



Patientsäkerhetsberättelse

för

Villa Vesta gruppboende

År 2014

2015 01 12

Anette Bergstedt, verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
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	8
Riskanalys	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
Hantering av klagomål och synpunkter	9
Sammanställning och analys	9
Samverkan med patienter och närstående	9
Resultat	9
Övergripande mål och strategier för kommande år	11

Sammanfattning

För att trygga patientsäkerheten har vi inom Vingslaget Omsorgs AB en del av Bräcke Diakoni, ett företagsgemensamt egenkontrollsystem. Vi rapporterar regelbundet till Driftschef och MAS en sammanställning av kvalitetsindikatorer och riskfaktorer samt avvikelser beträffande hälso- och sjukvård.

I samband med inflyttning och därefter årligen samt vid behov, görs individuell riskbedömning för fall, undernäring, trycksår samt munhälsa. Om risk föreligger, upprättas en vårdplan med datum för uppföljning.

Risker för vårdskador har identifierats och hanterats genom vidtagna åtgärder.

För alla boende finns en upprättad genomförandeplan och vid nyinflyttning bjuds boende och närstående in för en vårdplanering med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och utsedd kontaktperson och därefter vid behov eller önskemål.

Synpunkter från boende och närstående rörande hälso- och sjukvårdsfrågor tas emot av sjuksköterska som vid behov kommunicerar vidare till läkaren.

Inför vård i livets slut erbjuds alltid närstående ett brytpunktssamtal med hemmets läkare.

Vi genomför regelbundna läkemedelsgenomgångar i samverkan med ansvarig läkare.

Vi genomför inkontinensutredningar enligt riktlinjer. Båda sjuksköterskorna har utbildning i Vård vid inkontinens samt kontinensbevarande vård.

Rapportering mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal sker både muntligt och skriftligt i Safe Doc.

Personalen får årligen utbildning i förflyttningsteknik, basala hygienrutiner, livsmedelshygien och nutrition.

Resultat som uppnåtts

Vi har under året haft färre antal fall jämfört med 2013. Ett har lett till en fraktur.

Vi har inte haft några vårdrelaterade infektioner eller trycksår

Vi har inte haft någon Lex Maria -anmälan.

Alla boende har genomförda inkontinensutredningar

Vi har strukturerade årliga läkemedelsgenomgångar

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, brister i dokumentation

God hygienisk standard

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

Informationsspridning till obehöriga, palliativ vård

Kontinuitet och säkerhet

Brist i kontinuitet, brister i informationsöverföring, brister i dokumentationssystemet, 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 har god kvalitet. VD ansvarar för att medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschefer har tillräcklig kompetens för uppgiften.

Medicinskt ansvar sjuksköterska (MAS)

MAS övervakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet inom Vingslaget Omsorgs AB håller god nivå. MAS har ansvar för att följa upp den hälso- och sjukvård som bedrivs och ansvarar för att utarbeta skriftliga riktlinjer och instruktioner för den hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att till Socialstyrelsen 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 och patientsäkerhetsplan 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 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 skall rapportera risker och händelser som medför eller kunnat medföra vårdskada.

Struktur för uppföljning/utvärdering

- Risker identifieras
- Förebyggande åtgärder vidtas
- Åtgärder utvärderas

Eventuella vårdskador dokumenteras och följs upp genom avvikelshanteringen. Avvikelse rapporteras till sjuksköterska och verksamhetschef som vidtar nödvändiga åtgärder utifrån sin profession. Vid behov kontaktas läkare. Anhörig informeras, paramedicinsk personal involveras och berörd omvårdnadspersonal informeras.

Avvikelsen dokumenteras i den boendes journal och händelsen följs upp.

Avvikelserna klassificeras och registreras i företagets egenkontrollprogram.

Händelsen kommuniceras till personalgruppen. Avvikelse diskuteras och åtgärdas fortlöpande för att ta lärdom och för att förhindra att de händer igen.

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

Genom avtal med Vårdhygien har vi tillgång till hygiensköterska för rådgivning, utbildning och granskning för att identifiera förbättringsområden. Vi har utvecklat ett samarbete för god hygienisk standard.

På alla våra boende görs en inkontinensutredning i samband med inflyttning med uppföljning en gång per år.

Samtliga boende har riskbedömts för fall, malnutrition samt trycksår samt munhälsa. Vårdplan har upprättats vid identifierad risk.

Regelbundna, årliga läkemedelsgenomgångar görs tillsammans med hemmet läkare.

Läkemedelshanteringen har granskats externt av farmaceut från Apoteket Farmaci och förbättringsförslag har åtgärdats.

