



Patientsäkerhetsberättelse 2013

Åsengårdens vård och omsorgsboende

Datum och ansvarig för innehållet
2014-01-02 Ritva Alrenius, Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Övergripande mål och strategier	2
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Risikanalys	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	7
Sammanställning och analys.....	7
Samverkan med patienter och närstående	7
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

Under 2013 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument i Vodok på alla vårdtagare.

Registreringar i Senior Alert är genomförda på alla vårdtagare.

Alla avlidna på Åsengården har registrerats i Palliativa registret.

Infektionsregistreringar har genomförts.

Inkontinensutredningar har genomförts.

Från september månad har registreringar genomförts utifrån Stockholms stads kvalitetsindikatorer.

Registreringar i BPSD har påbörjats.

Systematiska läkemedelsavstämningar har genomförts.

Egenkontroll av hygienrutiner har genomförts.

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att snabbt vidta nödvändiga åtgärder för att minimera risker för vårdskador. De har rapporterat händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada i Vodoks avvikelsem modul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med MAS och verksamhetschef.

Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och återkopplas snabbt till berörd personal.

Klagomål och synpunkter lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som har lämnat in klagomål.

Under året har en boendes läkemedelsordinationer ifrågasatts av de närstående. Åtgärdat genom att ansvarig läkare har haft personliga samtal med de närstående.

Inom två veckor efter att vårdtagaren flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Närstående informeras om allt av vikt. Närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den boende diskuteras.

De viktigaste resultaten som har uppnåtts är att:

- den palliativa vården har utvecklats utifrån givna parametrar,
- alla boenden är registrerade i Senior Alert,
- undernärda med låga BMI har minskat jämfört med föregående år,
- fallolyckorna har minskat kraftigt jämfört med föregående år,
- avvikelser rörande läkemedel har minskat från föregående år,
- trycksår, vårdrelaterade infektioner eller matförgiftning inte förekommit,
- inga Lex Maria anmälningar har förekommit.

Övergripande mål och strategier

I enlighet med patientsäkerhetslagen SFS 2010:659, 3 kap och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, kap 3 ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

God vård innebär vård av god kvalitet, god hygienisk standard, trygghet i vård och behandling, tillgänglighet, respekt för självbestämmande och integritet, kontinuitet och säkerhet.

Genom att identifiera riskområden rörande patientsäkerheten kan vårdgivaren arbeta aktivt och systematiskt med förebyggande åtgärder för att förhindra vårdskador. Det systematiska tänkandet innebär insikt om att negativa händelser och tillbud oftast orsakas av brister i rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap och organisation. Bristande kommunikation mellan individer, inom vårdlaget, mellan olika yrkeskategorier samt mellan olika enheter är också en viktig orsak till patientsäkerhetsrisker.

Utifrån definitionen av god kvalitet har följande riskområden för patientsäkerheten har identifierats;

God kvalitet

- Fallolyckor, undernäring, trycksår, läkemedelshantering, brister i dokumentation.

God hygienisk standard

- Hygienrutiner, smittspridning av vårdrelaterade infektioner, matförgiftning.

Trygghet i vård och behandling

- Otrygghet, avvikelser och avvikelshantering, brister i samverkan

Tillgänglighet

- Att behov inte upptäcks i tid, att insatser inte erbjuds inom rimlig tid.

Respekt för självbestämmande och integritet

- Delaktighet, informationsspridning till obehöriga, palliativ vård.

Kontinuitet och säkerhet

- Brist i kontinuitet, brister i informationsöverföring, brister i dokumentationssystemet Vodok, tekniska hjälpmedel.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivare

Inom Vingslaget Omsorgs AB har verkställande direktören (VD) vårdgivarens ansvar vilket innebär ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen uppfylls. VD ansvarar för att verksamhetschef ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter så att patientsäkerheten är hög och att vården vid enheten har god kvalitet. VD ansvarar för att verksamhetschef har tillräcklig kompetens för uppgiften.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS övervakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet inom Vingslaget Omsorg håller god nivå. MAS ansvarar för att utarbeta skriftliga riktlinjer och instruktioner för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom Vingslaget Omsorgs AB. MAS ansvarar för att göra anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria och att informera berörd nämnd om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet avseende rehabilitering inom kommunens ansvarsområde enligt 24 § HSL och 7 kap.3 § patientsäkerhetsordningen. MAR är ett komplement till MAS.

