finns en kostekonom. Det finns kostombud och kostråd inom varje enhet.

Det finns kvalitetsråd i varje verksamhet samt ett övergripande kvalitetsråd för Brommas äldreomsorg.

Ett strukturerat dokumentationsarbete med dokumentationsråd och kollegial granskning/Peer Review med stöd av stadsdelens dokumentationssamordnare.

Årliga verksamhetsuppföljningar av MAS/MAR och kvalitetsuppföljare (administrativ sekreterare).

Samverkan sker med läkarorganisationer, närstående etc.

Utbildningar internt och i stadens regi (Demens ABC, basala hygienföreskrifter, förflyttningsutbildning etc.)

Hög andel med lägst grundutbildning och flera Silviasystrar och Silviasjuksköterskor.

Uppföljning genom egenkontroll

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

- Regelbunden genomgång av stadsdelens ledningssystem från enhetsnivå upp till ledningsgruppsnivå.
- Kollegial granskning av HSL-dokumentationen tillsammans med dokumentations-samordnaren.
- Enhetens eget kvalitetsråd med uppföljning av bland annat rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter och klagomål.
- Brommas kvalitetsråd för äldreomsorgen.
- Enhetsvis genomgång och uppföljning av insatta skadepreventiva åtgärder regelbundet under året.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Externa läkemedelsgenomgångar årligen via avtal med Apoteket Farmaci AB.
- Avtal med Tandvårdsenheten i Stockholms läns landsting - munhälsobedömning och utbildning för personal en gång/år.
- Vårdsamråd mellan verksamheterna, MAS och läkarorganisationen två gånger/termin och överenskommelse om ansvarsfördelningen mellan kommunal hälso- och sjukvård och läkarorganisationen.
- Samverkan MAS och ledningsgruppen efter behov under året.
- Dokumentationsråd med MAS och dokumentationssamordnare samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal regelbundet två till tre gånger/termin.
- Arbetsplatsträffar.
- Gruppmöten.
- Team-samverkan kring patienten i samband med inflytt och förändrad hälsostatus (vårdplanering, teammöte etc.)
- Anhörigsamverkan vid välkomstsamtal och anhörigmöten. I stadsdelen finns anhörigkonsulent och alla enheter har utbildat anhörigombud.
- Mat-/Kostråd och organisation med kostombud enhetsvis.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Avvikelseberapporteringen och hanteringen av inkomna avvikelser är i mångt och mycket grunden för patientsäkerhetsarbetet, med risicanalys och händelseanalys samt eventuell Lex Maria och Lex Sarah.

Risicanalys görs inför exempelvis semesterperioder beträffande personalbemannning/sjuksköterskebemannning.

Avvikelsehanteringen fortsätter på enheternas eget kvalitetsråd samt på Brommas övergripande kvalitetsråd.

Individuell risicanalys beträffande risk för fall, malnutrition och trycksår samt i samband med insättande av skadepreventiva åtgärder.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Vid vårdskada eller risk för vårdskada dokumenteras i patientjournalen samt av staden valt system för avvikelser av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Områdeschef och verksamhetschef samt MAS informeras om händelsen och åtgärder vidtas efter händelseanalys (vid allvarlig vårdskada kontaktas ovanstående omedelbart, annars via avvikelssystemet).

Återkoppling sker i enhetens egna kvalitetsråd, (vid allvarligare eller sedelärande avvikelser även vid Bromma äldreomsorgs övergripande kvalitetsråd) samt på arbetsplats-träffar. Dokumentations sker fortlöpande via avvikelse-systemet av berörd personal.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Rutin för Hantering av synpunkter och klagomål finns i Bromma stadsdelsförvaltning.

Alla medarbetare har kunskap om verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål. Uppkomna problem löses så nära den enskilde som möjligt, inom berörd enhet och i dialog med vårdtagaren. Synpunkterna och klagomålen sammanställs och analyseras som en del i underlaget vid utvärdering och verksamhetsutveckling. Enhetschefen informerar regelbundet sina medarbetare om de synpunkter/klagomål som kommer in och vilka åtgärder som vidtagits. En redovisning görs sedan till nämnden i samband med tertialrapporter och verksamhetsberättelsen.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Se Hantering av klagomål och synpunkter.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna inbjuds att i möjligaste mån vara delaktiga i sin vardag, i sin hälsa och sitt välbefinnande och i detta är närstående viktiga aktörer.

När en person flyttar till en verksamhet i Brommas regi hålls ett välkomstsamtal och årligen inbjuds till anhörigträffar på enheterna.

I Bromma finns en anhörigkonsulent och en organisation kring anhörig/närstående stöd med utbildade anhörigombud är under uppbyggnad.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Sjuksköterskorna har genomgått utbildning i förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Stor del av personalen har vårdutbildning (89 %). Förflyttningsutbildning pågår kontinuerligt, likaså handledning/reflektion sker i samband med den interna demensutbildningen som Silviasystrarna håller i.

Till MAS har lämnats uppgifter hämtade ur Vodok avseende kvalitetsindikatorerna. Uppgifterna lämnas in den 1:a oktober och mäts från 1:a oktober år 1- 30 september år 2. Resultatet av mätningen, se tabell nedan.

