



PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

RIO VÅRD-OCH OMSORGSBOENDE

2012

130228

Joseph Wikström leg. Sjuksköterska

Godkänd av: Camilla Grimsby Klein Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbetet 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	9
Hantering av klagomål och synpunkter	8
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	10
Övergripande mål och strategier	11
Ledning och kvalitetssamordnare	12

Förord

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft 1/1 2011. Denna lag syftar till att göra hälso-och sjukvården säkrare för individen som ska kunna ta del av den. Vårdgivaren har fått ett tydligare ansvar för att bedriva kvalitetsarbete som är systematiskt och förebyggande för att förhindra vårdskador. Patientsäkerhetsberättelsen skall beskriva det systematiska patientsäkerhetsarbetet som bedrivs inom verksamheten så att tydlig information kan ges till externa intressenter.

Sammanfattning

Attendo AB har sedan flera år arbetat systematiskt med kvalitet och patientsäkerhetsfrågor. År 2012 karakteriserades av ett intensifierande av detta arbete inom hälso-och sjukvård. Attendo AB har under många år arbetat för att skapa säkra och effektiva rutiner. Detta arbete har skapat förutsättningar för en patientsäker och högkvalitativ vård. I syfte att fånga upp avvikelser/ händelser och skapa möjligheter för samtliga verksamheter till ett kontinuerligt förbättringsarbete, har stor kraft de senaste åren lagts ned på ett fungerande avvikelshanteringssystem.

Ansaret för patientsäkerheten har verksamhetschef med HSL ansvar som i samråd med, MAS och hälso-och sjukvårdspersonal bedriver och utreder patientsäkerhetsarbetet.. Vårdskador och tillbud följs upp kontinuerligt av MAS via verksamhetssystemet, vidare följs verksamheten upp via kvalitetsregister. Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av Attendos lokala kvalitetsarbete. Kvalitetsarbetet bedrivs på enheterna enligt de rutiner och riktlinjer som Attendo har. Arbetet är utformat så att enheten har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser

Gruppen består av kvalitetssamordnare, verksamhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt kvalitetsombud, vilka är representanter från de olika avdelningarna. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret på enheten för patientsäkerhets –och kvalitetsarbetet. All personal har skyldighet att skriva avvikelser/händelser. Statistik och minnesanteckningar skickas månatligen till kvalitets utvecklare i regionen. Protokollet innehåller kort beskrivning av händelserna ,orsak, beslutande åtgärder samt resultat.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt på varje enhet. Avvikelser och risker finns med som en punkt på arbetsplatsträffar. Utbildning och handledning har skett framförallt via statliga stimulansmedel. Revidering av riktlinjer och rutiner sker kontinuerligt både i samverkan mellan landsting- kommun. Uppföljning via egenkontroller sker genom granskningar av verksamheten och jämförelser av tidigare års resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador har skett internt via tvärprofessionella team som deltar på vårdtagarmöten samt externt via samverkansgrupper och avtal med landstinget, apotek m.m.

Samverkan och delaktighet med brukare och deras närstående sker vid inflyttningen på det särskilda boendet, och erbjuds sedan kontinuerligt. Information ges om de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret. Tydliga rutiner finns för att ta emot klagomål och synpunkter från brukare och/eller närstående. Vid Lex Maria ärende ges alltid möjlighet för vårdtagare och/eller närstående att lämna synpunkter.

Övergripande mål och strategier

Rio vård- och omsorgsboende har som mål att hålla en hög patientsäkerhet där brukaren kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården som bedrivs på enheten och vårdpersonalen arbetar aktivt för att minska vårdskador.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ger vårdgivaren ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och på så sätt förebygga vårdskador. Vårdgivaren ska utreda händelser, informera kunden snarast om vilka åtgärder man tänker vidta för att förhindra att liknande händelser ska inträffa igen. Vidare ska vårdgivaren underlätta för kund och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dem till att inkomma med synpunkter. Attendo ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Mål 2012

Förbättra identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av vårdskador och risker

Öka brukare/närståendes kunskap och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet

Fortsatt systematiskt arbete i nationella kvalitetsregistren.

Förbättra vårdhygien på enheterna.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Varje medarbetare ska ges förutsättningar att kunna utföra sitt arbete på ett sådant sätt att god och säker vård kan ges. Vårdgivaren ska enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9) planera, leda, kontrollera, följa upp utvärdera och förbättra verksamheten.

