



Patientsäkerhetsberättelse

Åsengårdens vård- och omsorgsboende

År 2011

Datum och ansvarig för innehållet

2012-01-16 Ritva Alrenius

Verksamhetschef Åsengårdens vård- och omsorgsboende

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Riskanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	10
Samverkan med patienter och närstående	10
Resultat	11
Övergripande mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten har varit utbildningsinsatserna.

Kontaktpersonens roll som trygghetskapare med den boende och dennes närstående.

Utförliga genomförandeplaner och god daglig dokumentation.

Kvalitetsrådet för avvikelshantering har träffats regelbundet och ökat medarbetarnas medvetenhet i kvalitetsarbetet.

Nya riktlinjer har upprättats för bättre inkontinensvård.

Patientsäkerheten har följts upp genom att analysera veckostatistik och månadsstatistik och se om det finns trender som skulle kunna tyda på brister i verksamhet.

Risker för vårdskador har identifierats och hanterats genom:

Att snabbt vidta nödvändiga åtgärder för att minimera risker för vårdskador och kommunicera vidare till all berör personal

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom:

Att snabbt vidta nödvändiga åtgärder för att minimera risker för vårdskador och snabbt vidare kommunicera till all berör personal

Att genom stickprov kontrollera följsamheten med basala hygienrutiner

Att utbilda omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik och hjälpmedelshantering

Att handleda omvårdnadspersonal utifrån uppkomna behov

Synpunkterna från närstående har tagits på största allvar och omgående återkopplats till den berörda vid ett personligt möte.

Närstående har involverats i patientsäkerhetsarbetet genom:

Att delta i vårdplaneringsmöten

Att aktivt komma med synpunkter och frågor gällande vården och omsorgen

De viktigaste resultaten som har uppnåtts genom:

Att fallolyckorna har minskat från föregående år

Att det inte förekommit några trycksår eller vårdrelaterade infektioner

Att fler boende med inkontinens utretts jämfört med föregående år

Att det inte förekommit Lex Maria anmälningar

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.

Följande riskområden för patientsäkerheten har identifierats inom Vingslaget Omsorgs AB.

God kvalitet

- Fallolyckor, undernäring, trycksår, läkemedelhantering, brister i dokumentation

God hygienisk standard

- Smittspridning av vårdrelaterade infektioner, matförgiftning

Trygghet i vård och behandling

- Otrygghet, avvikelser och avvikelshantering

Tillgänglighet

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

Respekt för självbestämmande och integritet

- 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 tillfredsställande och att vården vid enheten har god kvalitet. VD ansvarar för att verksamhetschef har tillräcklig kompetens för uppgiften.

Medicinskt ansvar 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 till Socialstyrelsen göra anmälan 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.

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 fortlöpande genom avvikelshantering. Samtliga HSL avvikelser rapporteras till sjuksköterskan och till verksamhetschef. När exempelvis ett fall har inträffats agerar sjuksköterskan omgående utifrån sin profession och vidtar nödvändiga åtgärder. Hon kontaktar boendes läkare, informerar närstående, paramedicinsk personal och berörd omvårdnadspersonal. Avvikelsen dokumenteras i patientens journal och i avvikelsemodulen i Vodok och fallet följs upp.

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

Kvalitetsrådet har samlats en gång i månaden för en genomgång av inkomna avvikelser. Kvalitetsrådet har bestått av chefen, sjuksköterskor, paramedicinare och omvårdnadspersonal. Avvikelserna analyseras, diskuteras och åtgärdas fortlöpande. Det är viktigt att ta lärdom av misstagen så att dem inte upprepas.

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

Under året har företagets ledning tagit fram nya riktlinjer för fördelning av ansvar för ökad patientsäkerhet.

Vårdhygieniskt avtal har slutits med SLL vilket innebär att vi får tillgång till expertis för rådgivning, stöd och utbildning.

De flesta av omvårdnadspersonal har genomfört en Webb-baserad vårdhygienisk utbildning. Genom stickprover har följsamheten kunnat kontrolleras av sjuksköterskor. Under året har inga vårdrelaterade infektioner förekommit på enheten.

Företagets interna MAS har skrivit nya riktlinjer för inkontinensvården och hur den ska bedrivas.

