


Kavat Vård

Patientsäkerhetsberättelse för Elinsborgs äldreboende

År. 2014

Datum och ansvarig för innehållet

2015-03-17 

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Målsättningen för Elinsborgs patientsäkerhetsarbete

- Alla arbetar förebyggande så att vårdskada eller risk för vårdskada inte uppstår
- Alla känner sig trygga med att rapportera avvikelser och är införstådda med att avvikelser i de flesta fall orsakas av brister i rutiner och organisation
- Avvikelser ses som en möjlighet till förbättring

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Vårdgivare

Inom Kavat Vård 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 Kavat Vård håller god nivå. MAS ansvarar för att utarbeta skriftliga riktlinjer och instruktioner för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom Kavat Vård 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.

Verksamhetschef

Verksamhetschef (VC) i Kavat Vård 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 Kavat Vård 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

Verksamheten på Elinsborg bedrivs på fem våningsplan, fyra med 10 boende och ett med sju boende, totalt 47 boenden. Av de 47 plasterna har 37 inriktning mot demens och 10 är korttidsplatser.

Verksamhetschefen ansvarar för hela verksamheten. På varje våningsplan finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska med uppdrag att leda och fördelar arbetet. Äldreboendet är bemannat med sjuksköterska årets alla dagar mellan 07.00- 17.00. Övrig tid ansvarar Kavat vårds sjuksköterskepatrull för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Omvårdnadspersonalen, till största delen utbildade undersköterskor finns på plats dygnet runt, året runt.

Arbetsterapeut och fysioterapeut finns på plats dagtid vardagar och ansvarar för att göra ADL- och förflyttningsbedömning, prova ut hjälpmedel, handleda och utbilda personal i förflyttningssteknik och handhavande av hjälpmedel.

Legevisitten AB ansvarar för läkarinsatserna. Läkaren besöker enheten en gång per vecka samt när behov uppstår. Ansvarig läkare är övrig tid tillgänglig, kvällar, helger och nätter finns Legevisittens jourläkare tillgänglig.

I Kavat Vårds företagsledning finns en medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska som svarar för att det finns riktlinjer för hälso- och sjukvården på Elinsborg och i företaget. Elinsborg och Kavat vård har avtal med Vårdhygien i Stockholm

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

HSL avvikelserna klassificeras och registreras varje månad i enlighet med företagets egenkontrollsystem. Genom egenkontrollen får man en samlad överblick över avvikelserna och en värdefull information om eventuella brister i organisation

Avvikelseanalyseras, diskuteras och åtgärdas fortlöpande i enhetens ledningsgrupp. 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.

När en ny boende flyttar in begärs tillstånd av den boende alternativt av närstående att få registrera i Senior Alert. Registrering

och riskbedömning sker inom 14 dagar efter inflyttning sedan var 6:e mån samt vid statusförändring. Om risk föreligger skrivs en åtgärdsplan. Undernäring registreras en gång per månad eller

vid behov (=vikt). Trycksår och fall registreras vid uppkomst. Första uppföljningen sker 2 veckor efter första registreringen

och löpande uppföljningar sker var 6:e månad eller vid statusförändring.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för vikt och trycksåruppföljningar och sjukgymnasten för falluppföljningar.

Elinsborg arbetar målmedvetet för att förebygga vårdskador genom fel eller övermedicinering. När någon flyttar in gör patientansvarig läkare en genomgång av ordinerade läkemedel. En gång per år sker en genomgång av den boendes samtliga läkemedel och revidering sker. Dessutom sker löpande bedömningar av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare. Vid alla tillfällen när förändringar sker i läkemedelslistan, sker en genomgång av den personens samtliga läkemedel och eventuell revidering genomförs.

Väl genomarbetade rutiner finns för delegering och för läkemedelsutdelning och få avvikelser förekommer. Om en avvikelse gällande läkemedel skulle uppstå, så finns rutiner för riskanalys och åtgärder. Huvudansvarig för detta är omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

En särskild rutin följs gällande vård i livets slut, för att säkerställa effektiv smärtlindring och ångestdämpning. Registrering av alla avlidna sker i Palliativa Registret. Vårdplanering med närvaro av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, boende och närstående sker minst en gång per år samt vid förändrat hälsotillstånd.

