

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Vasens vård-och omsorgsboende

ÅR 2016

Datum och ansvarig för innehållet:
2017-01-12

Shila Yasdani, verksamhetschef
Vasens äldreboende, Attendo Sverige AB

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

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

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

Samverkan för att förebygga vårdskador

Risikanalys

Rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripandemål

Sammanfattning:

Vasens vård- och omsorgsboende drivs av Attendo på uppdrag av Norrmalms stadsdelsförvaltning. På Vasen arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast som ett team. Vi arbetar aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Vasen har haft sjuksköterskebemanning dygnet runt, från slutet av september har vi sjuksköterska dagtid måndag-söndag och kvällstid har Mobila Teamet ansvar för sjuksköterskeinsatserna.

I februari 2016 beslutar stadsdelsnämnden att avveckla Vasens vård- och omsorgsboende från och med första kvartalet 2017 med anledning av ett föreläggande från Arbetsmiljöverket. Föreläggandet innebär att det inte går att bedriva vård- och omsorgsboende efter den 30 november 2017 utifrån hur lokalerna är utformade idag. Bristerna enligt arbetsmiljölagen gäller samtliga hygienutrymmen på Vasen, då dessa är för trånga. Enligt Arbetsmiljöverkets bedömning framgår att en förutsättning för att arbetstagarna ska kunna arbeta med en god arbetsteknik vid förflyttningssituationer behöver det finnas ett fritt arbetsutrymme om minst 0,8 meter vid toalettstolen.

Stadsdelsnämndens nuvarande avtal med Attendo AB för Vasen löper ut den 31 januari 2017. I och med beslutet om avvecklingen har verksamheten genomgått stora förändringar på kort tid. Detta har medfört att ett stort fokus har legat på att identifiera eventuella risker för brukarna som bott kvar, arbete för att miljön ska vara så oförändrad som möjligt och att nya anpassningar av rutiner för att passa verksamheten ska implementeras så fort och bra som möjligt. Detta arbete har skett bland annat med hjälp av riskanalyser, uppföljning av dessa och förankring av nya rutiner på APT och avdelningsmöten.

En dialog och ett samarbete med stadsdelen har hela tiden legat som grund för de större förändringarna såsom stängning av våningsplan och öppning av korttidsboende. Månatliga uppföljningsmöten har hållits med representanter från stadsdelen, biståndsbedömare, boendesamordnare, MAS, MAR verksamhetschef och biträdande verksamhetschef.

Under 2016 har vi arbetat aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten.

Alla avvikelser registreras i verksamhetssystemet ADD och alla medarbetare har skyldighet att rapportera. Samtliga medarbetare har bidragit i patientsäkerhetsarbetet bla genom rapportering av risker, avvikelser och negativa tillbud.

Omvårdnadspersonalen har genomgått webutbildningen ”Nollvision” med fokus på en vård utan begränsnings/tvångsåtgärder.

Arbetet med registrering i nationella kvalitetsregister har fortsatt, kvalitetsregister som används nu på Vasen är Senior Alert och Palliativa registret.

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras snarast inom två arbetsdagar och återkoppling sker senast efter fjorton dagar. Boende och anhöriga görs delaktiga i det arbetet. Personalen rapporterar risker, tillbud och allvariga händelser vilket gör det möjligt att förebygga vårdskador.

Övergripande mål och strategier

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

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

ADD är företagets ledningssystem för kvalitet och arbetsmiljö.

Vårt uppdrag är att skapa hög kvalitet för att förebygga vårdskador. I detta är ett fungerande kvalitetsarbete en förutsättning. Alla medarbetare skall känna till verksamhetens kvalitetsarbete.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, God kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. Vassen har en intern MAS/kvalitetsansvarig sjuksköterska som granskar verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

All hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut) har ett eget yrkesansvar för att arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet. De ska aktivt delta i förbättringsarbetet.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso-och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att arbetet ska utföras enligt lagar och rutiner som finns i verksamheten. Varje medarbetare är skyldig att avvikelser och risker identifieras och rapporteras.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vårdskador mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser och klagomål samt uppföljning av journaldokumentationen.

Alla medarbetare ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser och tillbud i Attendos kvalitetsystem ADD. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS/kvalitetsutvecklare. Kvalitetsrådet är verksamhetens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten.