Enhetens sjuksköterskor har utbildning i förskrivningsrätt för individuella inkontinenshjälpmedel.

Riskbedömningar för fall, malnutrition och trycksår har gjorts för samtliga boenden när de har flyttat till enheten och vårdplanerna har upprättats.

Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomförts med läkarorganisationens läkare, Örbydoktor AB och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor.

Årlig granskning av läkemedelshantering har genomförts externt på enheten. Enligt rapporten fungerade läkemedelshanteringen väl och i den föreslogs några förbättringsförslag.

Interna och externa kvalitetsgranskningar av HLS- journaler har genomförts dels av kommunens MAS och dels företagets interna MAS.

Avvikelsehantering av HSL händelser har skett varje månad i kvalitetsrådet med chefen, sjuksköterskor, paramedicinare och med omvårdnadspersonal. Alla akuta HSL händelser har behandlats och åtgärdats omgående av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Vårdliljan, d.v.s. mobila sjukskötersketeamet, har ansvarat för sjuksköterskeinsatserna efter kl 16.00 på vardagar, helger och nätter på enheten. Detta har inneburit att omvårdnadspersonalen har haft tillgång till sjuksköterskan dygnet runt, hembesök har gjorts utifrån behovet. Vårdliljan i sin tur har haft tillgång till jourläkaren.

Jourläkaren har även gjort hembesök utifrån behovet. När sjukvårdsinsatserna har varit aktuella för en boende inför kvällen eller helgen har dagsjuksköterskan skickat ett skriftligt meddelande till mobila sjukskötersketeamet via fax. Mobila sjukskötersketeamet har i sin tur agerat på motsvarande sätt och skickat ett meddelande tillbaka via fax parallellt med journalanteckningar som förs i Vodok.

DentoMed har gjort årliga munhälsobedömningar på samtliga boenden på enheten. Orale Care har i de flesta fall åtgärdat det aktuella problemet vid ett hembesök.

Uppföljning genom egenkontroll

För ökad patientsäkerhet har företaget ett program för egenkontroll.

I egenkontroll program har sjuksköterskan fört statistik både veckovis och månadsvis bl.a. för fall, läkemedelshantering och brister i specifik omvårdnad. Månadsvis har statistik förts om nutrition, fall, trycksår, inkontinens, läkemedel och om skyddsåtgärder.

Egenkontrollen har ytterligare innefattat:

- Enheten deltog under våren 2011 i den nationella trycksårsmätningen anordnad av SKL. Av mätningen framgår att enheten inte hade några trycksår.
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat och tidigare resultat har fortlöpande jämförts, diskuterats och reflekterats i arbetsgruppen
- granskning av journaler har dels gjorts av kommunens MAS och dels av företagets interna MAS, annan dokumentation har granskats av företagets VD vid den interna revisionen
- 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

Varje morgon läser hälso- och sjukvårdspersonal i boendes sociala och medicinska journal vad som har hänt under kvällen och natten med de boende. Utifrån detta agerar sjuksköterskan och vidtar alla nödvändiga åtgärder. Kommunikationen sker både skriftligt och muntligt. Sjuksköterskan och paramedicinaren kan lägga in information i ParaSoL-program för omvårdnadspersonal.

Omvårdnadsmöten har hållits regelbundet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal för att diskutera uppkomna behov hos den boende och hitta lösningar på problem samt följa upp tidigare insatser.

Sjuksköterskor och paramedicinare har haft veckovisa avstämningsmöten om boendes förändrade status. Verksamhetschefen har medverkat utifrån behovet. Kvalitetsrådet har samlat en gång i månaden för avvikelsegenomgång. Verksamhetschef, sjuksköterskor, paramedicinare och omvårdnadspersonal har deltagit.

Läkarinsatserna har utförts av Örbydoktor AB. Läkaren har besökt enheten en gång i vecka och utifrån behovet. Läkaren har haft rond med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Närstående har alltid erbjudits att träffa läkaren när de har önskat.

När den boende har behövt akutsjukvård har de haft med sig aktuell läkemedelslista, aktuell status och identitetshandlingar och kontaktuppgifter med telefonnummer till närstående. På dagtid har personalen följt med den boende till sjukhuset. När den boende har återvänt från akutsjukhuset har överrapporteringen mellan enheterna skett via telefon. Vid hemkomsten har den boende haft alla aktuella journalhandlingar med sig för att säkerställa den fortsatta medicinska behandlingen och eftervården.

