

Patientsäkerhetsberättelse

Brommagårdens vård- och omsorgsbo-
ende samt dagverksamhet
År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-27 Taina Huhtala

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	
6	
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser	11
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador	12
Riskanalys	12
Mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

Mål: Att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård.

Personalen inom verksamheten bidrar till en hög patientsäkerhet och vård av god kvalitet genom att arbeta förebyggande för att förhindra fall och fallskador, undvika undernäring, trycksår och smittspridning samt att minska förekomsten av smärta, ångest och oro. Fokus ligger på personcentrerade vårdinsatser.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits:

Arbetet med att vidareutveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen, i samråd med dokumentationssamordnare samt med MAS och MAR, har fortsatt under året. Kollegial granskning av journalföring har ägt rum vilket har påvisat en utveckling av dokumentationen och en del förbättringsområden.

Hantering av avvikelser av olika slag sker i kvalitetsrådet där de olika yrkeskategorierna är representerade. Vi diskuterar och analyserar möjliga orsaker till varför avvikelser uppstår och vidtar vid behov åtgärder för att förhindra att avvikelser upprepas och att risk för skada uppstår. På kvalitetsrådet diskuteras vid förekommande fall även avvikelser som har skett inom stadsdelen, staden och i landet. Detta för att lära av andra och för att förhindra att samma avvikelser skall ske inom verksamheten.

Klagomål och synpunkter hanteras direkt genom muntlig eller skriftlig återkoppling. De behandlas också på enhetens olika möten. MAS/ MAR tar del av de avvikelser som verksamheten rapporterar och utreder i förekommande fall allvarlig, eller vid risk för allvarlig, vårdskada enligt Lex Maria. Rutiner finns för rapportering av missförhållanden eller risk för missförhållanden enligt Lex Sarah.

De viktigaste resultaten som uppnåtts:

Verksamheten har under 2018 Silviacertifieras. Samtlig personal har genomgått en utbildning genomförd av Silviahemmet. Målet med denna satsning var att höja medarbetarnas kunskaper gällande omhändertagandet av personer med demenssjukdom. Fem av omvårdnadspersonalen har även utbildats till reflektionsledare. De har under 2019 kontinuerligt hållit i reflektionsmöten med sina kollegor. Ett forum för att bland annat utbyta erfarenheter och utveckla arbetssätt.

En kvalitetsförbättring har skett genom utveckling av dokumentationen i hälsoplaner samt uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder. Dokumentationen i olika nationella kvalitetsregister är ett utvecklingsområde.

Kostregistrering har skett vid två gånger under året och resultatet visar att nattfastan i snitt ligger under 11 timmar. En tydlig förbättring mot tidigare mätningar.

Apoteket har under året genomfört läkemedelsinspektion med gott resultat med ett fåtal förslag till förbättringar som omgående genomfördes.

En blick framåt:

Ett fortsatt kvalitetsarbete med att ständigt granska och följa upp och utveckla de olika processer som har betydelse för patientsäkerhet och välbefinnande för våra boende med dokumentation i fokus samt registrering i de olika kvalitetsregistren.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

- All personal inom verksamheten ska bidra till hög patientsäkerhet av god kvalitet genom att minska antalet vårdskador
- Arbeta förebyggande för att förebygga fall och fallskador, minska risk för undernäring, trycksår, smittspridning, smärta, ångest och oro. Säkra en god munhälsa.

Strategier:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra egenkontroll av utvalda processer/indikatorer
 - genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation med fokus på tex hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd, KVÅ-koder
 - genomföra punktprevalensmätning över utvalda indikatorer två gånger under året
2. Utreda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser
3. Registrera i nationella kvalitetsregister.
4. Upprätthålla och utveckla kompetens hos legitimerad personal genom:
 - Deltagande vid nätverksträffar för dokumentationshandledare
5. Upprätthålla och utveckla kompetens hos all personal utifrån kompetensutvecklingsplan

Organisation och ansvar

Nämndens ansvar

Nämnden är huvudman och vårdgivare och ansvarar för att hälso- och sjukvården bedrivs på ett systematiskt och patientsäkert sätt. Nämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god och säker vård med god hygienisk standard enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 (HSL). Det ansvar som ligger på MAS/MAR är undandraget verksamhetschefens ledningsansvar. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.