Kavat Vård genomför årligen en egen enkätundersökning utförs årligen en riktad till boende och anhöriga. Där finns ett särskilt avsnitt som avser HSL-området. Resultatet bearbetas i HSL-personalgruppen och eventuella förändringar genomförs. Rutinen för avvikelsehantering är väl känd och förankrad i personalgruppen. I direkt anslutning till att avvikelse skett, fastställs åtgärdsplan. Ansvarig är omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid fall sker samråd med sjukgymnast. Samtliga avvikelser kontrolleras i direkt anslutning till att avvikelsen uppstått av verksamhetschef. Bedömning görs om insatta åtgärder är tillräckliga och om avvikelsen skall leda till Lex Maria. Uppföljningar av samtliga avvikelser sker regelbundet på kvalitetsrådet. Om avvikelserna beror på brister i rutiner sker revideringar av dessa. Rutin för klagomålshantering är väl känd och förankrad i personalgruppen. Alla nya boende och anhöriga informeras vid inflyttning. Eventuella klagomål bekräftas inom 24 timmar och åtgärdsplan fastställs inom 7 dygn.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Extern granskning

- Spånga-Tensta stadsdel utför årligen en granskning av verksamheten .
- Elinsborg har avtal med Vårdhygien i Stockholms län som gör en genomgång av verksamheten vart annat år.
- Kavat Vård genomför årliga kontroller av liftar och sängar.
- Apoteket AB genomför årlig granskning av läkemedelshanteringen.
- Elinsborg har deltagit i Socialstyrelsens öppna jämförelser av verksamheter.
- Boende och närstående har i enkätform tillfrågats om vad man tycker om verksamheten via både Socialstyrelsens enkät och Kavat vårds egen enkät.

Intern granskning

Varje år gör verksamhetschefen genomgång av samtliga rutiner, dokument och checklistor. Dessa uppdateras och vid behov kompletteras.

Avvikelsehantering

Varje avvikelse granskas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och verksamhetschef. Avvikelsen diskuteras på den lokala ledningsgruppen och kan eventuellt resultera i en ny rutin eller omarbetning av tidigare rutin.

När en läkemedelsavvikelse hänt, gör omvårdnadsansvarig alternativt tjänstgörande sjuksköterska en omedelbar bedömning. Vid felaktig dos eller givande av fel läkemedel till fel person, kontaktas läkare för bedömning. Eventuell anmälning enligt Lex Maria beslutas. Ingen sådan anmälan har gjorts under 2014.

Klagomålshantering.

Inkomna klagomål bekräftas inom 24 timmar och åtgärdsplan skrivs inom 7 dagar. Klagomålen dokumenteras, redovisas och behandlas i den lokala ledningsgruppen samt i Kavats Vårds centrala ledningsgrupp.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Fall

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Downton Fall Risk Index, senast 14 dagar efter boendes inflyttning och sedan vid behov eller var 6:e månad. Om risk har förelegat har en åtgärdsplan skrivits.

Sjukgymnast och Arbetsterapeut utför fallpreventionsronder hos samtliga boende var 5:e vecka. Har man upptäckt något som ökar fallrisken, t.ex. mattkanter, sladdar eller dålig belysning, så har detta åtgärdats. När en ny boende har flyttat in, så har sjukgymnasten gjort en bedömning för att säkerställa att personen har haft rätt hjälpmedel. För att utföra säkra förflyttningar. Nya hjälpmedel har ordinerats och ibland har rörelselarm alternativt lammatta installerats efter godkännande av personen.

Under året har all personal fått påbyggnadsutbildning i förflyttningsteknik. Med god utbildning känner sig personalen trygg vid förflyttning och det gör momentet säkrare för individen. All personal är utbildad i att använda lyftarna på ett sätt som gör att den boende känner sig trygg. Samtliga lägenheter är utrustade så att det finns möjlighet att använda taklyft om behov föreligger.

Trycksår

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Modifierad Nortonskala, senast 14 dagar efter boendes inflyttning och sedan vid behov eller var 6:e månad. Om risk har förelegat eller trycksår uppstått har åtgärdsplan skrivits och åtgärder satts in och omvårdnadsansvarigsjuksköterska har ansvarat för skötseln av trycksåret samt handlett och undervisat personalen.

Undernäring

Riskbedömning har skett i Senior Alert enligt Short Form Mini Nutritional Assessment (SF MNA). Om risk föreligger eller person bedöms som undernärd har åtgärdsplan skrivits. Åtgärder som undervisning, omgivningsanpassning, översyn av läkemedel, övervakning av näringsintag och anpassning av måltidssituationen med rätt hjälpmedel,

Sittställning mm. har satts in i förebyggande syfte. Vid undernäring har följande åtgärder vidtagits; mellanmål, berikning av maten, energirik och proteinrik kost, parenteral näringstillförsel, små och täta måltider, önskekost. Vid konstaterad undernäring har personen vägts var 14:e dag eller oftare. Personalgruppen har Informerats kontinuerligt gällande viktcurvan och resultat av insatta åtgärder.

