



# Patientsäkerhetsberättelse 2012

## Mälarbacken vård- och omsorgsboende

Datum och ansvarig för innehållet

2012-12-31 Yvonne Benner

*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	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Risikanalyser	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	10
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 ser under året en stor förbättring vad gäller avvikelserapporteringen.

Verksamheten har rutiner för avvikelser, fel och brister samt för klagomålshantering. Klagomål och synpunkter hanteras direkt genom muntlig eller skriftlig återkoppling. De behandlas också på avdelningarnas arbetsplatsträffar, teammöten, sjuksköterskemöten och i kvalitetsrådet där representanter för vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, enhetschef och samtliga områdeschefer 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 Mälarselektens systematiska kvalitetsarbete. Ingen känd smittspridning har skett under 2012. Två anmälningar till Socialstyrelsen enligt Lex Maria är gjorda 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 Mälarselekt 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 Mälarselekt 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 (91 %). I verksamheten arbetar flera sjuksköterskor och ett stort antal undersköterskor (Silviasjuksköterskor och Silviasystrar) 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 Mälarselekt finns sjuksköterskor i aktiv tjänst 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  
(*samt Svenska BPSD registret – Mälarbacken under 2012*)

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, förflytningsutbildning etc.)

Hög andel med lägst grundutbildning och flera Silviasystrar och Silviasjuksköterskor.

(Samarbete med Arbetssam – arbetsplatsförlagd svenskundervisning Mälarbacken).

---

## 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 dokumentationssamordnaren.
- 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 §*

Avvikelseberapporteringsen och hanteringsen av inkomna avvikelser är i mångt och mycket grunden för patientsäkerhetsarbetet, med riskanalys och händelseanalys samt eventuell Lex Maria och Lex Sarah.

Risicanalys görs inför exempelvis semesterperioder beräffande personalbermanning/sjuksköterskebermanning.

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

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



---

## **Hälso- 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 arbetsplatsträffar. Dokumentations sker fortlöpande via avvikelssystemet 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*

Flertalet av sjuksköterskorna har genomgått utbildning i förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. I stort sett all personal har vårdutbildning (91 %). Förflyttningsutbildning pågår kontinuerligt, likaså handledning/reflektion i grupper till all omvårdnadspersonal med hjälp av våra utbildade reflektionsledare. De har fått sin utbildning genom kursen ”Reflektion och bemötande – en metodkurs för äldreomsorgen” i regi av stiftelsen Äldrecentrum.

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. Två anmälningar enligt Lex Maria är gjorda.

---

### Infektionsregistreringar

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

Siffrorna inom parentes visar utfallet år 2011.

År 2012	Kvartal 1	Kvartal 2	Kvartal 3	Kvartal 4
<b>Totalt antal boende</b>	182 (182)	182 (182)	182 (182)	182 (182)
Antal boende med suprapubisk urinkateter	3 (6)	0 (5)	0 (3)	0 (3)
Antal boende med urinkateter via urinröret	12 (13)	19 (14)	22 (12)	30 (24)
Antal boende utan urinkateter	167(163)	163(163)	160(167)	152(155)
Pneumoni	10 (7)	10 (15)	6 (4)	4 (16)
Urinvägsinf. hos vårdtagare med suprapubisk urinkateter	1 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Urinvägsinf. hos vårdtagare med urinkateter via urinröret	2 (1)	3 (6)	2 (1)	2 (1)
Urinvägsinf. hos vårdtagare utan urinkateter	11 (13)	13 (8)	11 (8)	18 (12)
Sårinfektion	9 (4)	14 (4)	8 (6)	9 (8)
Annan hud- och mjukdelsinf.	5 (1)	10 (1)	6 (9)	3 (4)
Clostridium difficile – diarré	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (1)
Annan infektion	5 (1)	5 (3)	4 (7)	10 (4)
Influensa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Virusorsakad magsjuka	22 (23)	0 (0)	0 (0)	42 (0)

---

### Kvalitetsindikatorer; registrering

Kvalitetsindikator HSL	1 oktober 2011	1 oktober 2012
Boende med dokumenterad fallriskbedömning	86 %	92 %
Fallolyckor som lett till fraktur	7 %	3 %
Boende med riskbedömning nutrition/malnutrition	80 %	90 %
Boende med BMI<22	20 %	15 %
Boende med dokumenterad riskbedömning för trycksår	93 %	95 %
Boende med trycksår	4 %	14 %
Boende med utförd ADL	74 %	86 %
Boende med individuellt utredd inkontinens	3 %	37 %
Boende med genomförd läkemedelsgenomgång	37 % (*)	54 %

Samtliga boende ska riskbedömas utifrån de olika kvalitetsindikatorerna och vid risk ska en vårdplan upprättas och insatserna utvärderas. Detta är ett område som vi brister på. 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 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 vissa brister finns. Egenkontrollen visar dock en betydande förbättring jämfört med föregående år.