-
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
 - ska utifrån resultat på uppföljningar och analys av risker vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
 - svarar för att rutiner implementeras och följs.
 - ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.
 - ansvarar för att samverka och informera MAS/ MAR i frågor som rör hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) har ett övergripande ansvar för en god och säker vård enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80 (HSL) och MAS/ MAR är sakkunniga i hälso- och sjukvårdsfrågor och har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Dietist

Dietisterna i Västerorts stadsdelar arbetar i samverkan med övriga för att säkerställa den äldres nutrition och näringsbehov. Dietisten arbetar dels utifrån ett SOL-perspektiv med rutiner, utbildning, handledning, mat- och måltidssituation samt dygnfasta och utifrån ett HSL-perspektiv där individuell nutritionsbehandling ges, för att säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande av äldre. Målgruppen innefattar främst personer med ofrivillig vikt-förlust, ätsvårigheter eller undervikt med målsättning att individen ska få så god livskvalitet som möjligt sin sista tid i livet.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvårdspersonal omfattas av ledningssystemet för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. De har en skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet och ska:

- arbeta förebyggande
- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen
- följa MAS/ MAR riktlinjer och regler samt verksamhetens lokala rutiner,
- utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
- rapportera risker och avvikelser i vården
- utföra egenkontroll

Omvårdnadspersonal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Dokumentationssamordnare

Dokumentationssamordnare ger stöttning, feedback och utbildning för chefer, nya och etablerade användare av funktioner och dokumentation i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen. Hon har regelbundna träffar, både i grupp och enskilt samt har riktade insatser i verksamheter där enskilda

användare är i behov av extra stöd för sin dokumentation.

Vårdhygien och smittskyddsenheten

Vårdhygien och smittskyddsenheten tar fram vård-och handlingsprogram. Informerar och ger stöd i frågor som gäller hygienrutiner och smittskydd.

Läkarorganisation

Legevisitten ansvarar för läkarinsatser på boendet. Ansvarig läkare finns på plats en dag i veckan och bedömer i samråd med sjuksköterska vilka insatser som krävs. Tillgång till läkare finns dygnet runt vid behov.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har en samlad uppgörelse mellan kommun och landsting. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan med läkarorganisationen,
- Samverkan nutritionsbehandling,
- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning för MTP
- Kostnadsfördelning av läkemedel

Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten sker med:

- Apoteket AB, som genomför apoteksinspektioner en gång om året där MAS deltar.
- Vårdhygien, som genomför hygienronder inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte stadens medicinskt ansvariga två gånger om året.
- Samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner (MAS) för tandvårdsfrågor genomförs på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård en gång om året.
- Samverkan sker även löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, som t.ex. stadsdelarnas dietister och dokumentationsstödare för hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Samverkan sker med Flexident. I samarbete med tandläkare och tandhygienist görs nödvändiga insatser för att främja en god munhälsa.
- Samverkansmöten och -överenskommelse med jourföretag sjuksköterska

Patienters och närståendes delaktighet

I samband med inflyttning tar alltid omvårdnadsansvarig sjuksköterska (oas) kontakt med anhörig/närstående eller den enskilde för att få hjälp att skapa sig en helhetsbild om hälsa och hälsohistorik. Anhöriga är sedan om de så önskar delaktiga vid inskrivning och vid vidare läkarkontakter under boendetiden. Oas kommer överens med anhörig och den enskilde om hur den vidare kontakten ska ske. I det fall det finns fler anhöriga kan en kontaktperson i anhöriggruppen behövas utses. Där det är möjligt är anhörigas medverkan i utformningen av vården och omsorgen ofta av hög betydelse. Ett ankomstsamtal genomförs alltid i samband med inflyttning. Verksamheten har även anhörigråd där anhörigrepresentanter från alla enheter finns. Anhörigrådet träffas fyra gånger per år och ger deltagarna en ökad insikt om verksamheten och information om det som planeras och sker på enheterna, på hela Brommagården, i stadsdelen och i staden. De får även möjlighet att framföra sina eller de äldres synpunkter om verksamheten och dess innehåll samt har ett forum att ställa sina frågor om verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Den som upptäcker avvikelser, risk för vårdskada eller händelse som har eller hade kunnat medföra vårdskada kontaktar sjuksköterskan för bedömning och åtgärd. Den som upptäcker avvikelser skriver en avvikelserapport. Händelsen dokumenteras i patientjournalen och i avvikelsemodulen. Hälso- och sjukvårdspersonalen gör bedömning och vidtar åtgärder (t ex läkarkontakt, extra tillsyn) samt handleder personal. Vid behov vidtas åtgärder i teamet. Alla avvikelser skickas till MAS/MAR. Vid allvarigare avvikelser kontaktas Mas omgående per telefon eller mail.