Kvalitetsansvarig på verksamheten kallar till kvalitetsmöte 1ggr/månad, närvarande är en personal/ avdelning samt verksamhetschef, samordnare och biträdande verksamhetschef. Alla händelser samt eventuella åtgärder tas upp till diskussion, ökning/minskning av avvikelser fångas upp och utvärderas. En genomgång av händelserna görs också på arbetsplatsträffar av kvalitetsansvarig och verksamhetschef.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p

Kvalitetsarbete (Händelsehantering). MAS får information av verksamhetschefen om allvarliga händelser och kan ta del av alla avvikelser. MAS beslutar om anmälan ska göras enligt Lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO) och informerar nämnden om anmälan och Ivos beslut.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs enligt avtal av apotekare från Apoteket Hjärtat vartannat år.

Vasen var godkänd på senaste läkemedelsgranskningen 2015, följande synpunkter framfördes och åtgärdades av verksamheten, avsaknad av öppningsdatum, ej daterade salvor/flytande läkemedel.

Palliativa registret

Registrering av palliativ vård har fortsatt, särskilt fokus har lagts på brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsobedömning och erbjudande om ordinerade injektioner mot ångest.

LCP

Vasen är ansluten till LCP. Vi har god palliativ omvårdnad, följer gällande riktlinjer och ett gott samarbete med läkarorganisationen

Riskbedömningar

Riskbedömningar, fallrisk-Downton, trycksår-Norton och nutrition-MNA görs på alla senast 14 dagar efter inflyttning, dessa uppdateras vid behov eller senast efter 6 månader. Om en risk föreligger upprättas en vårdplan.

BMI görs inom 14 dagar, eller tidigare vid uppenbart behov. Detta dokumenteras i Vodok och en hälsoplan upprättas vid behov. BMI görs sedan efter 6 månader eller tidigare vid behov.

Dokumentation

All dokumentation och journalföring sker i det digitala dokumentationssystemet Vodok- HSL och paraplyt- SoL.

HSL-granskningen av dokumentationen som gjorts på verksamheten i mars 2016 visar på fortsatt förbättring. Verksamheten har fortsatt arbeta utifrån åtgärdsplanen från 2015 och det har gett ett positivt resultat. 8 st journaler granskades.

2 journaler var kompletta, 4 journaler saknade riskbedömning för skyddsåtgärder, 1 journal hade ej aktuell inkontinensbedömning men hade vårdplan och ordinerat inkontinensskydd, 1 journal saknade anteckning om läkemedelsansvar, 2 journaler hade antecknat namnet på ansvarig läkarorganisation men ej namngivit läkaren.

Resultatet för dokumentationsgranskningen var 95% för HSL och 97,3% för SoL.. Verksamheten har under 2016 fortsatt avsatt tid för dokumentationen samt utbildning i dokumentationssystemet för sjuksköterskorna. Ett fortsatt nära samarbete med processledaren från stadsdelen har bidragit till att hålla dokumentationen högt prioriterad. Dokumentationsansvariga från HSL-gruppen har fått tid till att fördjupa sig mer i det nya ICF-systemet med tid för att delta i de utbildningar som erbjudits

samt bokade möten med processledaren som kommit ut på verksamheten. Processledaren har även deltagit i HSL-mötena på verksamheten där dokumentationen tagits upp som en stående punkt för att stämma av och diskutera.

Rutiner

Under året har nya rutiner implementerats på grund av avvecklingen, dessa har utarbetats efter en riskanalys gjorts. Verksamheten har även öppnat 4 st korttids/växelvårdsplatser

På varje arbetsplatsträff har en eller flera rutiner tagits upp och diskuterats. Detta är ett fortlöpande arbete för att hålla rutinerna uppdaterade och levande.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Uppföljning genom egenkontroll:

- Avtalsuppföljning av Norrmalm SDF genomförd två gånger per år
- Månadsmöten med stadsdelen för avstämning inför avveckling. Representanter från stadsdelen- MAS, MAR, boendesamordnare, biståndshandläggare samt verksamhetscontroller.
- Varje kvartal lämnar sjuksköterskorna in blanketten Infektioner i särskilt boende. Verksamhetschefen sammanställer och rapporterar till MAS.
- Jämförelse via Palliativa registret avseende antal registrerade avlidna
- Jämförelse via Öppna jämförelser
- Kvalitetsbarometern, brukarenkät genomförd 2016 av Socialstyrelsen
- Egen granskning av dokumentation patientjournalssystemet Paraply/ Vodok genomförd av Attendos kvalitetsavdelning 2 gånger.
- Apotekgranskning vart annat år, kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Kvalitetsindex, företagets system, egen jämförelse varje månad samt med andra enheter inom Attendo.
- Årlig kontroll och service vid behov av alla vårdsängar och lyftar.
- Livsmedelskontroll
- Hygienrutiner gjordes samt kontroll av om rutinerna är kända och implementerade i arbetsgruppen.
- Månadsanalys av avvikelser HSL (fall, sår och läkemedel), samt klagomål och synpunkter
- Sammanställning av synpunkter och klagomål gjordes efter årets slut och analys för att se om det fanns något gemensamt

