



Patientsäkerhetsberättelse för Åsengårdens vård- och omsorgsboende

År 2014

2015-01-11 Kirsi Näränen Olsson

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
Riskanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	10
Övergripande mål och strategier för kommande år	11

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Under 2014 har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts enligt validerade instrument i Vodok på alla vårdtagare. Registreringar i Senior Alert är genomförda på alla vårdtagare. Alla som avlidit på Åsengården under året har registrerats i Palliativa registret. Infektionsregistreringar har genomförts på samtliga boende. Inkontinensutredningar har genomförts och följts upp. Registreringar utifrån Stockholms stads kvalitetsindikatorer genomfördes. Registreringar i BPSD-registret har gjorts på nästan alla boende. Systematiska läkemedelsavstämningar har genomförts och APO-dos är infört. Egenkontroll av hygienrutiner har genomförts.

Hälso- och sjukvårdspersonal har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att snabbt vidta nödvändiga åtgärder för att minimera risker för vårdskador. De har rapporterat händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada i Vodoks avvikelsemodul. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med MAS och verksamhetschef. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen och återkopplas snabbt till berörd personal och tas också upp på Kvalitetsrådet som vi har en gång per månad.

Klagomål och synpunkter lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Kontakt upprätthålls med dem som har lämnat in synpunkter eller klagomål.

Under året har en boendes läkemedelsordinationer ifrågasatts av de närstående. Åtgärdat genom att ansvarig läkare har haft personliga samtal med de närstående samt att en annan läkare tog över och såg över läkemedlen under en kort period.

Inom två veckor efter att vårdtagaren flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Närstående informeras om allt av vikt. Närstående deltar regelbundet i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den boende diskuteras.

De viktigaste resultaten som har uppnåtts är att:

- den palliativa vården har utvecklats utifrån givna parametrar,
- alla boenden är registrerade i Senior Alert,
- undernärda med låga BMI har minskat jämfört med föregående år,
- fallolyckorna har minskat jämfört med föregående år,
- avvikelser rörande läkemedel har minskat från föregående år,
- trycksår, vårdrelaterade infektioner eller matförgiftning har inte förekommit,
- inga Lex Maria anmälningar 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 systematisk 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 Omsorg 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 Vingslaget Omsorg 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 inklusive egenkontrollen inom sitt område. Kvalitetsarbetet omfattar att leda, följa upp, analysera och utveckla verksamheten.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal inom Vingslaget Omsorg 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 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 och de ska rapportera risker och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.

Struktur för uppföljning/utvärdering

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

HSL avvikelserna klassificeras och registreras varje månad i företagets egenkontroll. Genom egenkontrollen får vi en samlad bild av avvikelserna och en värdefull information om eventuella brister i organisationen.

Kvalitetsrådet samlats en gång per månad för genomgång av inkomna avvikelser. Avvikelse analyseras, diskuteras och åtgärdas fortlöpande. Det är viktigt att ta lärdom av misstagen så de inte upprepas.

Samtliga dödsfall som inträffat på Åsengården registreras i Palliativa registret. Resultat ur palliativregistret används för att förbättra vård vid livets slut.

Mätning av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs en gång per månad genom kartläggning av HSL- indikatorer. Sammanställning och analys av infektionsregistrering utförs en gång per månad.

Genom interna hygienronder kontrolleras följsamheten av basala hygienrutiner och genom extern hygienrond med vårdhygien vartannat år.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen genomförs en gång per år.

Kontroll av följsamheten till upprättade regler och rutiner för läkemedelshantering utförs genom avvikelse rapportering.

Årlig intern uppföljning av hälso- och sjukvården, inklusive dokumentationsgranskning, av företagets MAS hjälper oss med förbättringsförslag.

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

Under året 2014 har individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår genomförts på samtliga boende enligt validerade instrument.

Åtgärder har vidtagits fortlöpande med regelbundna uppföljningar.

Alla registreringar är genomförda i Senior Alert. Registreringar av dödsfall har genomförts i Palliativa registret på alla som avlidit på Åsengården.

Individuella inkontinensutredningar har genomförts på alla inkontinenta boenden.

Infektionsregistreringar har genomförts.

Registreringar i BPSD-registret har genomförts på nästan alla boende.

Följsamheten av basala hygienrutiner har genomförts kontinuerligt och dialog har förts i arbetsgrupperna och risker för smitta osv. Hygiensköterska har gjort ett besök på enheten under året.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts utan anmärkning.

Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomfört med boendeansvarig läkare, för att kunna minimera bruket av läkemedel och APO-dos har införts.

Vid försämrat matintag har bedömningsinstrumentet MNA och ROAG använts. Sjuksköterskorna har gjort regelbundna muninspektioner och utifrån detta har konsistensanpassad kost erbjudits med regelbundna uppföljningar.

Boendes BMI värden har följts, vikten har kontrollerats en gång per månad.

Boenden har erbjudits energirik kost med täta mellanmål och näringsdryck.

