



Patientsäkerhetsberättelse för Fristad Vård- och Omsorgsboende

År 2014

2015-01-12 Helena Piensoho, verksamhetschef

Datum och ansvarig för innehållet

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	7
Risikanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	11

Sammanfattning

Vingslaget, en del av Bräcke Diakoni, har ett ledningssystem och en organisation som gör det möjligt att tidigt upptäcka, analysera och åtgärda risker i verksamheten. All personal på Fristad känner väl till att de ska skriva avvikelser och att syftet är att upptäcka fel och brister som t.ex. kan gälla organisation, rutiner eller utrustning.

I samband vid inflyttning och vid behov görs individuell riskbedömning för fall, undernäring och trycksår. Om risk föreligger, upprättas en vårdplan med datum för uppföljning. Risker för vårdskador har identifierats och hanteras genom vidtagna åtgärder.

För alla boenden finns en upprättad genomförandeplan och vid nyinflyttning bjuds närstående in för en vårdplanering och därefter vid behov eller önskemål. Synpunkter från närstående rörande hälso- och sjukvårdsfrågor tas emot av sjuksköterska som vid behov kommunicerar vidare till verksamhetschef eller läkare.

Rapportering mellan HSL-personal, paramedicinare och omvårdnadspersonal sker både muntligt och skriftligt.

Hygienrond har genomförts.

Personal får löpande utbildning i livsmedelshygien, basala hygienrutiner, förflyttningsteknik samt bemötande.

Vi har kvalitetsråd regelbundet.

Ingen anmälan enligt Lex Maria har gjorts under året.

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, delegering, 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 dokumentation, tekniska hjälpmedel

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren

Inom Vingslaget Omsorgs AB, en del av Bräcke Diakoni 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 hög och att vården vid enheten har god kvalitet. VD ansvarar för att medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschefer har tillräcklig kompetens för uppgiften.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS övervakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet inom Vingslaget Omsorgs AB håller god nivå. MAS ansvarar för att utarbeta skriftliga riktlinjer och instruktioner för hälso- och sjukvården och för att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs. MAS ansvarar för att till Inspektionen för vård och omsorg 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 samt att rapportera till VD och styrelse.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAR ansvarar för att utarbeta riktlinjer inom området rehabilitering och för att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs inom rehabiliteringsområdet.

Verksamhetschef

Verksamhetschef (VC) i Vingslaget Omsorgs AB, en del av Bräcke Diakoni 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, en del av Bräcke Diakoni 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 och de ska rapportera risker och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Alla avvikelser rapporteras till tjänstgörande sjuksköterska som omgående vidtar akuta åtgärder, dokumenterar i patientjournal samt i Vodoks avvikelssystem. Därefter utreder omvårdnadsansvarig sjuksköterska det inträffade, vidtar ytterligare åtgärder tillsammans med övriga i teamet, dokumenterar i avvikelsemodulen samt följer upp avvikelsen. Vidtagna åtgärder följs upp genom dagliga rapporter mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal.

Sjuksköterskor och paramedicinare har också ett gemensamt möte en gång per vecka där aktuella avvikelser och därtill lämpliga åtgärder ventileras och följs upp. Mötet är också ett forum för preventiva patientsäkerhetsarbetet inte minst när det gäller fallolyckor.

Avvikelserna följer vi upp i kvalitetsrådet som sammanträder en gång i månaden och där deltar representanter från hela omvårdnadsteamet. Där belyser vi avvikelserna ur olika perspektiv samt på flera nivåer. På individuell nivå granskar vi vidtagna åtgärder för att säkerställa att inte något förbisetts. På avdelningsnivån arbetar vi ständigt med att förbättra och förändra strukturer och rutiner. Det kan till exempel handla om förbättrad hantering av hjälpmedel eller tydligare kommunikation i teamet. På verksamhetsnivå försöker vi ständigt dra lärdom av det inträffade för att kunna bli bättre i hela vår verksamhet.

Alla avvikelser registreras i vår egenkontroll. Där skrivs antal samt en klassificering vilket tydliggör avvikelsernas allvarlighetsgrad. Här får vi en tydlig överblick av antal och typ av avvikelse vilket hjälper oss att följa utvecklingen, se tendenser mm för att kunna vidta lämpliga åtgärder.

MAS tar del av avvikelserna och utreder om ytterligare åtgärder ska vidtas. Inga åtgärder av detta slag har varit aktuella under 2013.

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

Samtliga boenden riskbedöms i samband med inflyttning och därefter årligen eller vid förändring för fall, malnutrition samt trycksår. Vårdplan har upprättats vid identifierad risk.

Läkemedelsgenomgångar genomförs i samverkan med ansvarig läkare.