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap 3 § p 3

- Läkarenorganisationen är Legevisitten. Rond sker en gång i veckan med läkaren, utöver detta kontaktas läkaren per telefon vid behov. Läkaren kan komma på hembesök andra dagar än rondens om behov finns. Vasen samverkar med Attendos medicinskt ansvariga sjuksköterska.
- Vårdplanering två gånger per år med boende och närstående
- Teammöte med ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal en gång per vecka.
- Samverkan med sjukhus genom överrapportering vid inflyttning och sjukhusvistelse
- Samverkan med Norrmalms MAS, anhörigkonsult, demenssjuksköterska, biståndshandläggare, dokumentationsparaply ansvarig
- Avtal med Vårdhygien. Stadsdelen har ett samarbetsavtal med avdelning Vårdhygien, Stockholms Läns Landsting gällande vårdhygienisk expertis. I avtalet ingår utbildning, hygienrond och rådgivning. Vasen har tillgång till kostnadsfri rådgivning avseende hygienfrågor vid utbrott av smittsamma sjukdomar.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

En händelseanalys genomförs efter att en allvarlig händelse har inträffat eller utifrån frekvent återkommande händelser som innebär att medarbetaren, brukaren eller övriga vårdtagare utsätts för en allvarlig risk. Analysen syftar till att identifiera bakomliggande orsaker till händelsen. Vi arbetar med ett orsakssammanhang där en kedja av händelser och rutiner har lett fram till ett tillbud eller en incident.

Vid inflyttning görs riskbedömningar av sjuksköterskorna och rehab relaterat till vårdtagaren och dennes hälsotillstånd. Riskbedömning görs sedan löpande av sjuksköterskan i samråd med kontaktperson vid förändringar i vårdtagarens allmäntillstånd. Verksamheten gör riskbedömningar kring arbetsmiljön i den enskildes hem, där vi bland annat granskar eventuella risker med möblering. Medicintekniska produkter kontrolleras regelbundet enligt gällande rutin

Risikanalyser görs i samband med förändringar av processer, införande av nya arbetssätt samt i de risker som upptäcks genom avvikelser- och klagomålshanteringen.

Under 2016 har fyra riskanalyser genomförts. Den ena genomfördes inför sommarbemanningen på Vasen för sjuksköterskor med anledning av svårigheter att få tag på semestervikarierande sjuksköterskor. En gjordes inför förändrad sjuksköterskebemanning. Två riskbedömningar har gjorts i och med avvecklingen av verksamheten- en har gjorts med brukarfokus, denna har också reviderats efter uppföljning, och en med personalfokus.

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

Det finns rutiner att samtliga medarbetare rapporterar risker för vårdskador samt händelser enligt vårt händelsehanteringssystem som ovan beskrivits. Skyldigheten att anmäla ett missförhållande informeras vid nyanställning samt på arbetsplatsträffar. Vid allvarlig händelse kontaktar verksamhetschef inblandande omgående, en intern utredning startas och MAS samt regionchef och kvalitetsavdelning i Attendo informeras. När den interna utredningen är klar tas beslut om extern utredning ska göras. Regionchef utser en person att utreda händelsen och en händelseanalys och åtgärdsplan görs sedan. MAS gör en anmälan om Lex Maria till Socialstyrelsen vid behov.

Händelseanalysen och dess resultat delges till medarbetarna på nästkommande arbetsplatsträff för att alla skall ta lärdom av det inträffade och för att informationen skall komma vidare om de åtgärder som vidtagits. Det kan vara till exempel en ny rutin för hur något skall göras. Återkoppling sker till stadsdelen och till de berörda.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § , 7 kap 2 § p6

Blanketter för klagomål och synpunkter finns synligt på varje enhet på Vasen för Alla brukare och deras anhöriga. Dessa hanteras av kvalitetssamordnare och verksamhetschef. Brukare och deras anhöriga har alltid möjlighet att samtala med personalen, chef och sjuksköterska angående sina åsikter och önskemål.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Synpunkter som inkommit under 2016 har kunnat åtgärdas genom dialog och information. Det har varit synpunkter på omvårdnad, bristande information, bemötande och larm. I maj öppnades 4 st korttids/växelvårdsplatser på 2 avdelningar, det är främst dessa platser klagomålen berör. Det tog tid att få de nya rutinerna och arbetssättet att fungera. Ett klagomålsärende har gått till kvalitetsavdelnings för utredning om Lex Sara. Inget av klagomålen har lett till någon Lex Sara eller Lex Maria.