Oral Care har utfört regelbundna munhälsobedömningar, boendes personliga tandläkare/ tandhygienist har åtgärdat eventuella problem.

Regelbundna förflyttningsutbildningar och uppdateringar av liftar och lyftskynken har genomförts av rehabiliteringspersonal.

Ökat fokus på teambaserat arbetssätt har lett till förbättrad säkerhet för den boende.

Stockholms stad gör årligen en brukarundersökning där resultatet blir synliggjort och kan jämföras över hela staden, resultatet kan också jämföras år från år.

Intern kvalitetsuppföljning inom hälso- och sjukvårdsområdet har gjorts av företagets (MAS) och (MAR).

Uppföljning genom egenkontroll

De egenkontroller som har genomförts under 2014 är:

Granskning och analys av andelen genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår mot föregående år.

Kontroll av att registrering har genomförts i Senior Alert.

Kontroll av att registrering av dödsfall har genomförts i Palliativa registret.

Kontroll av att infektionsregistrering har genomförts.

Kontroll av att BPSD-registrering har gjorts på nästan alla boende.

Följsamheten av basala hygienrutiner har kontrollerats, dialog och reflektion har förts fortlöpande i arbetsgrupperna.

Analys av protokoll från apotekets kvalitetsgranskning har gjorts. Lämnade rekommendationer har beaktats.

Egenkontrollen har ytterligare innefattat:

Vår registrering i Palliativregistret och Senior Alert medför att vi kan jämföra våra resultat med andra boenden i företaget, med andra boenden i Stockholm samt också med boenden i övriga delar landet.

Öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter har följts upp.

Granskning av journaler har dels gjorts av kommunens MAS och dels av företagets MAS och MAR.

Medarbetarnas förhållningssätt och attityder som skulle kunna leda till brister i verksamhetens kvalitet har diskuterats utifrån behovet på regelbundna omvårdnadsmöten och månatliga arbetsplatsträffar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal har regelbundna uppföljningar utifrån de enskilda boendes behov.

Varje vecka har sjuksköterska och omvårdnadspersonal på respektive avdelning så kallat Omvårdnadsmöte där de går igenom alla boende och följer upp deras omvårdnad och behov av hälso- och sjukvård.

Varje vecka har rehab-personal och omvårdnadspersonal på respektive avdelning så kallat Rehab-möte där de går igenom alla boende och deras behov av hjälpmedel.

Kvalitetsrådet samlas en gång per månad för genomgång av avvikelser och andra frågor som rör vårdkvaliteten. Verksamhetschef, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och omvårdnadspersonal deltar.

Läkarsamverkan

Läkarsamverkan med Örbydoktorer sker en gång per vecka. Läkaren har rond med omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de boendes behov. Vidare förs kontinuerlig dialog som rör patientsäkerheten.

Annan samverkan

Vårdliljan AB har ansvarat för sjuksköterskeinsatser utanför kontorstiden. En skriftlig insatsbeställning har faxats till Vårdliljan där det framgår vilka insatser som önskas för den boende. Efterföljande dag meddelar Vårdliljan via fax att de har utfört de begärda insatserna. Dokumentation har skett kontinuerligt i Vodok.

Vid inköp av medicintekniska hjälpmedel som exempelvis liftar, ingår besiktning en gång per år genom ett serviceavtal med leverantören.

Oral Care har informerats när en ny boende har flyttat till enheten för en munhälsobedömning.

Medicinsk fotvård har utförts regelbundet. Fotvårdaren har utfört behandlingen i boendes lägenhet. Efter behandlingen har fotvårdaren utifrån behovet informerat kontaktpersonen/ sjuksköterskan om boendes fotstatus.

Risikanalys

Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalyser genomförs vid förändringar i organisationen/verksamheten. Samma gäller vid förändring av rutiner. Genom händelse- och avvikelserapportering från personal identifieras fortlöpande riskområden i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Hälso- och sjukvårdspersonal har rapporterat händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i Vodok.

Risikanalys har gjorts fortlöpande, likaså har åtgärdsplaner upprättats utifrån behovet. Riskanalysen har alltid gjorts vid inflyttning, vid förändring av status och minst en gång per år på alla boenden för att i tid upptäcka behov och erbjuda lämpliga insatser för att minimera vårdskador hos den boende.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med MAS och verksamhetschef.

Allvarliga avvikelser utreds av MAS. Avvikelseerna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal.

Omvårdnadspersonal skriver avvikelserna på en fastställd blankett och lämnar till sjuksköterska.

Avvikelser som berör all personal tas upp och diskuterats på sedvanligt sätt i Kvalitetsrådet.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

Klagomål som inkommer från närstående samlas in för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS och återkopplas snarast till den berörda. Kontakt upprätthålls med den som har lämnat in synpunkter eller klagomål. Alla synpunkter och klagomål tas på största allvar.

