

Patientsäkerhetsberättelse

2017

Bergkälla Äldreboende

2018-01-30

Tomas Bergius, Verksamhetschef

Bergkälla äldreboende, Vårdstyrkan i Stockholm AB

Verksamhetens 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.

Utvärdering: Genomfört

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

Utvärdering: Genomfört

Fortsätt utveckla det palliativa omhändertagandet och vården i livets slutskede.

Innan 2017-12-31 format en palliativ kompetensgrupp på Bergkälla.

Utvärdering: Genomfört, september 2017 var gruppen klar och arbetade.

F om 2017-06-01 ska alla dödsfall hanteras med NVP, Nationell Vårdplan för Palliativ vård.

Utvärdering: Genomfört delvis, datumet reviderades till 2017-12-31 och NVP nu implementerat som arbetsätt vid palliativ vård.

Fortsätta arbetet med god vårdhygien och egenkontroller av denna.

Utvärdering: Fortsatt hög följsamhet till hygienrutiner, hygiensteam ej genomfört.

Fortsatt arbete med att säkra läkemedelshanteringen.

Utvärdering: Fortsatt utvärdering och uppdatering av rutiner. Återkoppling och uppföljning av de delegerade uppgifterna.

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.

Utvärdering:

Att 100 % avlider med en genomförd munhälsobedömning.

Utvärdering: Ej nått målet, vid en närmare analys är detta inte realistiskt utan målet justeras för 2018.

Förbättring kan ske genom tätare samarbete med Oral Care men även utbildning av personal.

Att vi använder validerade smärtskattnings instrument till 100 %.

Utvärdering: Klar förbättring och måluppfyllelse till 98 %.

Fortsatt samverkan med vårdtagare och anhöriga.

Utvärdering: Uppfyllt

Fortsatt utveckling av Kontaktmannaskapet.

Utvärdering: Riktad utbildning till all tills vidare anställd personal 20, 21 och 22 februari 2017. Även arbetat med detta under planeringsdagarna i september.

Fortsätta utbilda personalen i Full Fokus, Vårdstyrkans kvalitetsledningssystem.

Utvärdering: Sista delen i den utbildningsomgången avklarades i april.

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§).

Omvårdnadspersonal, 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 intern granskar 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 2017 har det inkommit 11 klagomål totalt. Under 2017 har vi även haft 1 ärende från Patientnämnden som lämnades utan anmärkning. Klagomålen och synpunkterna rör ämnen som bemötande, vilka aktiviteter och hur vi har dessa, klagomål på lokaler, värme och ytskikt i boenderummen och synpunkter på omvårdnaden. Vi har återkopplat och hanterat detta enligt rutinen och involverar berörd personal i hanteringen och besvarandet av klagomålet. Vi tar alla klagomål på största allvar och använder dessa för att se om det finns brister i verksamheten som ska rättas till.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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/tillsyn och reflektion. Till tillsyn och kontroller hör dels våra interna kontroller och tillsyn 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.

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 §

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 systematiska 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 säng.

Trycksår: Inga uppkomna

MTP: Handhavande fel, ex felvända dynor,

Patientsäkerhet: Som tidigare är externa avvikelser av oss till sluten vården rörande brister i kommunikationen vid in- och utskrivning till just sluten vården den vanligaste patientsäkerhetsavvikelsen.

Egenkontroller som genomförts under året

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 under året även inventering och service av sängar och lyftmotorer.

Egenkontroll dagligen av livsmedel och temperatur

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering 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.

Inspektion från Miljö- och hälsa avseende egenkontroll i köken och livsmedelshantering.

Rutiner för händelseanalyser vid allvarlig händelse (ex Lex Maria)

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Vid misstanke att en avvikelse eller händelse är allvarlig följer vi MAS riktlinjer och använder dennes utredningsblanketter.

Verksamhetschef meddelar företagets intern MAS om det inträffade och i samverkan med kommunal MAS genomförs utredningen

Om avvikelsen eller händelsen efter utredning visar sig vara en lex Maria skickas en anmälan till kommunal MAS om detta. Anmälan skicka även till Inspektionen för vård- och omsorg.