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD på Attendo AB har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets-miljö och arbetsmiljörelaterade åtgärder inom regionen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med Attendo AB direktiv samt gällande lagstiftning. Rapporterar till nämnd. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet ,god kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschef ansvarar för att göra alla medarbetare delaktiga i kvalitetsarbetet, leder och utvecklar sin enhet och tillser att gällande riktlinjer och rutiner är kända och följs av medarbetaren. Verksamhetschef rapporterar till regionchef.

Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk –och preventionsbedömningar för respektive brukare. De ansvarar också för att omvårdnadsåtgärder utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Omvårdnadspersonal ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet. Omvårdnadspersonal ansvarar för att följa gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera avvikelser till enhetschef/legitimerad personal.

MAS ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att kunden ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp, utveckla och utöva tillsyn över hälso- och sjukvården. MAS samverkar med verksamhetschef i hälso- och sjukvårdsfrågor och arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Alla medarbetare har kunskap om hur Attendo AB rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelse rapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet har befogenhet att besluta om kvalitetshöjande åtgärder. Vid inflyttning och över tid erbjuds alla brukare av omvårdnadsansvarigsjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk upprättas en omvårdnadsplan som kontinuerligt utvärderas.

Vårdskador och tillbud följs upp kontinuerligt av MAS via verksamhetssystemet. Beslutade åtgärder redovisas av verksamhetschef och ansvarig sjuksköterska i samverkan till MAS som sammanställer vårdskador, tillbud och åtgärder per enhet.

Händelser som bedömts som Lex Maria och skickats till socialstyrelsen rapporteras av MAS. Uppföljning av verksamheten sker även via Senior Alert (fall, trycksår, undernäring) och palliativa registret (vård i livets slut) Rapport kvartalsvis sker till sjuksköterskor på sjuksköterskemöte och sammanställning redovisas till MAS. Infektionsregistreringar dokumenteras varje månad och redovisas till MAS.

Läkemedelshanteringen granskas årligen av extern granskare (apotekare). Förbättringar utförs av läkemedelsansvarig sjuksköterska och redovisas till MAS.

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

Vårdgivaren ska senast den 1 mars årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år

Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

Vilka resultat som uppnåtts

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt på varje enhet. Avvikelser och risker finns med som en punkt på arbetsplatsträffar. Utbildning och handledning har skett framför allt via statliga stimulansmedel. Information till närstående delges individuellt, vid förtroenderåden som äger rum fyra gånger om året ges information händelser.

Åtgärder för ökad patientsäkerhet som genomförts 2012

Införande av nationella kvalitetsregister, Senior Alert samt Palliativa registret

Införande av SITHS- kort (säker inloggning)

Förberedelser för Pascal (IT-stöd för läkemedel)

Fortbildning och genomgång av hygienrutinerna

Implementering av systematiska läkemedelsgenomgångar i samverkan med landstinget.

Utbildning inom demensvård av Silviasyster

Anhörigstöd utbildning till samtliga medarbetare

Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll är Attendo AB egen kvalitetsrevision och genomförs på samtliga enheter en gång per år. I egenkontrollen mäts den tekniska kvaliteten på verksamheten och att lokala rutiner, riktlinjer, lagar och förordningar efterföljs. Kraven i egenkontrollen är högt uppsatta och för de delar som icke är godkända genomförs en åtgärdsplan som följs upp varje månad.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört uppföljningar och granskningar med godkänt resultat enligt nedanstående:

Granskning av lokala HSL-rutiner.

Granskning av HSL-dokumentationen.

Hos samtliga brukare har riskbedömningarna MNA, Norton och Downton Fall Risk Index utförts, alla brukare som det föreligger risk gällande undernäring, trycksår eller fall har en utformad vårdplan och åtgärder. Vårdplanen följs upp var tredje månad. Nattfasteregistrering genomförs två gånger per år. Det finns rutiner för inkontinensutredningar och inkontinenshjälpmedel, det genomfördes en kvalitetssäkring av inkontinenshjälpmedel under det gångna året hos samtliga brukare. Kvalitetsgranskning av akut och buffertförråd samt brukarnas egna läkemedel har utförts av extern apotekare. Samtliga brukare har genomgått en årlig munhälsobedömning och bedömningen är dokumenterad i brukarens journal.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Tvärprofessionella team finns bestående av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal som samverkar vid varje kvalitetsmöte varje månad. Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadspersonalen kontinuerliga uppföljningar utifrån brukarens pågående hälso-och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. På Rio vård-och omsorgsboende träffas legitimerad personal och omvårdnadspersonal varje vecka på ett team möte för att diskutera frågor gällande alla

våra brukare. Vid dessa möten finns möjlighet till planering och uppföljning av omvårdnadsåtgärder.

Rio vård-och omsorgsboende finns sjuksköterska på plats dygnet runt.

