

Patientsäkerhetsberättelse
2016
Bergkälla Äldreboende



2017-01-30

Tomas Bergius, Verksamhetschef
Bergkälla äldreboende, Vårdstyrkan i Stockholm AB

Sammanfattning

Bergkälla äldreboende drivs sedan september 2012 av Vårdstyrkan i Stockholm AB. Sollentuna kommun tog den 1 oktober 2015 beslut att förlänga avtalet med Vårdstyrkan till den 30 september 2019. Bergkälla har 58 lägenheter fördelade på sju avdelningar. Vi har 25 platser för personer med demens sjukdom och resterande är omvårdnadsboende.

8 av dessa är lägenheter om två rum och kök för parboende, totalt under året har vi haft 61 platser på Bergkälla.

Vårdstyrkan har sjuksköterska på plats på Bergkälla dygnet runt, detta för att kunna garantera ett gott omhändertagande och en hög patientsäkerhet för våra boende. Under 2017 kommer vi dessutom att utöka sjuksköterska bemanningen dagtid utöver avtal som ett led i vårt ständiga förbättringsarbete. Detta för att möta den ökade vårdtyngden hos de som flyttar in, vi ser att de i större utsträckning är multisjuka och har ett större behov av Hälso- och sjukvårds insatser än tidigare.

Vi registrerar i Senior Alert, BPSD och Palliativa registret.

Vi arbetar i enlighet med Sollentuna kommuns MAS och dennes riktlinjer, vi har under året gått över till kommuns avvikelshantering i form av blanketter och sammanställning.

Vi analyserar avvikelser och andra händelser systematiskt för att förhindra och förebygga risker i verksamheten.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2016

- Fortsätta förbättra vår egenkontroll genom att använda mallen för månadsuppföljningar gällande avvikelser, dokumentationen (egen granskning), aktiviteter, hygienkontroller mm.
Utvärdering:
- Utbilda och starta palliativt team på Bergkälla – kvarstår från 2015.
Utvärdering: Ej genomfört
- Göra riskbedömningar för att förebygga fall, trycksår, undernäring samt händelser som kan medföra brister i verksamheten.
Utvärdering: Uppfyllt målet och en bättre rapportering.
- Upprätthålla goda rutiner kring läkemedelshanteringen
Utvärdering: Uppdaterade rutiner och nya rutiner under 2016.
- Upprätthålla god vårdhygien
Utvärdering: Egenkontroll och uppföljning visar på högre följsamhet till riktlinjer och användning hjälpmedel

- Starta hygiensteam för kontroll och utbildning av personal och verksamheten
Utvärdering: Hygienombud inrättade, utbildning ej genomförda internt kvarstår.
- Fortsätta arbeta med de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registeret och BPSD samt även använda dessa register för att mäta vår egen verksamhet.
Utvärdering: Uppfyllt.
- Öka kunskaperna i SoL dokumentation i samverkan med dokumentationsstödjarna på Bergkälla
Utvärdering: Ej helt uppfyllt, kvarstår intern utbildning som dokumentationsstödjarna ska hålla med kollegorna lokalt.
- Arbeta vidare med att utveckla kontaktmannaskapet
Utvärdering: Uppfyllt delvis, utbildning av all personal sker under våren 2017.
- Fortsätt samverka med anhöriga och vårdtagare
Utvärdering: Uppfyllt.
- Samverka med kommunen, landsting och läkarverksamhet.
Utvärdering: Uppfyllt
- Fortsätta utveckla Vårdstyrkans kvalitetsledningssystem
Utvärdering: Uppfyllt
- Kompetenshöjande åtgärder för personalen, studieresa
Utvärdering: Uppfyllt
- Förbättra måltidssituationen efter kommunens observationer samt resultaten i Öppna jämförelser.
Utvärdering: Delvis uppfyllt, egenkontroller måltidssituation påbörjade, kost- och måltidsombud utsedda med ansvar för måltidssituationen. Forsatt arbete under 2017.
- Ansluta oss till NPÖ
Utvärdering: Uppfyllt, fungera dock inte trots avsevärda kostnader kring detta.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt HSL 29 §.