Vi använder mallen framtagen av SKL för händelseanalys och tillhörande checklistor.

Verksamhetschef ansvarar för att händelseanalys genomförs tillsammans med intern MAS.

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 allvarligare avvikelser rapporteras dessa snarast möjligt till VOC.

Sammanställningen för 2017 har i vissa delar gjorts i och med framtagandet av Verksamhetsplanen för 2018 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/incidenter i verksamheten, samt totala antalet i varje kategori

Läkemedelshantering: 505 varav 486 missade signeringar

Fall: 190 varav 126 i vårdtagarens egen lägenhet.

Trycksår: 1, grad 1.

MTP: 20 varav 16 handhavandefel.

Patientsäkerhet: 14 varav 6 stycken övrig patientsäkerhet med brister i informationsöverföring mellan slutna vården och verksamheten.

Risker och åtgärdsbehov som identifierats under 2017

Läkemedelshantering: Missade signeringar åter i topp, vi har arbetat med utbildning och tydligare signeringslistor under året och fått ned antalet en del. Sett till helheten är dock detta, till antalet, kanske inom ramen. Om vi har 58 vårdtagare som har läkemedels relaterade insatser som signeras har varje vårdtagare per tillfälle minst 2 signeringar/tillfälle och varje vårdtagare har i snitt 3 sådana tillfällen/dag, detta ger 6 signeringar/dag/vårdtagare. Det totala antalet signeringar per dag blir då 348, på ett år 127 020. Detta är lågt räknat och blir omräknat i % ungefär 3 ‰ avvikelse från 0.

Bättre rutin att följa upp missade signeringar på ett snabbare sätt även införs under 2017.

Fall: Fallen på samma nivå som förra året, vi fortsätter att arbeta med riskbedömningar, under 2018 med egen rehab personal på plats vilket ger oss bättre förutsättningar att minska antalet fall.

Trycksår: 1 trycksår grad 1 hittat under året. Behandlades enligt rutin och läkte ut.

MTP: Handhavandefel av personalen av hjälpmedel, identifierad åtgärd blir ett bättre samarbete personal – rehab personal, snabbare uppföljning av insatta hjälpmedel och återkoppling snabbare vid felanvändning.

Patientsäkerhet: Hittar inget återkommande eller systematiskt i dessa avvikelser, vi har hanterat felaktiga ordinationer, trasigt trygghetslarm, dålig eller obefintligt samarbete mellan oss och slutna vården i några fall där slutna vården fallerar och inte följer överenskommelser och riktlinjer vid patientövertag.

Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Läkemedelshantering: Fortsatta utbildningsinsatser, fokus på snabb uppföljning av uppkomna avvikelser där sjuksköterskan initierar åtgärder. Skärpta krav för vikarierande personal, ”timmisar” att slutföra delegeringsutbildningen med godkänt resultat för att kunna arbeta på Bergkälla. Den ökade omsättningen av vårdtagare har även inneburit att fokus och prioritet vid övertagandet ligger i att säkerställa läkemedelshantering från dag 1 för nya boende.

Fall: Inga specifika insatser, ett utökat och bättre teamarbete i samband med anställning av sjukgymnast och arbetsterapeut. Inköp och utökning av antalet rörelselarm har varit nödvändigt, men det nya trygghetslarmssystemet har även det inneburit en säkrare och bättre hantering av rörelselarm.

Trycksår: Inga insatser.

MTP: Även detta år en utbildning i användning av hjälpmedel och förflyttningsteknik, all tills vidare anställd personal i år. Timanställda får en utbildnings omgång våren 2018.