#### Inkontinensutredningar

Många boende har påbörjat utredningarna genom primärvårdens insatser innan de flyttar in på Mälarbacken och då fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Vid inflyttning till Mälarbacken har oftast behovet av inkonti-

---

nensprodukter ändrats på grund av försämrad hälsa och då görs en enklare utredning för att tillgodose behovet av ett individuellt anpassat hjälpmedel. Principerna för utprovning sker genom NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner och Landsting).

### **Kvalitetsuppföljningar**

Vid den verksamhetsuppföljning utifrån stadens mall som genomförts under 2012 av MAS, finns dokumenterat att Mälärbacken 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 (91 %). I verksamheten arbetar flera sjuksköterskor och ett stort antal undersköterskor med specialistkompetens i demensvård (Silviasjuksköterskor och Silviasystrar). Varje boende har en kontaktsjuksköterska och en kontaktman och verksamheten har rutiner för att säkerställa kvalitet och ge personal stöd i arbetet. På Mälärbacken finns sjuksköterskor i aktiv tjänst hela dygnet veckans alla dagar. För läkarinsatserna ansvarar Legevisitten AB hela dygnet veckans alla dagar.

### **Tandvård**

Majoriteten av tillfrågade boende på Mälärbacken som har erbjudits en munhälsobedömning har valt att tacka ja till en sådan. På Mälärbacken finns dessutom tandläkare att tillgå måndag – fredag.

### **Samarbetsmöten**

Utöver de samarbetsmöten som beskrivits tidigare har möten ägt rum mellan stadsdelens datadokumentationssamordnare, 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**

Under 2013 kommer vi att fortsätta med det kvalitetsarbete som pågår med målsättningen ständig förbättring. Stor fokus kommer att ligga på dokumentation och avvikelserapportering.

Vi är anslutna till kvalitetsregistren BPSD, Senior alert och Svenska palliativregistret. Senior alert är ett kvalitets- och processregister för områdena fall, trycksår och undernäring och Svenska palliativa registret är ett kvalitets- och uppföljningsregister som synliggör vården i livets slutskede. Det grundar sig på Socialstyrelsens riktlinjer om god vård i livets slut.

Tanken med kvalitetsregistren är att de ska öka kunskaperna om vad som händer i vården och med dessa kunskaper ska verksamheten kunna effektivisera och höja kvaliteten; patientsäkerhet med kvalitetsregister. Registren bidrar till en ökad patientsäkerhet genom att vi går från att tro till att veta.

Vi kommer att arbeta med att knyta samman ”tänkandet” i de tre ovan nämnda registren med syfte att optimera kvalitetssäkringen av vården på Mälärbacken

---

En av områdescheferna och verksamhetschefen har under året gått utbildningen ”Att förstå och leda utifrån den nationella värdegrunden för äldre, 7,5 hp” samt ”Fördjupad värdegrundsutbildning inom äldreomsorgen med betoning på ledarskapet, 7,5 hp”. Den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen kommer under år 2013 göras känd för samtliga medarbetare. En handlingsplan finns utarbetad för detta.

Vi fortsätter arbetet med reflektion - och bemötandefrågor med hjälp av våra reflektionshandledare.

För att kunna kommunicera och dokumentera måste samtliga medarbetare inom verksamheten behärska det svenska språket. Från och med augusti 2011 har Mälarbacken deltagit i ett projekt benämnt ArbetSam som är ett kompetensutvecklingsprojekt inom omsorgen för äldre och funktionsnedsatta. Projektet ska utveckla lärande och språkutvecklande arbetsplatser och stärka medarbetarna. Undervisningen har pågått till årsskiftet 2012/2013. En handlingsplan finns för det fortsatta arbetet då projektet upphör.

Övriga områden som vi dessutom kommer att prioritera är följande:

- Fortsätta att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- Avvikelsehantering. Fortsätta med analyserna och översynen av rutinerna för att händelser som leder till vårdskada/ risk för vårdskada ska minimeras. Arbeta mer med riskanalys än händelseanalys.
- Arbeta med rutinerna för uppföljning och dokumentation av patienternas eliminationsstatus.
- Vårdhygiens riktlinjer för basala hygienriktlinjer ska följas av samtliga medarbetare.
- Den webb-baserade utbildningen i basala hygienrutiner ska genomföras av samtliga fast anställda medarbetare.
- Samtliga avdelningar på Mälarbacken ska arbeta med fallprevention enligt kvalitetsregistret Senior alert.
- Samtliga avdelningar på Mälarbacken ska ha diskussioner ledda av legitimerad personal utifrån begränsningsåtgärder.
- Alla inkontinenshjälpmedel ska vara förskrivna av sjuksköterska och journalförda.
- Samtlig omvårdnadspersonal ska årligen utbildas i förflyttningsteknik.