Läkarinsatser på Rio vård-och omsorgsboende ombesörjs av Stockholmsgeriatriken och samverkansmöten hålls regelbundet.

Rio vård-och omsorgsboende samarbetar med Oral Care för insatser som gäller nödvändig tandvård. Samarbetet fungerar bra och de tillhandahåller både tandhygienist-tjänster och tandläkarbesök.

Risikanalys

På Rio vård-och omsorgsboende diskuteras frågor som gäller säkerhet öppet på våra möten. Vi använder oss av våra bedömningsinstrument för att göra riskanalys angående säkerhet. Vi bedömer och åtgärdar utefter riskanalysen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Enligt lokal rutin för avvikelshantering har legitimerad och övrig vårdpersonal skyldighet att rapportera avvikelser. Så fort omvårdnadspersonal får kännedom om avvikelser kontaktas sjuksköterska. Sjuksköterskan bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående och dokumenterar i omvårdnadsjournalen och en händelserapport skrivs. Vid fall informeras sjukgymnast så snart som möjligt för att kunna ordinera hjälpmedel eller andra förebyggande insatser. Avvikelsen går till MAS som avgör om den kan hanteras i lokal avvikelshantering eller gå vidare till myndighet enligt lokal rutin anmälan enligt Lex Maria.

Hantering av klagomål och synpunkter

Verksamhetschefen ansvarar för att klagomål och synpunkter åtgärdas, dokumenteras och följs upp på respektive enhet. Verksamhetschefen kontaktar den som har synpunkter eller klagomål för att få en bild av det som hänt. Kopia på alla klagomål och synpunkter skickas sedan till MAS som sammanställer och kategoriserar alla klagomål inom Vård och omsorg för att kunna se mönster eller trender. På Rio vård och omsorgsboende har 7 klagomål inkommit under 2012 som har utretts och åtgärdats.

Alla medarbetare har kunskap om Attendo AB hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter ,klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.

Enligt lokal rutin har alla medarbetare inom vård och omsorg ansvar för att de problem/klagomål som de får kännedom om dokumenteras på särskild blankett.

Problemet/klagomålet åtgärdas om möjligt snarast av den som tagit emot klagomålet och

blanketten med dokumenterad åtgärd lämnas till verksamhetschef som ansvarar för uppföljning och utvärdering på arbetsplatsen. Kopia skickas till MAS för sammanställning.

Om klagomålet gäller hälso- och sjukvård och vårdskada/risk för vårdskada kan misstänkas kontaktas omgående omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

I de fall ett klagomål inte kan åtgärdas direkt informeras personen som framfört klagomålet om att det skickas vidare. Ifylld blankett lämnas till verksamhetschef och kopia skickas till MAS omgående. Verksamhetschef handlägger ärendet i samråd med MAS och en händelseanalys genomförs. Den som framfört synpunkter och klagomål skall hållas informerad under utredningen och vara delaktig. Händelseanalys och de åtgärder som genomförts dokumenteras och meddelas den som framfört klagomålet. Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och utvärdering sker på arbetsplatsen.

Sammanställning och analys

På Rio vård-och omsorgsboende följer verksamhetschefen upp hälso- och sjukvårdsarbetet varje vecka på HSL där samtlig legitimerad personal och verksamhetschef deltar genom att lyfta inkomna avvikelser, klagomål, utredningar och resultat.

Samverkan med patienter och närstående

På Rio vård-och omsorgsboende är vi mycket lyhörda för våra brukare och närståendes önskemål och behov. Vårdplaneringar håller vi med brukare, närstående och kontaktperson samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid förändringar i det allmänna tillståndet hos våra brukare eller medicinändringar så kontaktar alltid tjänstgörande sjuksköterska närstående. Rio vård-och omsorgsboende arbetar med närståenderåd och närståendeträffar enligt Attendo AB riktlinjer. Månadsbrev som innehåller aktuell information om aktiviteter, personal, råd skickas hem till närstående fyra ggr/år. Under 1012 har anhörigutbildning erbjudits.

Information och dialog om patientsäkerhet förs vid inflyttning på det särskilda boendet. Information ges om de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret. Blankett för klagomål och synpunkter överlämnas till vårdtagare och/eller närstående. Vid Lex Maria ärende ges alltid möjlighet för vårdtagare och/eller närstående att lämna synpunkter.