Aktuella 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 under jourtid och i akuta situationer.

Journalföring sker i Safe Doc. Jourssköterskan har tillgång till detta.

Årlig munhälsodömning har erbjudits till alla.

Tandläkare kommer till hemmet för undersökningar och behandlingar efter behov.

Uppföljning genom egenkontroll

Intern kvalitetsuppföljning med månatlig rapportering till företagets MAS beträffande:

- ❖ antal aktuella riskbedömningar för undernäring, MNA
- ❖ antal aktuella riskbedömningar för fall, Downton
- ❖ antal frakturer på grund av fall
- ❖ antal boende med individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel
- ❖ och boende med kateter
- ❖ antal boende med ordinerade skyddsåtgärder
- ❖ nivåbedömningar enligt Bergers skattningsskala
- ❖ antal boende med mer än 7 läkemedel
- ❖ antal antibiotikabehandlade infektioner under månaden
- ❖ antal boende som behandlas med demensläkemedel
- ❖ antal boende som behandlas med psykosläkemedel
- ❖ läkemedelshantering. Antal personal med delegering
- ❖ antal aktuella ADL-bedömningar, arbetsterapeutbedömning
- ❖ antal aktuella förflyttningsstatus, sjukgymnastbedömning
- ❖ infektionsregistrering för vidare befordran till Vårdhygien.

Dessutom görs en kvalitetsuppföljning, KUPP, av hälso- och sjukvården av företagets MAS. I årets uppföljning fanns ingen anmärkning.

Det görs årlig kvalitetsgranskning av

- ❖ läkemedelshanteringen av apotekare från Apoteket Farmacie
- ❖ vårdhygien av hygiensjuksköterska från Vårdhygien

Det görs årlig besiktning av:

- ❖ liftar av LICO
- ❖ sängar av Sodexo
- ❖ rullstolar och rollatorer av sjukgymnast och arbetsterapeut
- ❖ trygghetslarm av Tunstall
- ❖ spoldesinfektor av Getinge

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan sker dagligen mellan olika personalkategorier runt den boende för en säker vård.

Muntlig och skriftlig informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor och paramedicinare.

Kommunikationen mellan Vårdliljan och sjuksköterskan beträffade planerade insatser eller viktig information sker både skriftligt via fax och muntligt per telefon.

Rutin finns och är väl känd, för hur omvårdnadspersonalen tar kontakt med Vårdliljan.

Hemmets läkare kommer en gång i veckan plus vid behov. Läkaren har en mycket hög tillgänglighet även för beredskapssjuksköterskorna alla tider på dygnet. Hemmet läkare har specialistkompetens i geriatrik och har lång och gedigen erfarenhet s. Läkaren har varit knuten till Villa Vesta i över 30 år och har därmed god kännedom om hemmet, de boende och verksamheten. Närstående har alltid erbjudits att träffa läkaren när de önskat.

Läkarens fullständiga journaler finns tillgängliga på boendet för sjuksköterskorna.

I samband med inflyttning och därefter fortlöpande, samverkar vi med närstående för att ta del av och ge information som är av vikt.

Efter genomförda munhälsobedömningar sker samverkan med tandläkare för undersökning och eventuellt behandling. Tandläkaren kommer till hemmet.

Fotvårdsspecialist med medicinsk kompetens kommer regelbundet till hemmet.

Vi har rutin för vilken information som skickas med patienten vid behov av akutsjukvård. Vi arbetar aktivt med att säkerställa att vi får nödvändig information när boende återvänder från sjukhus.

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

Samverkan med hjälpmedelscentralen kring tekniska hjälpmedel sker fortlöpande.

Risikanalys

Vid inflyttning, en gång per år och vid behov görs riskbedömningar beträffande fall, malnutrition och trycksår. Vid bedömd risk upprättas åtgärdsplan som följs upp med tidsbestämda intervaller.

Avvikelser skrivs när den boende har eller riskerar att komma till fysisk eller psykisk skada.

Genom avvikelser finns möjlighet att uppmärksamma brister och risker i säkerheten samt att sätta in åtgärder.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

All personal rapporterar risker och avvikande händelser till verksamhetschef. Risker och händelser utreds av verksamhetschefen i samråd med berörd personal. Efter utredningen återkopplas resultatet till verksamheten. Vid allvarlig avvikelse kontaktas företagets medicinskt ansvariga sjuksköterska som gör en utredning av händelsen och beslutar om händelsen även skall anmälas till socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Inga allvarliga avvikelser under 2014.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

De boende och de närstående informeras muntligt och skriftligt vid inflyttning samt på anhörigträffar 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 inkommit med synpunkter och klagomål.