Verksamhetschef

Verksamhetschef (VC) i Vingslaget Omsorgs AB representerar vårdgivaren inom sitt verksamhetsområde och ansvarar där för ledning av hälso- och sjukvårdens organisation så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården. VC ansvarar för att personal har den kompetens som behövs och ansvarar för att lagar, författningar, föreskrifter och de riktlinjer och instruktioner som MAS utarbetat är väl kända i verksamheten. VC ansvarar för att vid behov komplettera företagsgemensamma riktlinjer och instruktioner med egna lokala skriftliga rutiner. VC ansvarar för det systematiska kvalitetsarbetet inom sitt område. Kvalitetsarbetet omfattar att leda, följa upp, analysera och utveckla verksamheten.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal inom Vingslaget Omsorgs AB har genom patientsäkerhetslagen skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet och ska kontinuerligt till verksamhetschef rapportera risker och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada. All legitimerad personal ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder, risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

Omsorgspersonal

All omsorgspersonal ska rapportera risker och avvikelser till verksamhetschef och följa de instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska känna till och följa de riktlinjer och instruktioner som finns rörande dessa arbetsuppgifter.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Alla vårdskador mäts genom att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal rapporterar avvikelser och infektionsregistreringar. Avvikelse rapporteras i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul så snart en händelse har inträffat och alla berörda informeras snarast.

HSL avvikelserna klassificeras och registreras varje vecka i företagets egenkontroll. Genom egenkontroll får man en samlad överblick över avvikelserna och en värdefull information om eventuella brister i organisation.

Kvalitetsrådet samlats en gång per månad för genomgång av inkomna negativa händelser/avvikelse. Avvikelse analyseras, diskuteras och åtgärdas fortlöpande. Det är viktigt att ta lärdom av misstagen så att de inte upprepas.

Mätning av antalet registrerade dödsfall genomförs en gång per månad i Palliativa registret.

Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs en gång per månad genom kartläggning av HSL- indikatorer. Sammanställning och analys av infektionsregistrering utförs en gång per månad.

Genom interna hygienronder kontrolleras följsamheten av basala hygienrutiner var tredje månad och genom extern hygienrond med vårdhygien vartannat år.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs en gång per år.

Kontroll av följsamheten till upprättade regler och rutiner för läkemedelshantering utförs genom avvikelserapportering.

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

Under året 2013 har individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts på samtliga boende enligt validerade instrument.

Åtgärder har vidtagits fortlöpande med regelbundna uppföljningar.

Alla registreringar är genomförda i Senior Alert. Registreringar av dödsfall har genomförts i Palliativa registret på alla som avlidit på Åsengården.

Individuella inkontinensutredningar har genomförts på alla inkontinenta boenden.

Infektionsregistreringar har genomförts.

Registreringar i BPSD har påbörjats.

Brister som framkom vid hygienrond 2012 har analyserats och där så varit möjligt åtgärdats under 2013.

Följsamheten av basala hygienrutiner har genomförts internt var tredje månad och dialog har förts i arbetsgrupperna.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts utan anmärkning.

Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomförts med boendeansvarig läkare, för att kunna minimera bruket av läkemedel.

Vid försämrat matintag har bedömningsinstrumentet MNA och ROAG använts. Sjuksköterskorna har gjort regelbundna muninspektioner och utifrån detta har konsistensanpassad kost erbjudits med regelbundna uppföljningar.

Boendes BMI värden har följts, vikten har kontrollerats en gång per månad. Boenden har erbjudits energirik kost med täta mellanmål och näringsdryck.

Dentomed har utfört regelbundna munhälsobedömningar, boendes personliga tandläkare/ tandhygienist har åtgärdat aktuella problem.

Regelbundna förflyttningsutbildningar och uppdateringar av liftar och lyftskynken har genomförts av rehabiliteringspersonal.

Ökat fokus på teambaserat arbetssätt har lett till förbättrad säkerhet för den boende.

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2013 är:

Granskning och analys av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår mot föregående år.

Kontroll av att registrering har genomförts i Senior Alert.

Kontroll av att registrering av dödsfall har genomförts i Palliativa registret.

Kontroll av att infektionsregistrering har genomförts.

Kontroll av att BPSD registrering har påbörjats,

Följsamheten av basala hygienrutiner har kontrollerats, dialog och reflektion har förts fortlöpande i arbetsgrupperna.

