

Patientsäkerhetsberättelse 2011

Fristad servicehus, Spånga-Tensta

Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av vårt lokala kvalitetsarbete. Kvalitetsarbetet bedrivs på vår enhet enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo. Arbetet är utformat så att vi på enheten har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av kvalitetssamordnare, verksamhetschef, sjuksköterska och sjukgymnast/arbetsterapeut samt kvalitetsombud, vilka är representanter från omvårdnadspersonalen.

Ansvarsfördelning:

Kvalitetssamordnare

- Leder den lokala kvalitetsgruppen
- Sammanställer statistik
- Skriver protokoll

Sjuksköterska

Gör den första bedömningen samt individuella åtgärder vid händelser/avvikelser och om verksamhetschef bör informeras. Sjuksköterskan informerar sjukgymnast/arbetsterapeut vid behov

Verksamhetschef

Har ansvar för att det finns kvalitetssystem samt

- att dessa är kända av medarbetarna
- att man systematiskt arbetar med säkring, uppföljning och utveckling
- att man arbetar med att göra riskanalyser
- att händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret på enheten för patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet.

All personal har skyldighet att skriva avvikelser/händelser

Statistik och minnesanteckningar skickas månatligen till kvalitetsutvecklare och MAS i företaget. Statistik skickas kvartalsvis till MAS i kommunen. Protokollet innehåller kort beskrivning av händelserna, orsak, beslutade åtgärder, ansvarig, datum för uppföljning samt uppföljning från föregående månad. Stor vikt läggs vid att kedjan är komplett. Inte minst att regelbunden uppföljning sker. Kvalitetsutvecklaren sammanställer sedan statistiken och rapporterar till ledningen. Alla protokoll sparas på enheten och centralt i företaget.

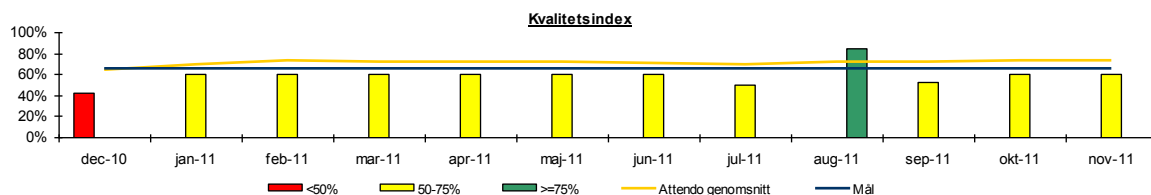
För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har vi skapat ett kvalitetsindex. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter. Delarna som mäts är:

- Händelser/avvikelser
- Särskilda händelser
- Brukarundersökning
- Positiva händelser
- Innovationer och projekt
- Egenkontroll
- Externa granskningar

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index. Sammanställningen utgörs av månads- och kvartalsrapporter där man kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheterna 12 månader tillbaka. Det är lätt att se hur det utvecklas och man kan snabbt sätta in åtgärder om behov finns.

Kvalitetsindex Fristad

Tabell1. Kvalitetsindex Fristad servicehus december 2010 till och med november 2011



I december 2010 var Fristad inte godkänd då kvalitetsprotokollet blev inskickat för sent. 2011 blev vi inte godkända i egenkontrollen vilket gör att vi inte kommer upp till grön nivå i kvalitetindex. Ny egenkontroll kommer att ske i februari 2012.

Verksamheten har sammanställt infektionsregistrering kvartalsvis till MAS där man kunnat se eventuella återkommande infektioner samt få en bild av hur antibiotikaanvändningen ser ut. Det har inte varit några särskilda infektioner på Fristad. På Fristad har andelen kateterbärare under 2011 varit 3 brukare.

Ordnation av antibiotika vid urinvägsinfektion hos vårdtagare med kateter är låg. Detta pga. ökad medvetenhet hos läkare och sjuksköterskor om vikten av att vara restriktiv med förskrivningen.

Stor vikt har lagts på att ha en hög följsamhet till hygienrutinerna.

Sjuksköterskor följer upp samtliga delegeringar kvartalsvis och detta skickas till MAS. Sjuksköterskan uppdaterar kontinuerligt delegeringarna så att de är aktuella för omvårdnadspersonal gällande hälso- och sjukvårdsuppgifter. Inför varje delegeringsbeslut har det gjorts en noggrann och professionell bedömning som har innefattat ett kunskapsprov.