När den boende har flyttat till enheten från bostaden har sjuksköterskan haft kontakt med distriktssköterskan för medicinsk information och information om eventuell specifik omvårdnad. Boendes journaler har beställts från vårdcentralen.

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

Hjälpmedelscentral, Stockholm har nåtts via telefon när den boende har haft behov av rullstol, kontrollen av rullstolarna har gjorts en gång per år enligt avtalet. Sodexho har levererat hjälpmedel på beställning så som mobila liftar, hygienstolar och sängar, kontrollen av tekniska hjälpmedel har gjorts en gång per år enligt avtal. Kommunikationen med Sodexho har skett via beställningsportalen.

Dento-Med har informerats via nätet när nya boenden har flyttat till enheten för en munhälsobedömning.

Medicinsk fotvård har utförts regelbundet. Boendes kontaktperson har skött bokningar och fotvårdaren har utfört behandlingen i boendes lägenhet. Efter behandlingen har fotvårdaren givit muntlig information till kontaktperson om boendes fotstatus.

Riskanalys

Vid statusförändring hos den boende har det fortlöpande vidtagits nödvändiga åtgärder utifrån den uppkomna situationen och uppföljningar har utförts likaså fortlöpande för att tidigt upptäcka förändringar som skulle kunna förorsaka risker för den boende och leda till vårdskador.

För att bibehålla en god patientsäkerhetskultur har medarbetarna haft handledning i bemötandet i cirkelform. Bemötandet har diskuterats fortlöpande i arbetsgruppen, omvårdnadsmöten och arbetsplatsmöten för att eliminera eventuella negativa tendenser hos personalen.

Avvikelsehanteringen har skett i regelbundna kvalitetsråd. Syftet med avvikelsegenomgången har dels varit att hitta orsaken till avvikelserna och dels att upptäcka eventuella systemfel antingen på individ-, avdelnings- eller på verksamhetsnivå. Den uppkomna informationen har underlättat att angripa problemet på rätt nivå.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonalen har rapporterat risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Riskanalyser 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 samtliga boenden för att i tid upptäcka behov och erbjuda lämpliga insatser för att minimera vårdskador hos den boende.

Avvikelser har dokumenterats i boendes journal och i avvikelsemodulen. Företagets medicinskt ansvariga sjuksköterska har tillgång till rapporterna och ansvarar för bedömning av om avvikelserna ska utredas vidare för en anmälan enligt Lex Maria.

Händelsen har analyserats och utifrån det har det vidtagits nödvändiga åtgärder exempelvis vid en fallolycka. Fallpreventiva åtgärder har genast satts in så som t.ex. höftbyxor. Händelsen har dokumenterats och vidare kommunicerats till berörd personal.

Avvikelsen har granskats och diskuterats på sedvanligt sätt i kvalitetsrådet.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Verksamhetschefen har samlat in synpunkter och klagomål. Några muntliga synpunkter har framförts under året. Närstående har fått omgående återkoppling på sina undringar på ett personligt möte och de har varit nöjda med svaret. Det är mycket viktigt att alla synpunkter och eventuella klagomål tas på största allvar, utreds och återkopplas snarast till den berörda. Kommunen informeras alltid skriftligt.

Under innevarande år inkom inga skriftliga klagomål.

Sammanställning och analys

Verksamhetschefen samlar in alla synpunkter och klagomål i en pärm. Materialet analyseras för att kunna se mönster eller trender som skulle indikera brister i verksamhetens kvalitet.

Samverkan med patienter och närstående

Närstående har erbjudits att delta i vårdplaneringen vid inflyttningen och utifrån nya behov. Närstående har informerats kontinuerligt vanligtvis via telefon vid förändringar av den boendes hälsotillstånd.

Närstående uppmuntras aktivt vid vårdplaneringsmöten, anhörigråd och anhörigmöten att komma med synpunkter om de upptäcker brister i vården och omsorgen för att minimera eventuella negativa händelser som skulle kunna leda till vårdskador.