Verksamhetschefen för Bergkälla, som i sig grundprofession är leg. Sjuksköterska ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och uppfyller MAS riktlinjer samt följer gällande lagstiftning. Utöver verksamhetschef finns en biträdande verksamhetschef/leg sjuksköterska som är arbetsledare för sjuksköterskorna.

Sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut har ansvar utifrån sin profession följa gällande lagstiftning samt de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret (SFS 2010:659, 6 kap 4§).

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvården samt biträder legitimerad yrkesutövare (SFS 2010:659, 3 kap 4§).

Omvårdnads personal, som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter, är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet (SOSFS 1997:14). Bergkälla följer MAS i Sollentunas riktlinjer för delegering.

Vårdstyrkan har en intern MAS/kvalitetsansvarig sjuksköterska som interngranskar verksamheten och är Bergkällas hälso- och sjukvårdspersonal behjälplig när behov uppstår.

Klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Vårdtagarnas och anhörigas synpunkter och klagomål är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet.

Information om hur man lämnar ett klagomål eller synpunkt lämnas skriftligen och muntligt vid inflyttning men även vid andra träffar med närstående.

Blankett för Synpunkter och klagomål finns enkelt tillgänglig i verksamheten utan att man behöver fråga personal om den. Lämnas till personal på plats eller i låst brevlåda på plan 3. Vi tar självklart emot klagomål på andra vägar, via telefon eller i e-post.

Går även att skicka till verksamhetschefen per post.

All personal vet hur man tar emot ett klagomål.

När ett klagomål har inkommit till verksamhetschefen bekräftar denne det till den som lämnat klagomålet eller synpunkten, man kommer även överens om när och på vilket sätt och av vem som återkoppling kommer att ske av det inkomna klagomålet eller synpunkten. Återkoppling sker alltid, oavsett vad som än framkommer.

Om klagomålet eller synpunkten kan inverka menligt på patientsäkerheten hanteras det direkt.

På Bergkälla har vi ett aktivt ”boenderåd”, där vi träffar de vårdtagare som önskar vara med varannan månad. På dessa möten diskuteras de närvarandes synpunkter som de har för att kunna göra verksamheten bättre. Genom denna dialog med vårdtagarna direkt kan vi agera och ändra i verksamheten innan det blir ett egentligt klagomål.

Under 2016 har det inkommit 7 klagomål totalt. Klagomålen berör ämnen som synpunkter på städning, klagomål bristande information och dåligt bemötande. Ser ungefär ut som året innan och vi har hanterat klagomålen och synpunkterna på liknande sätt. Färre klagomål än förra året men svårt att dra några slutsatser alls av det. Som förra året kan vi inte heller så något systematiskt som indikerar felaktigheter eller brister i verksamheten.

Vi tar alla klagomål på största allvar och återkopplar och involverar våra medarbetare i hanteringen av uppkomna klagomål för att bättre komma tillrätta med de brister som finns.

Rutiner för egenkontroll, vilken egenkontroll som genomförts under året samt hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 § SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Egenkontrollen ska genomföras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Uppföljning i det nära kvalitetsarbetet består av kontroller/tillsyner och reflektion. Till tillsyner och kontroller hör dels våra interna kontroller och tillsyner dels de externa, men också interna och externa kvalitetsmätningar i form av olika enkätundersökningar. Frågeställningarna i de årliga enkäterna, till medarbetare, vårdtagare och närstående, utgår ifrån de begrepp som finns i kvalitetsledningssystemet Full Fokus. Egenkontroller och reflektion utförs både lokalt i respektive verksamhet och övergripande. VOC utformar en egenkontroll- och tillsynsplan utifrån årliga uppsatta mål för verksamheterna där grunden för uppföljningarna är Vårdstyrkans kvalitetscykel. I kvalitetscykeln, där det tydligt framgår vilka mätningar som ska göras, när de ska göras samt av vem. Resultat av mätningar presenteras under fasen ”Upp till bevis” enligt beskrivningen nedan. Målen finns tydligt formulerade och beskrivna i Vårdstyrkans verksamhetsplaner (VP) både övergripande och per verksamhet för nästkommande verksamhetsår

Egenkontroller som utförts under 2016:

Jämförelse av verksamhetens resultat med uppgifter från nationella och regionala kvalitetsregister

Jämförelse av verksamhetens egna resultat i öppna jämförelser samt i jämförelse med andra likvärdiga eller jämförbara verksamheter.