Bristerna i hygienrondsrapport 2012 har åtgärdats.

Analys av protokoll från apotekets kvalitetsgranskning har gjorts. Lämnade rekommendationer har beaktats.

Egenkontrollen har ytterligare innefattat:

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister har endast företagets MAS haft tillgång till. Hon har fortlöpande informerat verksamheten om det som har varit relevant för patientsäkerheten.

Öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter har följts upp.

Granskning av journaler har dels gjorts av kommunens MAS och dels av företagets MAS.

Medarbetarnas förhållningssätt och attityder som skulle kunna leda till brister i verksamhetens kvalitet har diskuterats utifrån behovet på regelbundna omvårdnadsmöten och månatliga arbetsplatsmöten .

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen har regelbundna uppföljningar utifrån de enskilda boendes behov.

Varje vardag träffas omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal för avstämningsmöten.

Omvårdnadsmöten mellan sjuksköterska, omvårdnadspersonal/ kontaktman och rehabiliteringspersonal sker en gång per vecka.

Kvalitetsrådet samlas en gång per månad för avvikelsegenomgång.

Verksamhetschef, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal deltar.

Läkarsamverkan

Läkarsamverkan med Örbydoktorer sker en gång per vecka. Läkaren har rond med omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de boendes behov.

Vidare förs kontinuerlig dialog som rör patientsäkerheten.

Annansamverkan

Vårdliljan AB har ansvarat för sjuksköterskeinsatser utanför kontorstiden. En skriftlig insatsbeställning har faxats till Vårdliljan där det framgår vilka insatser som önskas för den boende. Efterföljande dag meddelar Vårdliljan via fax att de har utfört de begärda insatserna. Dokumentationen har skett kontinuerligt i Vodok.

Vid inköp av medicintekniska hjälpmedel som exempelvis liftar, ingår besiktning en gång per år genom ett serviceavtal med leverantören.

Dentomed har informerats när en ny boende har flyttat till enheten för en munhälsobedömning.

Medicinsk fotvård har utförts regelbundet. Fotvårdaren har utfört behandlingen i boendes lägenhet. Efter behandlingen har fotvårdaren utifrån behovet informerat kontaktpersonen/ sjuksköterskan om boendes fotstatus.

Risakanalys

Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalyser genomförs vid förändringar i organisationen/verksamheten. Samma gäller vid förändringar av rutiner.

Genom händelse-/avvikelseberättelser från personalen identifieras fortlöpande riskområden i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelse

Hälso- och sjukvårdspersonal har rapporterat händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i dokumentationssystemets Vodoks avvikelsemodul.

Risicanalyser har gjorts fortlöpande, likaså har åtgärdsplaner upprättats utifrån behovet. Riskanalysen har alltid gjorts vid inflyttning, vid förändring av status och minst en gång per år på alla boenden för att i tid upptäcka behov och erbjuda lämpliga insatser för att minimera vårdskador hos den boende.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med MAS och verksamhetschef.

Allvarliga avvikelser utreds av MAS. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdpersonal.

Omvårdnadspersonal skriver avvikelsen på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska.

Avvikelser som berör all personal tas upp och diskuterats på sedvanligt sätt i kvalitetsrådet.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Klagomål som inkommer från närstående samlas in för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS och återkopplas snarast till den berörda. Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som har lämnat in klagomål. Det är viktigt att alla synpunkter och klagomål tas på största allvar.

Några klagomål från närstående har inkommit rörande en boendes läkemedelsordinationer. Närstående har ifrågasatt den boendes läkemedelsordinationer. Boendeansvarig läkare har haft ett flertal samtal med de närstående och besvarat deras frågor muntligt och skriftligt. Företagets MAS har även deltagit i mötet. Kommunens MAS har informerats om händelsen.

Sammanställning och analys

Verksamhetschefen samlar alla synpunkter och klagomål som inkommer i en pärm. Materialet analyseras först för att kunna se mönster eller trender som skulle kunna indikera brister i verksamheten. Sedan ges underlag för återkoppling och dialog med hälso- och sjukvårdpersonal samt övrig berörd personal.

Samverkan med patienter och närstående

Inom två veckor efter att en boende har flyttat in hålls ett ankomstsamtal med närstående där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson deltar.