Extern granskning av läkemedelshantering har skett med hjälp av apotekare från Apoteket AB:

Hygienrond med hjälp av hygiensjuksköterska från Vårdhygien har genomförts och förbättringsåtgärder pågår.

Kvalitetsgranskning av HSL-journalerna har gjorts av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Aktuella HSL-avvikelser har snarast behandlats och åtgärdats av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Mobila sjukskötersketeamet, Vårdliljan, med inställetid på 30 min, har ansvaret för sjuksköterskeinsatser alla tider då ordinarie sjuksköterska inte är i tjänst. Omvårdnadspersonalen har därmed tillgång till sjuksköterska dygnet runt i hälso- och sjukvårdsfrågor och som arbetsledare i akuta situationer. Vid planerade insatser på jourtid informeras Vårdliljan genom fax eller telefonsamtal från sjuksköterskan.

Vårdliljan har i sin tur tillgång till jourläkare genom Legevisittens jourläkarorganisation som kan komma på hembesök vid behov.

Årlig munhälsovård har erbjudits till alla. Tandläkare kommer till boendet för undersökningar och behandlingar efter behov.

Intern kvalitetsuppföljning inom hälso- och sjukvårdsområdet har gjorts av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Uppföljning genom egenkontroll

Verksamheten har registrerat i Senior Alert och i Palliativa registret. Våra månatliga registreringar av kvalitetsindikatorer avseende nutrition, trycksår och fall görs mycket noggrant och resultaten följs upp regelbundet, vilket ger en kvalitetssäkring för den boende. Infektionsregistrering och registrering av begränsningsåtgärder håller en lika hög nivå.

Kvalitetsuppföljningen av HSL i verksamheten visar att vi håller en hög nivå med bra rutiner. Samtliga granskade journaler innehöll noggranna ADL-bedömningar samt kognitiva planer.

Hygienrond har vi haft enligt avtal och förbättringsåtgärder har påbörjats.

Läkemedelsgranskning är gjord och förbättringsförslag enligt plan pågår.

Den interna granskningen av journaler och annan dokumentation visar på en genomgående god kvalitet i verksamheten. Vi arbetar aktivt med att göra riskbedömningar, upprätta och följa upp planer för bedömda risker.

I årets brukarundersökning som stadsdelsförvaltningen gör får vi bra bedömningar och de boende är nöjda med vår omvårdnad. I jämförelse med andra verksamheter i staden kan vi glädjas åt ett bättre resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan sker dagligen inom och mellan alla personalkategorier i verksamheten, likaså inom och mellan alla vårdgivare kring den enskilde boende.

Skriftlig information och muntlig överrapportering mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal, gäller såväl dagtid som jourtid.

Samma metod för informationsöverföring kring den boende gäller från sjuksköterskor i tjänst till omvårdnadspersonal. Det berör bland annat läkarbehandling, tandläkarbehandling och fotsjukvårdsbehandling.

Samverkan mellan vårdgivarna sker genom att man träffas personligt, men även genom telefonkontakt eller skriftligt.

Skriftlig och muntlig information från paramedicinare till berörd personal beträffande hjälpmedel samt hjälpmedelsordinationer.

Medicinsk utrustning inkl. sängar kontrolleras årligen och följs av skriftligt protokoll.

Vid inflyttning från hemmet eller annat boende samverkar vi för god informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Riskanalys

Vi har i verksamheten ett flertal olika möten som bland annat syftar till att diskutera patientsäkerhet och uppmärksamma risker.

Sjuksköterskan och paramedicinare har dagliga rapporteringstillfällen med omvårdnadspersonalen där det dagliga hälsotillståndet diskuteras och där även risker för vårdskador tas upp, t.ex. uppkomst av trycksår, hjälpmedelsbehov.

HSL möten hålls en gång i veckan och där diskuteras avvikelser, dokumentation och rutiner. Eventuella risker och brister kan därför uppmärksammas och åtgärder initieras. Vid dessa möten deltar verksamhetschef, sjuksköterska och arbetsterapeut.

Riskbedömningar görs enligt fastställd rutin.

För att upprätthålla kontinuiteten i vården för den boende upprättas en genomförandeplan där det noggrant beskrivs vilka insatser den boende är i behov av och hur/när de skulle utföras.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

All personal rapporterar risker och avvikelser på avvikelseblankett. Avvikelsen utreds av verksamhetschef och berörd HSL personal. Vid allvarliga avvikelser kontaktas företagets MAS som beslutar om ärendet ska anmäldas till IVO enligt Lex Maria.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

De boende och närstående informeras muntligt och skriftligt både i samband med övertagandet, liksom vid inflyttning, om hur de kan lämna förbättringsförslag, klagomål och synpunkter. Information om detta finns också anslaget i entrén på anslagstavla.