Patientsäkerhet: Utökat sjuksköterskebemanningen dagtid med en ytterligare tjänst. Detta för att säkerställa omvårdnadsansvaret i verksamheten och möter nyckeltalen för detta från MAS i kommunen. Fortsatt arbete med rutinen för omvårdnadsansvariga sjuksköterskans möten med avdelningspersonalen för att förbättra den interna informationsöverföringen. Ökad medvetenhet om vikten av att noggrant kontrollera information om ny vårdtagare, framför allt information gällande HSL insatser,

Övrigt:

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 dialog.
- Samverkan med korttidsboende vid övertagande av vårdtagare därifrån enligt fastställd rutin.
- Samverkan med slutenvårdsavdelningar vid överrapportering av vårdtagare.
- Samverkan med läkarorganisationen, Legevisitten.
- Samverkan med ASiH kring utbildningar och läkemedelsförsörjning i enstaka fall.
- Samverkan med kommunens MAS, anhörigkonsulent, demenssjuksköterska, biståndshandläggare och övriga tjänstemän på Vård- och omsorgskontoret.
- Samverkan med Oral Care rörande munhälsa och tandvård.
- Samverkan med fotvårdsspecialist.
- Omvårdnadskonferens med ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal, om de enskilda vårdtagarna.

- Samverkan internt med intern MAS och sjuksköterskor 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 sjuksköterska 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.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Under året har vi utifrån ett informationssäkerhets perspektiv uppdaterat företagets IT-miljö, detta för att uppgradera miljön men även få ett bättre skydd mot brister i informations säkerheten och minska möjligheten för att information försvinner eller förvanskas.

Vi har ett robust och säkert dokumentations system som kräver personlig inloggning i 2 steg och är skyddat i ett krypterat nätverk.

HSL personalens dokumentation loggas och vi kontrollerar behörigheter löpande.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Läkemedelshantering: Missade signeringar har minskat jämfört med förra året, detta beroende på bättre och snabbare uppföljning av uppkomna avvikelser.

Fall: Antalet fall har minskat på totalen, även fall i egen lägenhet.

Trycksår: Inga uppkomna

MTP: Har ökat marginellt, dock samma grundproblematik och vi ser även en bättre rapportering vilket är positivt.

Patientsäkerhet: Även här en ökning, beror på en större omsättning av vårdtagare vilket ökar avvikelserna gentemot slutenvården.

Övrigt:

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2018

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

Övergripande mål för 2018 är som vanligt att systematiskt förbättra patientsäkerhetsarbetet, den ökade omsättningen med påföljande högre behov av HSL insatser hos våra vårdtagare, innebär ett naturligt ökat fokus kring en säker hantering av våra vårdtagare vid nyinflyttning. Vi behöver granska hur vi arbetar i samband med övertagandeprocessen och identifiera felkällor.

Målet är att HSL personalen har tillräcklig information från överlämnande vårdtagare senast dagen innan inflyttning för att säkerställa att vi kan ombesörja behoven och säkra omvårdnaden av vårdtagaren, så långt vi kan. Klart 2018-04-01.

Fortsatt användning av Senior Alert för riskbedömningar och med den nya HSL organisationen med egen rehab personal framtagandet av ett bättre teambaserat rutinarbete kring detta. Rutin klar och används senast 2018-05-01

I det nya HSL teamet ta fram rutin för att arbeta systematiskt med resultat från kvalitetsregistren, BPSD, Senior Alert och Palliativa Registret. Utbildning av personal Rutin klar och används senast 2018-09-01

Införande av hygien team på Bergkälla bestående av hygienombud, sjuksköterska och arbetsterapeut. Klart 2018-05-01.

Fortsatt arbete kring läkemedelshantering, fokus på delegeringar och utbildning av delegerad personal.

Målet är en minskning av missade signeringar med 50 %. Klart 2018-12-31

Att antalet vårdtagare med ofrivillig nattfasta längre än 11 timmar är 0.
Klart 2018-12-31

Fortsatt arbete med egenkontroll av dokumentationen och informationsöverföring internt.
Målet är att 4 HSL journaler granskas varje månad, Klart 2018-05-01

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att vårdtyngden och insatsnivån för HSL personal markant har ökat med de som nu flyttar till Bergkälla, detta är enligt förväntan men kräver viss omställning i det dagliga arbetet då den administrativa bördan även den ökar exponentiellt. Detta visar sig även i antalet vårdtagare som behöver ta slutenvårdens resurser i anspråk, under förra året kan vi konstatera en markant ökning i dessa dygn. Allt sammantaget har det varit ett utmanade år och vi förutsätter att 2018 kommer att te sig .

Bilaga 1 sammanställning avvikelser 2017