Ingen känd smittspridning har inträffat. Ingen anmälan enligt Lex Maria är gjord.

Infektionsregistreringar

Infektioner i särskilt boende. Registrering av inträffade fall. Rapportering till MAS efter varje månad.

År 2012	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
Totalt antal boende	38	38	38	39
Antal boende med suprapubisk urinkateter	0	0	0	0
Antal boende med urinkateter via urinröret	1	1	1	1
Antal boende utan urinkateter	37	37	37	38
Pneumoni	2	3	1	0
Urinvägsinf. hos vårdtagare med suprapubisk urinkateter	0	0	0	0
Urinvägsinf. hos vårdtagare med urinkateter via urinröret	0	0	0	1
Urinvägsinf. hos vårdtagare utan urinkateter	3	0	3	3
Sårinfektion	1	2	0	1
Annan hud- och mjukdelsinf.	0	0	0	0
Clostridium difficile – diarré	0	0	0	0
Annan infektion	0	0	0	0
Influensa	0	0	0	0
Virusorsakad magsjuka	0	0	0	0

Kvalitetsindikatorer; registrering

Kvalitetsindikator HSL 1 okt. 2011	Andel
Boende med dokumenterad fallriskbedömning	100 %
Fallolyckor som lett till fraktur	2 %
Boende med riskbedömning nutrition/malnutrition	100 %
Boende med BMI<22	12 %
Boende med dokumenterad riskbedömning för trycksår	100 %
Boende med trycksår	13 %
Boende med utförd ADL	45 %
Boende med individuellt utredd inkontinens	71 %
Boende med genomförd läkemedelsgenomgång	81 % (*)

Samtliga boende ska riskbedömas utifrån de olika kvalitetsindikatorerna och vid risk ska en vårdplan upprättas och insatserna utvärderas. Detta är ett fortsatt utvecklingsområde för oss. Extra fokus och kraft har redan lagts på detta och kommer att fortsätta att utvecklas tills vi har uppnått vårt mål 100 %.

(*) Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt i ett samarbete mellan ansvarig läkare och sjuksköterska. På grund av missuppfattning av under vilket sökord i Vodok läkemedelsgenomgången ska registreras ser utfallet sämre ut än vad det i praktiken är.

Dokumentation

Granskning av MAS visar att en del av dokumentationen håller en god kvalitet men vi kan se utvecklingsmöjligheter i arbetet med vårdplaner. Egenkontrollen visar dock en betydande förbättring jämfört med föregående år.

Inkontinensutredningar

Många boende har påbörjat utredningarna genom primärvårdens insatser innan de flyttar in på Brommagården och då fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Vid inflyttning till Brommagården har oftast behovet av inkontinensprodukter ändrats på grund av försämrad hälsa och då görs en enklare utredning för att tillgodose behovet av ett individuellt anpassat hjälpmedel.

Kvalitetsuppföljningar

Vid den verksamhetsuppföljning utifrån stadens mall som genomförts under 2011 av MAS, finns dokumenterat att Brommagården bedöms bedriva en god och säker vård och omsorg. Verksamheten har kompetent och erfaren ledning. En stor del av omvårdnadspersonalen har adekvat utbildning, d.v.s. undersköterska eller vårdbiträde (89 %). I verksamheten arbetar en sjuksköterska och fem undersköterskor med specialistkompetens i demensvård (Silviasjuksköterska och Silviasystrar). Varje boende har en kontakt-sjuksköterska och en kontaktman och verksamheten har rutiner för att säkerställa kvalitet och ge personal stöd i arbetet. På Brommagården finns tillgång till sjuksköterskor hela dygnet veckans alla dagar. För läkarinsatserna ansvarar Legevisitten AB hela dygnet veckans alla dagar.

Tandvård

Majoriteten av tillfrågade boende på Brommagården som har erbjudits en munhälsobedömning har valt att tacka ja till en sådan.

Samarbetsmöten

Utöver de samarbetsmöten som beskrivits tidigare har möten ägt rum mellan stadsdelens datadokumentationsamordnare, MAS och sjuksköterskor. Vid mötena har både dokumentationsfrågor och hälso- och sjukvårdsfrågor diskuterats. Mötena har varit mycket uppskattade..

Övergripande mål och strategier för kommande år

Att fortsätta vårt patientsäkerhetsarbete med låga vårdskadeförekomster i kombination med uppfyllandet av författningar ställda krav.

Följande områden är viktiga områden att arbeta vidare med och utveckla under kommande år:

- Att fortsätta att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen
- Avvikelsehantering – att fortsätta analyserna och översynen av rutinerna för att händelser som leder till vårdskada/ risk för vårdskada ska minimeras. Att arbeta mer med riskanalys än händelseanalys.
- Inrapporteringen av 2011 års kvalitetsindikatorer visade mycket dåligt resultat när det gäller inkontinensutredningar. Ofta sker utredningen långt tidigare i vårdkedjan, men vi måste arbeta med våra rutiner för uppföljning och dokumentation av patienternas eliminationsstatus.
- Nationella register
- Fall