Månatlig kontroll och service vid behov av MTP

Årlig kontroll och service vid behov av alla vårsängar och lyftar

Egenkontroll dagligen av livsmedel och temperatur

Kvalitets granskning av läkemedelshandlingen av Apoteket

Egenkontroll av Sol och HSL dokumentationen, kontroll att genomförandeplaner är uppdaterade och aktuella.

Månatlig uppföljning och analys av avvikelser HSL fall, trycksår och läkemedel.

Brandskydd, egenkontroll SBAB.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Inkomna avvikelser sammanställs och rapporteras till MAS i kommunen månatligen, denna sammanställning går igenom på det lokala kvalitetsrådet där representanter sitter med från de olika avdelningarna, sk kvalitetsombud, sjuksköterska och verksamhetschef deltar även på detta möte. Man går igenom de avvikelser som uppkommit under månaden och hur man hanterat dessa. Kvalitetsombuden och sjuksköterska kan på detta sätt fånga upp systematisk brister i verksamheten såsom felaktiga arbetssätt, bristande följsamhet till rutiner, okunskap eller andra brister som framkommer i egenkontrollerna.

Om nödvändigt tas nya rutiner fram eller ändringar i arbetssätt kan föreslås, man kan även besluta och föreslå att vissa utbildnings insatser behöver ordnas för att komma tillrätta med bristerna.

Verksamhetschef rapporterar kvartalsvis till VOC de sammanställda avvikelserna och vad som framkommit under arbetet i det lokala kvalitetsrådet. Vid allvarigare avvikelser rapporteras dessa snarast möjligt till VOC.

Sammanställningen för 2016 har i vissa delar gjorts i och med framtagandet av Verksamhetsplanen för 2017 för Bergkälla, denna tas fram tills av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef och godkänns av vård- och omsorgschef och verkställande direktör. Verksamhetsplanen ligger till grund för det fortsatta arbetet med bl.a. egenkontroller och beskriver även egenkontroll planen.

De vanligaste avvikelserna i verksamheten

Läkemedelshantering: Missade signeringar

Fall: Fall i egen bostad, eget uppgående från från säng.

Trycksår: Inga uppkomna inom verksamheten.

MTP: Felvända sittdynor.

Patientsäkerhet: Information/återkoppling från HSL personal till omvårdnadspersonal.

Månad	Läkemedel	Fall	Fall men lindring skada	Fall med allvarlig skada (fraktur)	MTP	Patientsäkerhet	Synpunkter och klagomål
januari	6	15	1	0	3	2	
Februari	11	21	2	1	0	1	
Mars	0	16	0	0	6	0	
Summa Q1	17	52	3	1	9	3	
april							1
maj	0	30	0	0	0	0	0
Juni	19	27	5	0	2	0	0
Summa Q2							
juli	13	31	2	1	4	1	2
augusti							2
september	0	25	3	0	4	0	2
Summa Q3							
oktober	273	20	2	0	1	7	
november	89	16	2	1	4	5	
december	81	10	2	3	2	6	
Summa Q4	443	46	6	4	7	18	
Totalt							

Risker och åtgärdsbehov som identifierats under 2016

Läkemedelshantering: Ca 90 % av avvikelserna är missade signeringar, genomgång och utbildning av personal under hösten för att komma tillrätta med problemet.