Händelse/ Avvikelse	Vasen
Läkemedel totalt	136
Utebliven läkemedels dos	108
Fel läkemedels dos	7
Fel läkemedel	2
Utebliven signatur	13
Övrigt	6
Fall totalt	115
Ingen skada	95
Lättare skada	18
Fraktur	3

Trycksår	0
Grad 2 ytlig epitelskada	0

Samverkan med brukare och närstående

Alla brukare på Vasen får en kontaktperson vid inflytt. Om brukaren önskar görs en kontaktplan upp med närstående det kan t.ex. vara mail 1 ggr/månad eller telefonsamtal. Vid välkomstsamtalet är närstående alltid välkomna och bjuds in om brukaren vill detta. Brukaren bestämmer själv om anhöriga/närstående får vara med vid planeringsmöten med socialtjänsten, vid vårdplanerings möten med läkare och dylikt. All vård och omsorg å Vasen ska utgå från brukarens bästa och egna vilja. Veckobrev skickas via mail till närstående.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antalet brukare har varierat kraftigt mellan januari till december på grund av avvecklingen.

Resultat HSL

Trycksår: Ingen avvikelse gällande trycksår har registrerats in i avvikelsemodulen. Av de 78 gjorda riskbedömningarna i januari till de 16 aktuella i december fanns det risk för trycksår i ca 50% av bedömningarna och alla dessa har en upprättad vårdplan.

Hygienföljsamhet: Medarbetarna på Vasen följer hygienrutinerna mycket bra. Uppföljning av basala hygienrutiner har gjorts regelbundet under året vilket har lett till en bättre följsamhet av rutinerna. Rätt arbetskläder och inga smycken.

Undernäring Ingen avvikelse har registrerats kring undernäring. Av de 78 gjorda riskbedömningarna i början av året till de 16 aktuella i december fanns det risk för undernäring i ca 80% av bedömningarna och alla dessa har en vårdplan.

Munhälsa

Av de 78 gjorda riskbedömningarna i januari till de 16 aktuella i december fanns det risk för ohälsa i munhålan i ca 70% av bedömningarna. Samtliga brukare erbjuds gratis tandvårdsbedömning 1 gång/år och har egen tandvård från Oral Care som regelbundet kommer och rengör tänderna och bokar tandläkarbesök vid behov. De överlämnar också en vårdplan för tandhygien med instruktioner till personalen.

Fallavvikelser

Total 115 fall har inträffat för 78 lägenheter med i genomsnitt 40 brukare utslaget på hela året personer och 3 av fallen orsakade en fraktur. Av de 78 gjorda riskbedömningarna fanns det risk för fall i ca 80% .

- Riskbedömningar, fall, nutrition och trycksår: samtliga brukare har aktuella riskbedömningar gjorda inom två veckor.
- Inget trycksår uppkom på enheten trots förebyggande madrass och åtgärder.
- Vård skador: 0
- Vårdrelaterade infektioner: 0
- Medicintekniska produkter:0

Infektioner i särskilt boende

Antibiotikabehandlade infektioner vid Vasens vård- och omsorgsboende plan 1-4				
Genomsnitt antal boende	63 boende	50 Boende	27 boende	16 boende
	Kvartal 1 mars 2016	Kvartal /maj 2016	Kvartal sep2016	Kvartal 4 Dec 2016
Lunginflammation	3	2	0	1
Urinvägsinfektion hos vårdtagare med kateter	6	0	1	1
Urinvägsinfektion hos vårdtagare utan kateter	13	8	1	0
Sårinfektion	4	7	1	0
Annan hud- och mjukdelsinfektion	0	1	0	0
Clostridium difficile- diarré	0	0	0	0
Annan infektion	1	0	0	0
Influensa	0	0	0	0

Övergripande mål för kommande år:

Vasen avvecklas under första kvartalet-17, målet fram till dess är att fortsätta arbetet med att förebygga vårdskador och arbeta för en trygg och meningsfull vardag. Vasen skall ha en trygg och säker hälso- och sjukvård där brukare inte ska komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta preventivt i syfte att förebygga vårdskador.