Varje månad görs kontroll av de avvikelser som gäller delegerade uppgifter, hur de dokumenteras, åtgärdas och följs upp.

Delegeringsförfarandet sker på ett patientsäkert sätt på enheterna.

Egenkontroll genomförs årligen på alla Attendos enheter. I den ingår en omfattande kontroll av Hälso- och sjukvården. Kontrollen genomfördes senast feb 2011.

Resultatet av granskningen blev 63%, det vill säga enheten blev inte godkänd. Att enheten inte blev godkänd beror på att det inte fanns dokumentation i den utsträckning det skall finnas. Ett byte av dokumentationssystem från SafeDoc till Vodok och ParaSol gjorde att dokumentationen brast.

Om verksamheten får klagomål och synpunkter kontaktas de inblandade inom två arbetsdagare och försöker lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och en uppföljning sker sedan inom 2 veckor.

Enheten samverkar med Spånga Tenstas MAS i samverkansmöten, två gånger per år träffas enheten tillsammans med Spånga vårdcentrals verksamhetschef och representanter från läkargruppen för att säkra patientsäkerhetsarbetet.

För att delge och involvera våra närstående i patientsäkerhetsarbetet beskriver och diskuterar vi vårt kvalitetsarbete på våra närståendemöten. Vid behov kontaktas närstående vid individuella händelser/avvikelser.

Statistik händelser/avvikelser 2011

Händelse/avvikelse	Fristad
	145 (snitt 2011)brukare
<i>Läkemedel</i>	
Glömt att signera	0
Ej överlämnat läkemedel	47
Felmedicinering	0
Dosavvikelse	2
Felinformation	2
<i>Fall</i>	
Ingen skada	240
Skada ej sjukhusvård	36
Sjukhusvård	20

Vidtagna åtgärder för att öka patientsäkerheten

Under året har vi haft en särskild händelse när en brukare fick dubbel dos insulin.

Efter händelsen gjordes en händelseanalys över hur detta kunde hända samt resultat och förslag på åtgärder.

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och malnutrition har genomförts på alla brukare med omvårdnadsinsatser.

Eventuella åtgärder har diskuterats under daglig rapportering och följts upp på husmöten.

Chefer och kvalitetssamordnare har gått utbildning i risk- och händelseanalys. Metoden har vidareutvecklats av Kvalitetsavdelningen på Attendo och anpassats för äldreomsorgen. Som utgångspunkt har Socialstyrelsens metod för Riskanalys och Händelseanalys använts. Händelseanalys kommer att genomföras på alla allvarligare händelser och riskanalys kommer att göras vid alla större förändringar i verksamheten. För att enheterna ska kunna lära av varandra läggs oidentifierade risk- och händelseanalyser ut på Attendos interna hemsida.

Mål och Resultat 2011

Fristad servicehus

Mål för 2011 var att få 65% i kvalitetsindex genom att arbeta med dokumentationen, både HSL och SoL, skapa en ny kvalitetsgrupp som skall arbeta förebyggande och systematiskt uppföljande av händelser.

Kvalitetsarbete kring fallprevention har kontinuerligt följts upp på kvalitetsmöten samt vårdlagsmöten, tvärprofessionellt. I skrivande stund är resultatet för året ännu inte klart, men fram till november har vi kommit till 61% i kvalitetsindex och det är egenkontrollen i februari som gör att resultatet inte är högre. Samtlig HSL dokumentation är nu aktuell och införd och ¾ av all SOL dokumentation.

Under året har samtlig omvårdnadspersonal gått utbildningen "Certifiering i kontaktmannaskap", tre dokumentationstödjare för SOL har utbildats för att säkerställa en god omvårdnad och ett gott bemötande. Basal hygienutbildning, en utbildningsdag gällande inkontinenshjälpmedel och salutogent förhållningssätt har även hållits.

Sjuksköterskorna på Fristad har även varit på nätverksträffar med andra sjuksköterskor i företaget och diskuterat bland annat vårdplaner för att tillsammans utveckla dessa.

Under 2012 kommer enheten att börja göra avvikelser/händelsehanteringen i datadokumentationssystemet, detta har vi avvaktat med då arbetet med att överföra dokumentationen varit stort.

Elisabeth Forssén
Verksamhetschef Fristad servicehus
2012-01-09