Inga klagomål inom HSL under 2014.

Samverkan med patienter och närstående

Varje boendes närstående bjuds alltid in till vårdplaneringsmöte i samband med inflyttning, vid förändring av hälsotillståndet eller när det uttrycks önskemål om detta. Vid inflyttningsmötet informeras om omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare samt valfrihet beträffande läkare och tandläkare. Närstående erbjuds alltid ett brytpunktssamtal när deras anhörige kommer i ett palliativt omvårdnadsstadium.

Resultat

Strukturmått

Under året har vi haft ett utbildningsprogram efter inventering av medarbetarnas tidigare utbildningar vilket lett till att vi har kompletterat enligt:

Medarbetarna har gått utbildning i:

Vårdhygien

Livsmedelshygien

Förflyttningsteknik och kunskap om tekniska hjälpmedel

Vi har årliga genomgångar med samtlig personal beträffande Lex Maria, Lex Sarah, Basala hygienrutiner, Tystnadsplikt samt Klagomålshantering.

2 medarbetare har gått Validationsutbildning (all övrig fastanställd har tidigare gått utbildningen)

0 medarbetare har gått Reminiscensutbildning, all personal fått utbildning i dessa båda bemötandetekniker,

1 medarbetare har gått Taktil massageutbildning, vilket innebär att över hälften av personalen kan den tekniken.

2 sjuksköterskor och 2 undersköterskor har gått utbildning om BPSD-registret. Nu totalt 8 personer)

Processmått

Riskbedömningar för fall, malnutrition och trycksår har gjorts på samtliga boende vid inflyttning samt vid behov men minst en gång per år. Åtgärdsplaner har upprättats vid uppkommen risk och följs upp enligt rutin.

Läkemedelsgenomgångar görs årligen på alla boende av hemmets läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Det arbetas aktivt med fallprevention.

Resultatmått

Ingen allvarlig vårdskada och ingen vårdrelaterad smittspridning har inträffat under året.

Ett fall har lett till fraktur.

Ett trycksår har uppstått på hemmet. Ej vårdrelaterat

Ingen avvikelse har lett till Lex Maria.

Inga skriftliga förbättringsförslag eller klagomål har inkommit.

Måluppfyllelse

Trots näringsriktig kost och kosttillskott och vid behov, nattmål, har vi fortfarande några boende med lågt BMI, relaterat till sin grundsjukdom.

Inga vårdrelaterade trycksår har uppkommit på hemmet.

Vi har inte haft några smittsamma infektionssjukdomar eller multiresistenta, bakterierelaterade infektioner.

Ingen avvikelse har lett till Lex Maria.

Alla boende är registrerade i Senior Alert

Alla dödsfall är registrerade i Palliativa registret.

Vi har påbörjat registreringen i BPSD-registret enligt uppgjord plan.

I stort sett alla medarbetare är undersköterskor och 2 av dessa har påbyggnad till Silviasyster.

Vi genomför strukturerade läkemedelsgenomgångar

Vi gör inkontinensutredningar på samtliga boende

Vi har utbildat personal enligt planen för 2014

Övergripande mål och strategier för kommande år

För god kvalitet att:

- ❖ Identifiera riskområden för god kvalitet beträffande patientsäkerhet.
- ❖ Fortsätta registrera Senior alert för att säkerställa systematiken med arbetet runt risker för fall, undernäring och trycksår.
- ❖ Fortsätta registrera i Palliativa registret för systematiskt säkerställa god vård i livets slut och att så småningom kunna dra ut statistik för utvärdering.
- ❖ Försättningsvis göra systematiska läkemedelsgenomgångar.
- ❖ Genomföra inkontinensutredningar på samtliga boende enligt NICOLA.
- ❖ Aktivt arbeta för att fler skall uppnå rätt BMI-värde
- ❖ Fortsätta registrera i BPSD-registret

För god hygienisk standard att:

- ❖ Ha ett samarbete med Vårdhygien för god hygienisk standard.
- ❖ Genomföra hygienrond med hygiensjuksköterska från Vårdhygien.
- ❖ Genomföra utbildning för medarbetarna i basala hygienrutiner med hygiensköterskan.
- ❖ Infektionsregistrering, med månatlig rapportering till företagets MAS

Minska otrygghet i vård och behandling genom att:

- ❖ I kvalitetsråd gå igenom avvikelser och upprätta handlingsplaner för att förhindra uppkomst av vårdskada.
- ❖ Fortsatt gott samarbete med närstående genom anhörigråd och möten. God tillgänglighet med sjuksköterska, verksamhetschef och läkare.
- ❖ Fortsätta arbetet med säkerställd rapportrutin.