Klagomål och synpunkter

Rutin för Hantering av synpunkter och klagomål finns i Bromma stadsdelsförvaltning. Alla medarbetare har fått information om verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål. Ett förtydligande har även gått ut till anhöriga hur och till vem som synpunkter kan framföras. Synpunkter och klagomål sammanställs och analyseras som en del i underlaget vid utvärdering och verksamhetsutveckling. Alla synpunkter och klagomål som rör hälso-och sjukvård bearbetas på enhetens kvalitetsrådsmöten en gång i månaden och på HSL-möten tre gånger per termin. Åtgärder görs skyndsamt om det krävs. En återkoppling till den som lämnat synpunkter/klagomål görs snarast.

Enhetschefen informerar regelbundet sina medarbetare om de synpunkter/klagomål som kommit in och vilka åtgärder om vidtagits. En redovisning görs sedan till stadsdelsnämnden i samband med tertialrapporter och i verksamhetsberättelsen.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	Två gånger per år	Kollegial observation
Dokumentation	Två gånger per år	Kollegial granskning
Delegering	En gång per år	Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Loggkontroll	En gång i månaden	Lokal rutin efter MASs riktlinjer
Avvikelser	En gång i månaden	Kvalitetsråd
Fallskador	En gång i månaden	Kvalitetsråd
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	Kvalitetsregister Dokumentation i journal
Viktmätning	Var 3:e månad	Kvalitetsregister/ Vodok journal
Mätning av nattfastan	2 g/år	Riktlinjer, Soc.styrelsen
Skyddsåtgärder	En gång i månaden	Kvalitetsrådet
Läkemedelsgenomgångar med symtomskattning	En gång per år	Läkarorganisationen
Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	En gång per år	MAS rutin
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	1 ggr/månad	MAS rutin
Funktionskontroll MPT	Enligt föreskrift	Lokal rutin
Säkerställa vårdinsatser i livets slutskede m stöd av checklista fr. palliativa reg	V b	Palliativa reg. Journal
Patientens klagomål och synpunkter	En gång i månaden	Kvalitetsrådet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

- Fortsatt fokus på utveckling av dokumentation för all hälso- och sjukvårdspersonal.
- Sjuksköterskorna samt omvårdnadspersonal har deltagit i läkemedelsutbildning genom stadsdelen.
- Verksamheterna har fortsatt med utveckling av ICF dokumentationen och palliativ vård vid vård i livets slut samt analysarbete från nationella register
- Utveckla hälsoplanerna genom att koppla åtgärder till hälsoplan
- Enheten är Silviacertifierad. Detta för att öka kunskaper i demens sjukdomar och bemötande av den demenssjuke för att kunna minska läkemedelsanvändning och öka patientsäkerheten.
- Dietist har tillsammans med sjuksköterskor och omvårdnadspersonal genomfört kostregistreringar i syfte att synliggöra och uppmärksamma bland annat hur lång nattfastan är. Dietist har konsulterats av både undersköterskor och sjuksköterskor i individärenden gällande nutrition.

Riskanalys

Riskanalys har utförts för att identifiera risker i verksamheten. Syftet har varit att finna orsaker till risker och att eliminera, reducera eller hålla dessa under kontroll eller minska konsekvenserna av en händelse. Enheten har fokuserat på följsamheten till inskrivningsrutinen för riskbedömningar samt upprättande av planer vid identifierad risk.