Individuella riskbedömningar har gjorts fortlöpande och vid konstaterade risker har det upprättats en skriftlig åtgärdsplan med regelbundna uppföljningar.

Trygghetsskapande åtgärder för den boende har bl.a. bestått av vårt arbetssätt med en namngiven kontaktperson och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Detta leder till kontinuitet och trygghet för den enskilde och dennes närstående.

Säkerhetsskapande åtgärder har t.ex. varit tekniska hjälpmedel på ordination. Dessa åtgärder kan i sin tur skapa trygghet.

När det är aktuellt att göra förändringar i boendes lägenhet måste närstående alltid vara delaktiga i processen.

Resultat

Strukturmått

Under året har medarbetarna genomgått ett flertal utbildningar.

20 medarbetare har genomgått webb-baserad vårdhygienisk utbildning

1 sjuksköterska har fått utbildning inom inkontinensområdet med förskrivningsrätt, 4,5 hp vilket innebär att båda sjuksköterskorna nu har formell förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel

1 undersköterska tog examen i äldrepedagogik våren 2011

1 undersköterska har studerat en termin på yrkeshögskolan för demensspecialist och blir klar januari 2013

1 medarbetare har läst två terminer på omvårdnadsprogrammet och blir klar undersköterska våren 2012.

1 medarbetare har läst en termin både svenska och vissa vårdrelaterade ämnen på folkhögskolan.

Samtliga ordinarie medarbetare har haft uppföljning i förflyttningsteknik och i hantering av personlyftar och alla nya medarbetare har fått en obligatorisk genomgång i lyfteknik och lyftar.

6 medarbetare har validationsutbildning omfattande 10 timmar

10 medarbetare har reminiscensutbildning omfattande 10 timmar

26 har fått allmän brandskyddsutbildning omfattande 2 timmar med praktiska övningar

20 medarbetare har utbildats i livsmedelshygien med Anticimex

20 medarbetare har haft utbildning i vård vid livets slut

20 medarbetare har fått utbildning i nutrition

25 medarbetare har fått utbildning i företagets värderingar, i kontaktmannas-kap och dokumentation gällande genomförandeplan.

Medarbetarna har fått handledning i bemötandet i cirkelform.

Processmått

Det har gjorts fortlöpande riskbedömningar och minst en gång per år. Utifrån utfallet har åtgärdsplaner skrivits och följs upp. Läkemedelsavstämningar har genomförts regelbundet med läkarorganisationens läkare och med omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

All personal har använt sig av företaget anvisade arbetskläder i omvårdnadsarbetet, plastförkläden har använts vid omvårdnadsarbetet utifrån basala hygienrutiner. I köket har använts speciella förkläden som har tvättats dagligen.

Resultatmått

Under vecka 41 genomfördes en kartläggning av hälso- och sjukvårdinsatser inom särskilda boendeformer och det gav följande resultat:

100 % av de boende hade dokumenterad riskbedömning för fall, undernäring och trycksår

88 fallolyckor varav 3 st. med fraktur, totalt under 2011 minskade fallolyckorna på enheten

24 % av de boende hade BMI som var lägre än 22

29 % av de boende hade individuellt utredd inkontinens

Inga boende hade trycksår.

Måluppfyllelse

Under året har inga trycksår eller vårdrelaterade infektioner förekommit på enheten.

Fallolyckorna har minskat från föregående år.

Signeringsmissar i samband med läkemedelshantering har kraftigt minskat.

Fler boenden har inkontinens utretts individuellt jämfört med året innan.

Det har inte förekommit några Lex Maria anmälningar.

Inga skriftliga klagomål har inkommit.

Övergripande mål och strategier för kommande år

År 2012 påbörjar registrering i de nationella kvalitetsregistren Palliativregistret och Senior Alert.

År 2012 påbörjas infektionsregistrering en gång i månaden och skickas vidare till företaget MAS.

Läkemedelsavstämningar enligt gängse modell.

Vårdhygienisk rond med extern hygiensjuksköterska är planerad att genomföras februari/ mars 2012 på enheten tillsammans med chefen, sjuksköterskan och omvårdnadspersonalen.

Vårdhygieniskutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonalen är planerade att genomföra under februari/mars 2012 med hygiensjuksköterskan.