Fall: ca 60 fler fall som beror på bättre rapportering snarare än någonting annat. Under året återkommer samma vårdtagare i rapporteringen tills man kunnat åtgärda problematiken varpå den inte dyker upp i rapporteringen längre.

Trycksår: Inga trycksår rapporterade

MTP: Felanvändning av hjälpmedel och utebliven gångträning.

Patientsäkerhet: Avvikelse gällande brister i informationsöverföring, brister i insatser av HSL personal.

Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Läkemedelshantering: Genomgång med delegerad personal, utbildning i användning av signeringslistor.

Fall: Inga specifika insatser, fortsatt teamarbete inom fallskyddsarbetet, fysioterapeut, AT, Sjuksköterska och övrig personal

Trycksår: Ej aktuellt.

MTP: Utbildning av omvårdnadspersonal + sjukskötare i användning av hjälpmedel och förflyttningsteknik. All tills vidare anställd personal och stort sett alla timanställda har genomgått utbildningen.

Patientsäkerhet: Stärkt rutinen för möten med omvårdnads ansvarig sjuksköterska och avdelningspersonalen, förtydligat att ansvaret för att boka och hålla dessa möten är OAS.

Övrigt:

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Bergkälla arbetar systematiskt med ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Risikanalys och arbetet med identifiera risker i verksamheten startar i och med att vårdtagaren flyttar in på Bergkälla, riskbedömningar görs utifrån den enskilde och åtgärder och handlingsplaner utifrån den individuella riskbedömningen hanteras i samråd med den enskilde och av teamet på Bergkälla som innefattar sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare och omvårdnadspersonal.

Sjuksköterska hanterar och följer upp risker i Senior Alert utifrån de indikatorer som finns där för fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

Risker finnas i högre grad hos en vårdtagare med demensdiagnos utifrån att denne kan skada sig själv eller ha ett sådant beteende så att det finns risk för detta ex avviker från boendet, äter olämpliga saker, detta innebär alltid en individuell handlingsplan för den enskilde.

Avvikelser, synpunkter och klagomål och negativa händelser åtgärdas eller förbättras direkt så att det inte leder till vårdskador eller andra eller ytterligare tillbud av samma art.

Vi förebygger risker med MTP genom årliga och återkommande kontroller och service av vårdsängar och liftar som utförs av certifierade kontrollanter.

Andra medicinsk tekniska produkter följs upp och kontrolleras årligen, dessa ersätts eller repareras vid behov.

Sjuksköterskorna har ett delegerat arbetsmiljöansvar för att kunna hantera ev. uppkomna brister ur ett patientsäkerhets- eller arbetsmiljöperspektiv. Detta innebär bl.a. att de har mandat att öka personalresurser eller på annat leda och fördela verksamheten för att säkerställa vården och omsorgen för de som bor på Bergkälla.

Denna fråga hanteras på det lokala kvalitetsrådet men även OAS möten, avdelningsmöten och på APT. Vi har även boende råd där vi fångar farhågor och frågor från våra boende kring verksamheten.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Det systematiska förbättringsarbetet bygger på att vi inhämtar information om händelser i verksamheten, dvs avvikelser, synpunkter och klagomål men även tillbud. Denna information sammanställs och vi använder Nolans förbättrings modell, PDSA, för att omsätta det vi kommer fram till i analysen av händelser och annat.

Verksamhetschefen ansvarar för att denna analys blir gjord och att man använder sig av fynden för att förbättra verksamheten. Återkoppling blir i forma av nya rutiner, ändrade arbetssätt eller på möten såsom kvalitetsmöte, APT eller avdelningsmöten.

Bergkälla har utrett 1 allvarlig händelse under 2016.1 vårdskada har ansetts som allvarlig.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Bergkälla är organiserat så att vi arbetar tvärprofessionella team runt den boende.

Här ingår sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, samordnare, verksamhetschef, läkare, arbetsterapeut och fysioterapeut.