Munhälsobedömning

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har gjort en munhälso-bedömning dels vid varje nyinflyttning och dels i samband med nutritionsproblematik. Tandhygienist har besökt samtliga boende en gång per kvartal. Vid några tillfällen har tandhygienisten kontaktats för bedömning vid misstanke om munhälsoproblematik. Tandläkaren har utfört behandling när behov har funnits och den boende inte kunnat uppsöka tandkliniken.

Läkemedel

Vid inflyttningen har Elinsborgs läkare gjort en bedömning av personens läkemedel. I ett flertal fall har läkemedel kunnat reduceras med följd att den boende fått ett ökat välmående. Läkemedelsgenomgång för samtliga boende har skett vid minst ett tillfälle under året.

I samband med vård i livets slutskede, har bedömning skett och läkemedel satts ut och ordination getts gällande smärtstillande och ångstdämpande läkemedel. Elinsborg använder APO-dosystem. När Apo-doserna anländer kontrolleras de av omvårdnadsansvarig sjuksköterska som sedan placerar påsarna i de boendes läkemedelsskåp.

Undersköterskorna har efter noggrann undervisning mottagit delgering för överlämnande av läkemedel.,

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Om avvikelse inträffat, skrivs en rapport som sedan går till omvårdnadsansvarig sjuksköterska som om och verkställer akuta åtgärder. Avvikelsen och beslutet dokumenteras i den boendes journal. Avvikelserna sammanställs varje månad av verksamhetschef som också tar beslut om eventuella ändrade rutiner.

Avvikelserna läggs efter behandling i den boendes journal.

Om avvikelsen faller inom ramen för Lex Maria gör Kavats Vårds medicinskt ansvariga sjuksköterska en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Klagomålsprocessen

På Kavats vård vill vi aldrig läsa om brister och synpunkter i media som uppstått i vår verksamhet utan att vi haft en chans att utreda och åtgärda. Alla som arbetar hos oss som vårdgivare är skyldiga att ta emot och utreda synpunkter, idéer och klagomål. Alla klagomål, synpunkter och förbättringsförslag ska dokumenteras, utredas och analyseras så att vi utvecklas och blir en ännu bättre vårdgivare.

- Klagomålet dokumenteras och lämnas till verksamhetschef. Ansvarig: verksamhetschef.
- Återkoppling sker inom 24 timmar. Ansvarig: verksamhetschef.
- Åtgärd genomförs/påbörjas inom 5 arbetsdagar. Fel/brist rättas till. Kontroller av att åtgärden fungerar. Ansvarig: verksamhetschef.
- Uppföljning på APT och lokal ledningsgrupp för att säkerställa att fel/brist inte upprepas. Ansvarig: kvalitetschef.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vårdplanering och uppföljning av vården sker minst en gång per år eller oftare när det utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är påkallat. Boende/närstående erbjuds alltid att delta. Vid vårdplaneringen görs en överenskommelse om hur samverkan skall ske med närstående. Överenskommelsen dokumenteras alltid i journalen. Boende och närstående informeras alltid om risker och händelser som lett till avvikelser.

Resultat SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Utbildning	Antal
Nutrition	12
Psykisk ohälsa och depression	1
Mat hantering utbildning	12
dödsfall och olika traditioner	21
Diabetes och insulin	16
Demens i andra kulturer	6
Kurs i behandlande och förebyggande madrasser	1
Demens utbildning	14
Måltidssituationer vid demens	18
UVI	14
Hjärtsvikt	12
Usk och kompletterande utbildningar	8
Munvårdsutbildning	19
Lyftutbildning	16
Dokumentationsutbildning	42

Specialist utbildning för USK	1
Värdegrundsutbildning	44
Meningsfulla aktiviteter	3
Silviasjuksköterskeutbildning	1
VoDok utbildning	3
Sår utbildning	2
Läkemedelsgenomgång	2
Demens utbildning för sjuksköterska	3
ICF utbildning	9
Värdegrund	8

Antal boende med riskanalyser avseende	Antal	Antal boende med risk	
Fall	37	Fall	37
Tryckskador	37	Tryckskador	22
Malnutrition	37	Malnutrition	17

Resultatmått:

Avvikelse under året	Antal	Avvikelse som lett till läkarkontakt	Antal
Fall	85	Fall	8
Läkemedel	16	Läkemedel	4
Tryckskador	0	Tryckskador	
Medicintekniska produkter	4	Medicintekniska produkter	