Resultat

Läkemedelsavvikelser/övriga avvikelser enligt hälso- och sjukvården

Läkemedelsavvikelser

Avvikelser som berör läkemedelshanteringen är ett område som verksamheten rapporterar frekvent. Orsaker till läkemedelsavvikelser kan vara:
Otydliga läkemedelsordinationer, bristande kontroll vid administrering av läkemedel, otydlig ansvarsfördelning och/eller bristande kommunikation. Antalet läkemedelsavvikelser på boendets ca 90 brukare uppgick 2012 till sammanlagt 81 st

Fall

Antal fall på Rio vård och omsorgsboende uppgick under 2012 till 113 av dessa ledde 6 till skada på brukaren.

Lex Maria

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts under 2012.

Klagomål och synpunkter

7 klagomål har inkommit under 2012 som samtliga utretts och åtgärdats.

Vårdhygien

Basal vårdhygien följs

Kvalitetsregister

Senior Alert

Gemensamma mål för Senior alert (riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning av fall, undernäring och trycksår)

Fallprevention, undernäring och trycksår har en stark koppling till varandra. Registret är en del i att koppla ihop dessa tre områden på ett strukturerat sätt. Registret erbjuder möjligheter att utveckla nya arbetssätt samt stärka säkerheten i vård och omsorg samt att alla arbetar enligt samma modell.

- Mål: Samtliga riskbedömningar skall vara registrerade i Senior alert i slutet 2012.

Detta mål är icke uppfyllt.

Palliativa registret

Gemensamma mål för palliativ vård. God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut är en viktig del av vård och omsorgsarbetet och utgör ett av de nationella målen för äldreomsorgen. Palliativa registret har tillkommit för att förbättra vården i livets slutskede. Genom att delta i registret måste personalen anpassa sitt arbetssätt och via registren kommer kunskapen om vårdens resultat att bli synliga. Möjligheten att jämföra den egna verksamhetens resultat över tid kommer att finnas men också att jämföra sig med andra verksamheter.

- Mål: Täckningsgrad: Samtliga avlidna under 2012 ska registreras i registret.

Målet är uppfyllt.

Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom är de första nationella riktlinjerna inom området. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder för personer med demenssjukdom. En arbetsgrupp har av ledningsgruppen fått uppdraget att utifrån nämndens mål, de nationella och lokala riktlinjerna för demenssjukdomar ta fram förvaltningsövergripande riktlinjer för demensvården. Samtliga brukare på demensenheten har en dokumenterad bemötandeplan som utformats av Silviasyster och kontaktperson. Ett förbättringsarbete i Famna värdegrund påbörjades hösten 2012 där förekomsten och möjliga orsaker till uppkomsten av BPSD-symptom undersöktes, projektet genomförs i samarbete med Kampementets vård- och omsorgsboende och i gruppen ingår Silviasyster, sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska. Arbetsgruppen fortsätter under 2013 att arbeta med uppdraget.

Fortbildning/ utbildning

Fortbildning och utbildning har erbjudits under 2012. Samtliga medarbetare har erbjudits anhörigstöd utbildning där även närstående deltog. Sjuksköterskor har fått utbildning i införandet av nationella kvalitetsregister, Senior Alert samt Palliativa registret och förberedelser inför Pascal.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål : Att bedriva en säker och högkvalitativ vård i delaktighet med brukare och deras närstående

Förbättra identifiering, analys, åtgärd och uppföljning av vårdskador och risker.

Alla medarbetare ska ha kunskap om avvikelssystemet samt skyldigheten att rapportera händelser. Utredning och åtgärder skall kontinuerligt återrapporteras i verksamheten.

Säkra läkemedelshanteringen genom att utarbeta säkra rutiner, följa upp delegeringar kontinuerligt.. Målet är att minska läkemedelsavvikelser med 30% under 2013

Säkra den palliativa omvårdnaden och påbörja arbetet med LCP

Öka brukare/närståendes kunskap och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet genom att regelbundet informera närstående vid inflyttning, uppföljning och närstående möten.

Samtliga brukare skall registreras i Senior Alert och palliativa registret

Starta upp arbete och registrering i kvalitetsregistret BPSD inom demensvården. Under 2013 skall detta arbete implementeras.

Samtlig omvårdnadspersonal som arbetar med personer med demenssjukdom ska ha genomgått webbutbildning-Demens ABC

Reflektionsmöten hålls en gång i veckan på demensboendet, och ge underlag till bemötandeplaner

Demenssteamets medlemmar gör ökad kunskap till nyanställda och timanställda i vården för våra dementa genom att instruera, ge kunskap och introducera.

Ledning och kvalitetssamordnare

Verksamhetschefer:

**Christina von Segebaden(samordnande VC), Jennifer Johanson(VC plan 6-8),
Camilla Grimsby Klein(VC plan 3-5 samt HSL-ansvarig)**

Kvalitetssamordnare:

Mathurin Sika

Barbro Lundgren