



Patientsäkerhetsberättelse för Åsengården

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-01-15 Ritva Alrenius, verksamhetschef på Åsengårdens vård och omsorgsboende

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	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Riskanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Sammanfattning

För att trygga patientsäkerheten har vi inom Vingslaget Omsorg ett företagsgemensamt egenkontrollsystem. Inom ramen för egenkontroll registreras avvikelser, kvalitetsindikatorer och infektioner och antibiotikabehandling.

De viktigaste åtgärderna som har vidtagits för att öka patientsäkerhet är riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår som genomförts enligt validerade instrument. Boenden med låga BMI värden har följts noga och MNA har gjorts två gånger per år. Utifrån MNA-värden har ett nytt BMI räknats fram.

Samtliga boenden har riskbedömts vid inflyttning och utifrån ändrade behov.

Samtliga boenden har fått individuell inkontinensutredning genomförd.

Samtliga boende med läkemedel har haft läkemedelsgenomgång.

Kartläggning v 41 av hälso- och sjukvårdsindikatorer har utförts.

Infektionsregistrering har genomförts.

Hygienrond har genomförts och lokala rutiner har skapats.

Registreringarna i nationella kvalitetsregistren, palliativregistret och Senior Alert har startats under andra kvartalet 2012.

Hälso- och sjukvårdspersonal har rapporterat händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med företaget MAS och verksamhetschef.

Kvalitetsrådet har träffats regelbundet för avvikelshantering. Avvikelseerna har analyserats och sammanställts och återkopplats snabbt till berörd personal.

Synpunkter från närstående har tagits på största allvar och omgående återkopplats till den berörda.

Ankomstsamtalet med närstående har hållits två veckor efter att den boende har flyttat in. Närstående informeras om allt av vikt såsom regelbundna vårdplaneringar och uppföljningar och risker för den boende diskuteras, synpunkter/ klagomål välkomnas.

De viktigaste resultaten för 2012 blev:

Att individuella riskbedömningar har gjorts på samtliga boenden

Att fallolyckorna har minskat från föregående år

Att avvikelserna rörande läkemedelshantering har minskat från föregående år

Att läkemedelsgenomgångar har genomförts med samtliga boenden med läkemedel

Att individuella inkontinensbedömningar har genomförts med samtliga

Att inga vårdrelaterade infektioner och ingen kräksjuka har förekommit

Att inga trycksår har uppkommit på enheten

Att inga skriftliga klagomål/synpunkter har inkommit

Att ingen anmälan enligt Lex Maria synpunkter 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 sjukvården 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 vårdlag, 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

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

Informationsspridning till obehöriga, palliativ vård

Kontinuitet och säkerhet

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

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren

Inom Vingslaget Omsorgs AB har styrelsen vårdgivarens ansvar. Verkställande direktören (VD) arbetar på uppdrag av styrelsen och har 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 medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschefer ges möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter så att patientsäkerheten är tillfredsställande och att vården vid enheten har god kvalitet. VD ansvarar för att medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschefer har tillräcklig kompetens för uppgiften.

Medicinskt ansvar sjuksköterska (MAS)

MAS övervakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet inom Vingslaget Omsorgs AB håller god nivå. MAS har ansvar för att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs och ansvarar för att utarbeta skriftliga riktlinjer och instruktioner för den hälso- och sjukvården. 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. Inom Vingslagets Omsorgs AB har MAS ansvar för att samordna patientsäkerhetsarbetet och att fastställa patientsäkerhetsberättelse och patientsäkerhetsplan samt att rapportera till VD och styrelse.

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 välkända 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 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 framttagande, 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 medarbetare har kunskaper om enhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse.

När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen. Samtliga avvikelser rapporteras till sjuksköterskan och till verksamhetschefen. Avvikelser klassificeras och registreras i Vingslagets egenkontroll.

Kvalitetsrådet är ett forum för systematiskt genomgång av inkomna avvikelser. Rådet samlades varje månad då avvikelserna analyseras, diskuteras och åtgärdas fortlöpande.

Aktuella riskbedömningar så som fall, trycksår och nutrition är registrerade dels en gång i månaden i egenkontroll och dels i dokumentationssystemet Vodok.

Inkontinensutredningar har genomförts med samtliga boende.

Infektionsregistrering har skett en gång i månaden och resultatet har granskats av företagets MAS.

Kartläggning av utvalda kvalitetsindikatorer v 41, har skickats till Stockholms stads/ statsdels MAS.

Dödsfallen är registrerade från andra kvartalet i Svenska Palliativregistret vid dödsfall.

Registreringar är genomförda i Senior Alert från andra kvartalet.

Hygienronden är genomförd med hygiensjuksköterskan från Vårdhygien.

Årliga läkemedelsgenomgångar är genomförda för samtliga boenden med läkemedelsbehandling.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är genomförd.

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

Under 2012 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument med samtliga boenden.

Sjuksköterskorna har gjort munhälsostatus på samtliga boenden likaså har munhälsobedömningar genomförts av Dentomed med samtliga boenden som har gett samtycke. Tandläkare från Orale Care har vanligtvis åtgärdat det aktuella problemet vid ett hembesök.