På enhetens kvalitetsråd behandlas avvikelser och inkomna synpunkter, klagomål. Där görs en analys av händelsen och vilka åtgärder som är vidtagna. När det finns risk för att avvikelsen kan upprepas görs en noggrann genomgång och analys av behov av ytterligare åtgärder för att förhindra risk för skada.

Riskbedömningar kring fall, nutrition och trycksår genomförs och dokumenteras av HSL personal i samband med inflyttning. Åtgärder och uppföljning dokumenteras i hälsoplaner och i Senior Alert.

Riskanalys görs inför exempelvis semesterperioder beträffande personalbemanning/sjuksköterskebemanning.

Utredning av händelser - vårdskador

Under året har ingen händelse som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inträffat.

Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför biträdande enhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid eventuella avvikelser sker utredning gemensamt av verksamhetschef och MAS.

Journalgranskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring utifrån lagstadgade krav genomförs två gånger per år. Tre journal väljs slumpmässigt ut och granskas utifrån en mall som syftar till att belysa kvaliteten och utvecklingen av följsamheten till dokumentationens regelverk.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Förebygga undernäring Minska nattfastan	Riskbedömning MNA Kostregistrering Viktkontroll	Tydlig rapportering per arbetspass. Dokumentation Erbjuda nattmål Dietistkonsultation	Nattfastan ligger under 11 tim. i snitt Stabil vikt.	Utveckling av arbets-sätt och fokus på in-formationsoverföring har gett önskat resultat
Utvecklad HSL-dokumentation	Kompetensutveckling med stöd av dokumentationssamordnare. Att synliggöra patientens delaktighet och teamets arbete i patientjournalen. Att ge stöttning, feedback och utbildning för chefer, nya och etablerade användare av funktioner och dokumentation i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen. Ny lokal rutin för HSL dokumentation och egen kontroll rutin med fokus på systematik och teamarbete runt egenkontrollen 2020	Intern utbildning, kollegial granskning Tydlig struktur med hälso-planer. Dokumentations-samordnare har haft regel-bundna dokumentations-träffar, både i grupp och enskilt. Hon har haft riktade insatser i verksamheter där enskilda användare varit i behov av extra stöd för sin dokumentation.	En teambaserad dokumentation med åtgärder och uppföljning kopplade till hälsoplan	Ett tydligare fokus på dokumentation, risk-bedömningar och uppföljning har lett till utveckling. Gjorda stickprov av doku-mentationen visar en positiv utveckling bland annat gällande synliggörandet av patientens delaktighet och teamarbetet i journalen
Ökad kunskap kring demenssjukdom	Silviacertifiering, fortsatta reflektionsmöten för omvårdnadspersonal	Alla medarbetare har genomgått kompetensutveckling gällande demenssjukdomar och bemötande av personer med demenssjukdom. Reflektionsmöten	Ökad kunskap kring demenssjukdom. Personcentrerad vård och om-sorg.	Genom Silviacertifieringen har verksamheten en gemensam grund för fortsatt ut-veckling.
Förebygga vårdrelaterade infektioner	Följsamhet av basala hygienrutiner	Kollegiala observationer och därefter hygien utbildning för samtlig personal	Ökad kunskap och ökad följsamhet av basala hygien rutiner	Första kollegiala ob-servationen visade att det fanns kunskaps-luckor och brister i följsamhet av basala hygienrutiner. Utbild-ningssatsningar gav ökad medvetenhet och ökade följsamheten med positivt resultat

Avvikelser

	Brommagården		
Avvikelser	2017	2018	2019
Läkemedelshantering	10	8	32
Fall	178	130	103
Fraktur	4	2	2
Sårskada	3	7	4
Vårdkedjan	1		1
Specifik omvårdnad/ Rehabilitering			
MTP			
Dokumentation			
Basal hygien			
Anmälan Lex Maria			
Anmälan Klagomål enl. Patientsäkerhets- lag	1		