Vid ankomstsamtalet informeras närstående om allt av vikt, en informationsbroschyr delas ut. Uppföljningsmöten erbjuds regelbundet. Närstående informeras alltid vid förändring av den boendes hälsotillstånd.

Närstående uppmuntras att aktivt komma med synpunkter om de upptäcker brister i vården och omsorgen för att minimera eventuella negativa händelser som skulle kunna leda till vårdskador. Om det skulle inträffa en avvikelse som kräver en mer omfattad utredning ges information och återkoppling regelbundet till närstående.

När det är aktuellt att göra förändringar i boendes hem är närstående delaktiga i processen. Vi arbetar aktivt med skadeprevention som höftskyddsbyxor och uppmanar vid behov närstående att skaffa sådana till den boende.

Resultat

Strukturmått

Under året 2013 har medarbetarna genomgått ett flertal utbildningar:

2 sjuksköterskor har fått värdegrundsbildning omfattande 7,5 p vid Uppsala Universitet

1 undersköterska har tagit yrkeshögskoleexamen för specialistutbildad undersköterska inom äldreomsorg

2 medarbetare har tagit examen som undersköterska

2 medarbetare har läst två terminer på omvårdnadsprogrammet och tar examen som undersköterska i april 2014

1 person har fått handledarutbildning

25 medarbetare har fått utbildning i vårdhygien

26 medarbetare har fått brandskyddsutbildning av BOL

8 medarbetare har fått utbildning i validation

3 medarbetare har fått utbildning i reminiscens

5 medarbetare har fått utbildning i taktmassage

12 medarbetare har utbildats i livsmedelshygien av Anticimex

2 lärlingar/elever har utbildats under ett år, utbildningen har varvats mellan teori och praktik. Eleven är en dag i veckan i skolan och tre dagar på enheten för att praktisera under handledning av en erfaren undersköterska.

Alla fastanställda medarbetare har fått uppdatering i lyftteknik, liftar och lyftskynken. Även alla nya medarbetare/vikarier har fått utbildning i lyftteknik och liftar.

Processmått

Individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts.

Infektionsregistreringar har genomförts.

Inkontinensutredningar på alla aktuella boenden har genomförts.

Regelbundna BMI uppföljningar har genomförts.

Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomförts med Örbydoktor.

Regelbundna registreringar har genomförts på alla i Senior Alert

Avlidna på Åsengården har registrerats i Palliativa registret.

BPSD registreringar har påbörjats.

All personal har arbetat efter basala hygienrutiner.

Resultatmått

Fallen har minskat kraftigt för att merparten av fallen var tidigare relaterade till en och samma boende. Denna boende fick ingen vårdrelaterad skada. Fallen hade medicinska orsaker och gick inte att hindra helt med tillgängliga preventiva medel utan krävde extra personal i stället.

Två andra fall ledde till vårdrelaterad skada, en armfraktur och en höftfraktur som krävde sjukhusvård.

Läkemedelsavvikelserna har minskat.

Ökad fokus på teambaserat arbetssätt har lett till förbättrad säkerhet för de boende.

Måluppfyllelse

I år blev alla aktuella boenden registrerade i Palliativa registret.

Den Palliativa vården har utvecklats utifrån givna parametrar.

I år blev alla boenden registrerade i Senior Alert.

I år blev alla aktuella boenden inkontinensutredda.

Något färre boende har varit undernärda med låga BMI jämfört med föregående år.

Fallolyckorna har minskat kraftigt från föregående år.

Avvikelserna rörande läkemedel har minskat något från föregående år.

Inga trycksår har förekommit.

Ingen Lex Maria har förekommit.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi ska erbjuda den boende god och säker vård. Det innebär dels att patientsäkerhetsarbetet fortsätter på ett systematiskt sätt för att vårdtagaren inte ska drabbas av eller utsättas för risk att drabbas av vårdskada. Dels för att minimera andelen vårdskador på grund av fall, trycksår och undernäring genom systematiska riskbedömningar.

År 2014 fortsätter arbetet med BPSD registreringar.

Registreringar i Palliativa registret ska ske på ett systematiskt sätt och i hög grad för att säkerställa god och säker palliativ vård och ett gott omhändertagande. Särskilt angeläget är att validerad smärtskattning utförs och eftersamtal erbjuds kontinuerligt.

Hygienrond med vårdhygien ska genomföras under 2014.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ska genomföras under våren 2014.