Sammanställning och analys

Alla inkomna synpunkter och klagomål tas på största allvar. Verksamhetschef samlar in alla synpunkter och klagomål som inkommer. Synpunkterna utreds och analyseras för att eventuellt kunna se mönster eller trender som skulle kunna indikera brister i verksamheten. Verksamhetschef återkopplar alltid till berörd person som inkommit med synpunkten eller klagomålet. Återkoppling och dialog sker kontinuerligt med hälso- och sjukvårdspersonal samt övrig berörd personal.

Vi har inte haft några klagomål rörande HSL-insatserna under året.

Samverkan med patienter och närstående

Inom två veckor efter att en boende flyttat in hålls ett ankomstsamtal med närstående där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson deltar. Vid ankomstsamtalet informeras närstående om allt av vikt, en informationsbroschyr delas ut i samband med inflyttningen.

Uppföljningsmöten erbjuds regelbundet. Närstående informeras alltid vid förändring av den boendes hälsotillstånd.

Närstående uppmuntras att aktivt komma med synpunkter om de upptäcker brister i vården och omsorgen för att minimera eventuella negativa händelser som skulle kunna leda till vårdskador. Skulle det inträffa en avvikelse som kräver mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till närstående.

När det är aktuellt att göra förändringar i boendes hem är närstående delaktiga i processen. Vi arbetar aktivt med skadeprevention som t.ex. höftskyddsbyxor och uppmanar vid behov närstående att skaffa sådana till den boende.

Resultat

Strukturmått

Under året 2014 har medarbetarna genomgått ett flertal utbildningar:

2 medarbetare tog undersköterskeexamen under våren

1 medarbetare har läst en termin på omvårdnadsprogrammet och tar examen som undersköterska hösten/vintern 2015

En sjuksköterska har påbörjat utbildning till Silviasjuksköterska och blir klar juni 2015

Verksamhetschef gått utbildning i Åldrandets utmaningar 7,5 hp KI

2 medarbetare har gått utbildning i Våld i nära relationer

Samtliga medarbetare har fått utbildning i Nationella värdegrunden i studiecirkelform

24 medarbetare har fått brandskyddsinformation

2 medarbetare har fått utbildning i validation

4 medarbetare har fått utbildning i taktilmassage

5 medarbetare har utbildats i livsmedelshygien av Anticimex

2 elever har utbildats under ett år, utbildningen har varvats mellan teori och praktik. Eleven är en dag i veckan i skolan och tre dagar på enheten för att praktisera under handledning av en erfaren undersköterska.

Alla tillsvidareanställda medarbetare har fått uppdatering i lyftteknik, liftar och lyftskynken. Även alla nya medarbetare/vikarier har fått utbildning i lyftteknik och liftar.

Processmått

Individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts.

Infektionsregistreringar har genomförts.
Inkontinensutredningar på alla aktuella boenden har genomförts.
Regelbundna BMI uppföljningar har genomförts.
Regelbundna läkemedelsavstämningar har genomförts med Örbydoktor.
Regelbundna registreringar har genomförts på alla i Senior Alert.
Avlidna på Åsengården har registrerats i Palliativa registret.
BPSD registreringar har gjorts på nästan alla boende.
All personal har arbetat efter basala hygienrutiner.

Resultatmått

Antalet fallskador uppgick till 90 stycken under 2014. Ett fåtal boende, som fallit upprepade gånger döljer sig bakom de flesta fallen. Fyra fall ledde till frakturer (tre höft och en underarm).
Brister i läkemedelshanteringen var 9 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.

Måluppfyllelse

2014 blev alla aktuella boende registrerade i Palliativa registret.
2014 blev alla boenden registrerade i Senior Alert.
2014 blev alla aktuella boenden inkontinensutredda.
Något färre boende har varit undernärda med låga BMI jämfört med föregående år.
Fallolyckorna var 90 stycken under året, fyra med fraktur som följd.
Avvikelserna rörande läkemedel har minskat något från föregående år.
Inga trycksår har förekommit.
Ingen Lex Maria har förekommit.
Smärtskattning med Abby Painscale genomförd i samband med vård i livets slut.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi ska erbjuda alla boende god och säker vård. Det innebär dels att patientsäkerhetsarbetet fortsätter på ett systematiskt sätt för att vårdtagare inte ska drabbas av eller utsättas för risk att drabbas av vårdskada. Dels för att minimera andelen vårdskador på grund av fall, trycksår och undernäring genom systematiska riskbedömningar.

År 2015 fortsätter arbetet med BPSD registreringar.

Registreringar i Palliativa registret ska fortsätta ske på ett systematiskt sätt och i hög grad för att säkerställa god och säker palliativ vård och ett gott omhändertagande. Särskilt angeläget är att validerad smärtskattning utförs och samtal erbjuds kontinuerligt.

Vi ska fortsätta utveckla teamarbetet ur HSL-perspektivet utifrån riskanalyser och registreringar i kvalitetsregistren.

Hygienrond med vårdhygien planeras genomföras under 2015.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen ska genomföras under våren 2015.