Alla avvikelser bearbetas i enhetens kvalitetsråd där alla enheter samt alla yrkeskategorier är representerade. Fallavvikelser har minskat något. Rapporteringsgraden i avvikelsemodulen var ca 86 % 2019, vilket innebär att man rapporterar till stor grad fallen som avvikelse. Enheten arbetar aktivt i teamet för att förebygga fall och om det inte går att förebygga fall har fokus varit på att förebygga skador i samband med fall. Läkemedelsavvikelser har ökat. Detta är nog resultat av att man har blivit bättre på att uppmärksamma och registrera läkemedelsavvikelser. Dessa avvikelser är till stor del avvikelser utebliven dos, dokumentation av dem eller utebliven signering vid överlämnandet av läkemedel.

Klagomål och synpunkter

	ANTAL POSITIVA SYN- PUNKTER	ANTAL KLAGOMÅL
Tillgänglighet		4
Bemötande	6	
Kompetens	2	1
Kontinuitet		
Information		
Handläggning		
Insatsens innehåll	12	1
Annat	5	

Under året har vi fått 25 positiva synpunkter och sex klagomål. De

positiva synpunkterna har handlat om bemötande, personalens kompetens och insatsens innehåll speciellt under vård i livets slutskede samt vid vårt traditionella midsommarfirande. Även hur maten smakar har fått mycket positiva synpunkter. Omhändertagande under hela omsorgstiden har tagits upp som positivt samt personalens kompetens. Anhöriga har även uttryckt uppskattning för de informationsbrev enheten har börjat skicka till dem under förra hösten. Ett av klagomålen gällde att den anhörige upplevde att personalen behöver få mer kunskaper om bemötande av synskadade. De andra klagomålen har handlat om bristande tillgänglighet vid telefonsamtal och vid larm samt tillgänglighet att komma in till boendet på kvällstid. Dessa synpunkter har tagits upp med berörd personal och åtgärder har gjorts för att åtgärda felen. Synpunkterna har även bearbetats på kvalitetsrådsmöten och arbetsplatsträffarna. Återkoppling har skett till personer som lämnat klagomålen.

Händelser och vårdskador

Alla avvikelser och händelser från enheten behandlas i kvalitetsrådet med representanter från alla enheter och yrkeskategorier. Där lyfts även allvarligare händelser från andra verksamheter i syfte att uppmärksamma och sprida kunskap för att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

Enheten har inte haft någon vårdskada under året.

Risakanalys

Riskbedömningar kring fall, nutrition och trycksår genomförs och dokumenteras av HSL personal i samband med inflyttning. Åtgärder och uppföljning dokumenteras i hälsoplaner och i Senior Alert. Riskanalyser, både individuellt och generellt, sker på enhetens kvalitetsråd. Då alla enheter är representerade sker ett lärande genom utbyte av erfarenheter och resultat av åtgärder. Riskbedömningar ger underlag för behov av åtgärder och följs regelbundet upp.

Risakanalys görs inför exempelvis semesterperioder beträffande personalbemanning/sjuksköterskebemanning.

Mål och strategier för kommande år

Fortsätta att utveckla dokumentationen med hälsoplaner och utvärdering av insatta åtgärder. Framåt ligger fokus på att fortsätta arbeta för den positiva utvecklingen av dokumentationen samt synliggöra än mer teamarbetet i dokumentationen.

Öka registrering i kvalitetsregistren Senioralert och palliativa register.

Bibehålla systematiska kvalitetsarbete gällande avvikelser i kvalitetsråden, analysera och sammanställa avvikelser samt systematisera hantering av klagomål och synpunkter.

Säkra läkemedelshanteringen och minska antal avvikelser gällande läkemedel, all delegerad personal har genomgått webbutbildning ”säker läkemedelshantering”

Fortsätta att stimulera till kunskapspåfyllnad och kompetensutveckling. Kompetensutvecklingsområden för kommande år:

- Palliativa ombud
- Ökad kunskap om nutrition
- Jobba säkert med läkemedel
- Läkemedelsgenomgångar
- Komplettering i Silviacetifiering steg 1
- Psykisk ohälsa hos äldre
- Anhörigstöd
- Silviasjuksköterskor
- Fall i höst
- Dokumentationsutbildning/ Processer