Registrering i Svenska Palliativregistret har påbörjats under andra kvartalet.

Registrering i Senior Alert har påbörjats under andra kvartalet.

Infektionsregistrering och antibiotikabehandling har rapporterats en gång i månaden till företagets MAS.

Systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar har gjorts med samtliga boenden med läkemedel.

Extern granskning av läkemedelshantering har genomförts av farmaceut.

V 41 genomfördes en kartläggning av stadens kvalitetsindikatorer.

Intern kvalitetsuppföljning av patientjournaler har genomförts av MAS.

SUR- uppföljning med bl.a. journalgranskning har genomförts av stadsdelens MAS.

Bristar som framkom vid årets hygienrund har delvis åtgärdats. Följsamheten till basala hygienrutiner har kontrollerats vid fyra olika tillfällen i form av stickprov enligt checklista.

Avvikelser har behandlats varje månad i kvalitetsrådet.

Samtliga boenden har fått ADL-bedömning och utifrån den boendes individuella behov har det ordinerats adekvata hjälpmedel.

Besiktning och kontroll av sängar och medicinteknisk utrustning har genomförts en gång per år och fortlöpande utifrån uppkomna behov.

Funktionskontroll av trygghetslarmen har genomförts en gång per år och fortlöpande utifrån uppkomna behov.

Förstärkt teamarbete med rehabiliteringspersonal runt boenden har lett till en högre patientsäkerhet.

Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontrollen har innefattat följande:

- Jämförelser av resultat i nationella och regionala kvalitetsregister d.v.s. palliativa registret och Senior Alert har gjorts men slutsatser har inte kunnat dras för att registreringarna startades först under andra kvartalet.
- Granskning och analys av verksamhetens resultat med föregående år beträffande fall, undernäring och trycksår har genomförts.
- MNA mätningar har genomförts och ett nytt BMI har gjorts vid förändringar.
- Inkontinensutredningar har genomförts.
- Läkemedelsgenomgångar har genomförts.
- Munhälsostatus och munhälsobedömningar har genomförts.
- Granskning av patientjournaler har genomförts externt och internt av MAS.
- Kontroll av infektionsregistrering har genomförts av MAS.
- Kontroll av genomförda ADL status.
- Analys av genomförd kartläggning v 41 av utvalda kvalitetsindikatorer.
- Analys av protokollet från extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen.

-
- Egenkontroll genom dialog i arbetsgruppen kring vårdhygiens basala hygienrutiner, kontroll av följsamheten har genomförts med hjälp av ett stickprov vid fyra olika tillfällen på varje plan.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonalen har kontinuerliga uppföljningar utifrån den enskilda vårdtagarens behov.

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

Varje vardag har sjuksköterskan ett avstämningsmöte med omvårdnadspersonalen för att snabbt fånga upp eventuella problem/ behov hos den boende, hitta lösningar på problemen samt följa upp tidigare insatser.

Kvalitetsrådet har samlats en gång i månaden för avvikelsegenomgång, alla professioner har deltagit i möten.

Läkarsamverkan

Verksamheten har samverkansöverenskommelse med Örby Doktorn AB. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll, bland annat avseende tillgänglighet, uppföljningar av behandlingsinsatser och läkemedelsanvändning.

Läkaren har varje vecka rond med omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att gå igenom den enskilda vårdtagarens behov. Vidare har uppkomna problem som rör patientsäkerhet både på övergripande och på individnivå diskuterats för att förebygga att vårdskada uppstår. Verksamhetschefen har deltagit i diskussioner.

Annan samverkan

Vårdliljan AB har ansvarat för sjuksköterskeinsatser utanför kontorstid och utifrån behovet gjort hembesök. Verksamhetschefen har fört kontinuerlig dialog med dem.

Dentomed har genomfört munhälsobedömningar på enheten.

Medicinsk fotvård har erbjudits de patienter som har rätt till det.

Vid inköp av medicintekniska hjälpmedel som liftar har leverantören besiktigat hjälpmedlen en gång per år enligt avtal.

Riskanalys

Verksamhetschef ansvarar för att riskanalyser genomförs vid förändringar av organisationen eller på annat sätt i verksamheten. Samma gäller vid större förändringar av rutiner.

Verksamhetschefen identifierar fortlöpande riskområden, händelserapporter/ avvikelser från personalen.

Preventionsbedömningar görs av legitimerad personal. Det gäller fallprevention, nutrition, trycksår, ADL och hjälpmedelsbehov.

När den boendes status har förändrats har det fortlöpande vidtagits nödvändiga åtgärder utifrån den uppkomna situationen. Uppföljningarna har likaså utförts fortlöpande för att snabbt upptäcka avvikelser som skulle kunna försäkra risker för den boende och leda till vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal har rapporterat händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vid allvarlig hälso- och sjukvårdavvikelse tas direkt kontakt med MAS och verksamhetschef.

Omvårdnadspersonal som inte har behörighet till avvikelsemodulen i data-journalsystemet, skriver avvikelserna på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterskan.