- Vårdplanering var sjätte månad eller vid behov, där vårdtagare och anhöriga träffar sjuksköterska, omvårdnadspersonal och vid behov fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.
- Samverkan med Reahb teamet i vårt HSL-möte, tvärprofessionellt möte en gång i månaden. Mellan möten finns en kontinuerlig dilaog.
- Samverkan med korttidsboende vid övertagande av vårdtagare därifrån enligt fastställd rutin.

- Samverkan med slutenvårdsavdelningar vid överrapportering av vårdtagare.
- Samverkan med läkarorganisationen
- Samverkan med kommunens MAS, anhörigkonsulent, demenssjuusköterska, biståndshandläggare och övriga tjänstemän på Vård- och omsorgskontoret.
- Samverkan med Oral care rörande munhälsa och tandvård.
- Samverkan med fotvårdsspecialist.
- Omvårdnadskonferens med ansvarig sjuusköterska och omvårdnadspersonal, om de enskilda vårdtagarna.
- Samverkan internt med inern MAS och sjuusköterskor på Bergkälla.
- Samverkan med kommunens lokalstrateg angående installation av liftar och vårdsängar.
- Samverkan med legal företrädare för vårdtagarna.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning på Bergkälla informeras vårdtagare och dennes närstående om hur rutinen för detta ser ut, de blir erbjudna att lämna en levnadsberättelse och kontaktpersonen och sjuusköterska har ett första möte i nära anslutning till inflyttningen, samma dag eller dagen efter. Där frågar man och efterhör hur den enskilde vill att vården och omsorgen ska gå till och upprättar en genomförande plan. Sjukgymnast och arbetsterapeut träffar vårdtagaren första tillfälle de är på plats för att de ska kunna riskbedöma och dokumentera.

Efter 4 – 6 veckor hålls ett uppföljningsmöte där även närstående kan närvara, man följer upp den första tiden på boendet och den enskilde har möjlighet att påverka sitt omhändertagande och vård. Sedan hålls en vårdplanering minst var sjätte månad eller om behov uppstår att revidera planen utifrån ändrat tillstånd hos vårdtagaren.'

Vi har även närståendemöten och boenderåd där möjlighet ges att påverka och ha synpunkter på verksamheten.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Läkemedelshantering: Minskat antal missade signeringar,

Fall: Ökat antal fall under 2016 vilket beror på en ökad rapportering helt enligt förväntan då vi arbetat med att få upp fall rapporteringen. Åtgärderna är oförändrade eftersom grundproblematiken är den samma som föregående. Vårdtagare med samma eller lägre funktionsnivå vid inflyttning.

Trycksår: Inga trycksår uppkomna på Bergkälla under 2016.

MTP: 35 avvikelser 2016 gentemot 18 st 2015, även här ser vi en ökad rapportering, i det stora flertalet rapporter är det samma avvikelser som året innan, det enda som står ut under året är felaktigt använt hjälpmedel i rullstol som stod för 7 avvikelser.

Patientsäkerhet: Gäller ffa brister i återkoppling till omvårdnadspersonalen från legitimerad personal om insatser som bestämts av dessa. Informationen finns i journalsystemet men vi har behövt utbilda och handleda omvårdnadspersonal till var de själva kan hitta informationen.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2017

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

Övergripande mål för 2017 är att fortsätta systematiskt att förbättra patientsäkerhetsarbetet.

Fortsätta användandet av Senior Alert för riskbedömningar och använda SA mer systematiskt i uppföljning och utvärdering av verksamheten.

Fortsätt utveckla det palliativa omhändertagandet och vården i livets slutskede.

Fortsätta arbetet med god vårdhygien och egenkontroller av denna.

Fortsatt arbete med att säkra läkemedelshanteringen.

Fortsatt arbetet med övriga kvalitetsregister bl.a. BPSD, Senior Alert och palliativa registret och fortsätta att använda data från dessa i vår egenkontroll av verksamheten.

Fortsatt samverkan med vårdtagare och anhöriga.

Fortsatt utveckling av kontaktmannskapet.

Fortsätta utbilda personalen i Full Fokus, Vårdstyrkans kvalitetsledningssystem.