Sammanställning och analys

Eventuellt inkomna klagomål hanteras på samma sätt som avvikelser och verksamhetschef eller sjuksköterska återkopplar alltid till den som kommit med synpunkter och klagomål. Vi har inte fått några klagomål under året.

Samverkan med patienter och närstående

Varje boendes anhörig/närstående bjuds in till vårdplaneringsmöte. Dels vid inflyttning, vid förändringar av hälsotillståndet eller när det uttrycks önskemål om detta. Vi informerar om omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och läkare samt valfriheten inom vården.

Vi har anhörigmöten två gånger/år och även där kan anhöriga att få mer kunskap/insikt i olika patientsäkerhetsfrågor såsom fallprevention eller nutritionsåtgärder samt ha möjlighet att ställa sina frågor i ämnet.

Resultat

Strukturmått

Båda våra sjuksköterskor har utbildning i förskrivningsrätt och inkontinensmedel.

En person med vårdbiträdesutbildning har påbörjat vidareutbildning till en undersköterska inom äldrevården.

All dagpersonal har utbildats i validation samt reminiscens. Arbetsmetoder som handlar om bemötande.

All omvårdnadspersonal har fått utbildning i munhälsovård och har genomgått en livsmedelshygienutbildning samt förflyttningsteknik.

En sjuksköterska, en verksamhetschef, en arbetsterapeut och fyra omvårdnadspersonal har utbildats till Administratörer i BPSD-registret.

Processmått

Riskbedömningar för fall, malnutrition och trycksår har gjorts på samtliga boenden, dels vid inflyttning och vid behov. Åtgärdsplaner har upprättats vid uppkommen risk och följts upp enligt rutin.

Läkemedelsgenomgångar har gjorts kontinuerligt med läkare och sjuksköterska.

Infektionsregistreringar har genomförts.

Inkontinensutredningar på bonden har genomförts.

Regelbundna BMI uppföljningar har genomförts.

Regelbundna registreringar har genomförts på alla i Senior Alert.

Avlidna på Fristad har registrerats i Palliativa registret.

BPSD registreringar har gjorts på nästan alla boende.

All personal har arbetat efter basala hygienrutiner.

Resultatmått

Antalet fall uppgick till 19 stycken under 2014. Ett fåtal boende, som fallit upprepade gånger döljer sig bakom de flesta fallen.

Brister i läkemedelshanteringen var 4 stycken till antalet under 2014.

Enligt sammanställningen av avvikelser 2014 har enheten inte haft några brister avseende basal hygien, brister i spec.omvårdnad/rehabinsatser, brister i vårdkedjan eller gällande medicintekniska produkter.

Vi har haft två boenden med trycksår som uppkommit efter sjukhusvistelse.

Bägge trycksåren är nu borta.

Måluppfyllelse

God kvalitet: Riskbedömningar har utförts på alla boende, det finns inga patienter med trycksår.

God hygienisk standard: ingen känd smittspridning under året.

Trygghet i vård och behandling: avvikelser har behandlats under året, huvuddelen av avvikelserna gäller fall och teamet arbetar aktivt med fallprevention.

Tillgänglighet: inga kända brister gällande tillgänglighet.

Respekt för självbestämmande och integritet: all personal informeras årligen om tystnadsplikten och dess innebörd. Alla boende är delaktiga i sin vård och omsorg.

Kontinuitet och säkerhet: god kontinuitet och säkerhet i verksamheten.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsätta arbetet med en tydlig organisation för patientsäkerhetsarbetet under dagar, kvällar och helger.
- Fortsätta arbetet med riskbedömningar av fall, undernäring och trycksår.
- Fortsätta med det strukturerade arbetet med infektionsregistreringar, hygienronder och hygienrutiner.
- Förbättra arbetet med läkemedelsgenomgångar och signeringar i samband med läkemedelsadministrering.
- Förbättra och systematisera avvikelserapporteringen och klassificeringen av avvikelser.
- Fortsätta med ADL-bedömning och kognitiv bedömning enligt Bergers skattningsskala.
- Systematisera arbetet med synpunkts- och klagomålshantering för ständiga förbättringar av verksamheten.
- Uppdatera våra lokala HSL-rutiner.
- Fortsätta arbete med och dokumentera i de nationella kvalitetsregistren.
- Genomföra hygienutbildning genom Vårdhygien för omsorgspersonalen.
- Infektionsregistrering varje månad enligt rutin.
- Egenkontroll enligt rutin.
- Staden kommer i januari byta ut dokumentationssystemet Vodok till ICF. Här kan vi förutse att denna förändring kräver extra mycket arbetstid av HSL-personalen, såväl initialt vid övergången, samt implementerandet då systemet inte är invant och bekvämt för personalen.