Allvarliga avvikelser utreds och hanteras alltid av MAS. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid kvalitetsrådet, vid arbetsplatsträffar och vid omvårdnadsmöten.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Verksamhetschefen samlar in synpunkter och klagomål.

Kontinuerlig kontakt upprätthålls med den som har lämnat synpunkter eller klagomål. Närstående uppmanas/uppmuntras att lämna in synpunkter/ klagomål. Det är mycket viktigt att alla synpunkter och eventuella klagomål tas på största allvar, utreds och återkopplas snarast till den berörda. Övriga synpunkter/klagomål som inkommer direkt till enheten tas om hand av verksamhetschef som avgör graden av utredning.

Vid allvarliga klagomål informeras kommunen skriftligt.

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

Inom två veckor efter att vårdtagaren har flyttat in hålls ett ankomstsamtal med den boende, sjuksköterskan, kontaktperson och rehabiliteringspersonal. Närstående har erbjudits att delta i vårdplaneringen.

Närstående uppmanas/ uppmuntras att komma med synpunkter och klagomål när det upptäcker risker eller brister i verksamheten.

Informationsbroschyr lämnas i samband med inflyttning.

Närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda boenden diskuteras.

Vid inträffad avvikelse som kräver en omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till närstående

Resultat

Strukturmått

Under året har medarbetarna genomgått följande utbildningar:

2 st. medarbetare blev färdiga undersköterskor.

1 st. medarbetare har läst tre terminer på yrkeshögskolan för specialist inom äldreomsorg, tar examen juni 2013.

1 st. medarbetare har läst svenska och vårdrelaterade ämnen på folkhögskolan.

1 st. medarbetare har haft tjänstledigt för att läsa in omvårdnadsprogrammet.

24 st. har utbildats i vårdhygien med hygiensjuksköterskan internt.

2 st. sjuksköterskor har utbildats i vårdhygien externt.

20 st. har utbildats i livsmedelshygien med Anticimex.

20 st. har utbildats i nutrition med .

20 st. har utbildats/uppdaterats i förflyttningsteknik och hantering av person-lyftar, vidare har alla nya medarbetare/sommarvikarier haft en obligatorisk genomgång i lyfteknik och lyftar.

16 st. har utbildats i validation.

2 st. har utbildats i reminiscens.

2 st. har utbildats i taktmassage.

20 st. hade en planeringsdag planvis med fokus på kontaktmannaskapet, kost, måltiderna och dokumentation.

16 st. hade en halv planeringsdag planvis med fokus på den goda dagen.

Processmått

Hygienrond med hygiensjuksköterskan har genomförts. Stickprov på följsamheten av basala hygienrutiner har genomförts vid fyra olika tillfällen på varje plan enligt checklista.

All personal har använt sig av företagets anvisade arbetskläder i omvårdnadsarbetet, plastförkläden har använts vid omvårdnadsarbetet utifrån basala hygienrutiner. I köket används tygförkläden som har tvättats dagligen.

Riskbedömningar har gjorts fortlöpande och minst en gång per år och åtgärdsplaner har upprättats.

Resultatmått

Registrering i nationella kvalitetsregister; Palliativregistret och Senior Alert har startats under andra kvartalet och därför är det för tidigt att dra några slutsatser.

Andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts till 100 %.

Antal inrapporterade avvikelser rörande fall var 78 st. varav 4 ledde till fallskada, och avvikelser rörande läkemedelshantering var 38 st.

Trycksår har inte uppkommit på enheten men två vårdtagare hade trycksår vid ankomsten från sjukhuset, sårerna är numera läkta.

BMI värden har följts noga, boenden har vägts en gång i månaden, MNA mätningar har genomförts två gånger per år. Boenden har erbjudits energirik kost med täta mellanmål.

Infektionsregistreringarna har genomförts en gång i månaden.

Inkontinensutredning har gjorts på samtliga boenden vid inflyttning.

Läkemedelsgenomgångar har gjorts på samtliga boenden vid inflyttning, vid förändring i status och årligen.

Måluppfyllelse

Inga vårdrelaterade infektioner har förekommit inte heller vinterkräksjuka.

Infektionsregistreringarna har genomförts en gång i månaden.

Fallolyckorna har minskat från föregående år.

Avvikelser rörande läkemedelshantering har minskat från föregående år.

Riskbedömningar har gjorts på samtliga boenden vid inflyttning.

Inkontinensutredningar har gjorts på samtliga boenden.

Inga trycksår har uppkommit på enheten.

Läkemedelsavstämningar har gjorts på samtliga boenden.

Inga Lex Maria anmälningar har förekommit.

Inga skriftliga klagomål/ synpunkter har inkommit.

Övergripande mål och strategier för kommande år

År 2013 fortsätter registreringarna i de bägge nationella registren dvs. Palliativregistret och Senior Alert.

Vårdhygienutbildning för all personal ska genomföras under våren.

Vi fortätter att skapa lokala rutiner för att säkerställa god hygienisk standard.

Livsmedelshygien med Anticimex för all personal ska genomföras under hösten.

Validationsutbildning, reminiscens och taktilmassage för nya medarbetare planeras under året.

Brandutbildning för all personal ska genomföras under hösten.