



Patientsäkerhetsberättelse för små vårdgivare

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

190115 Birgit Theander, verksamhetschef Förenade Care

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Målet med patientsäkerhetsarbetet på Björkbacken är att förhindra vårdskador främst genom preventivt arbete i enlighet med kvalitetsregistret Senior Alert. Vi vill uppnå att missen i läkemedelshantering minskar, trycksår inte uppstår, mallnutrition förbyggs eller elimineras och fallen minskar. Arbetet pågår både på patientnivå där risker ska uppdagas och undanröjas samt på verksamhetsnivå där strukturella fel ska hittas och åtgärdas.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att synpunkter, klagomål och avvikelser hanteras på ett korrekt sätt i enlighet med Lunds kommuns och Förenade Cares rutiner.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård och omsorg. Hon ansvarar också för att avvikelser rapporteras, systematiskt genomgås och att medarbetaren delges resultat samt att åtgärder initieras.

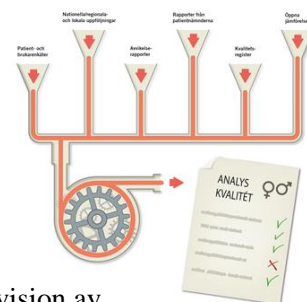
Vid allvarliga händelser är verksamhetschefen ansvarig för att informera Kommunens MAS, regionchefen samt Förenade Cares MAS. Hon är också ansvarig för att informera patienten och närstående tillsammans med sjuksköterskan.

Sjuksköterskan ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för våra boende. Sjuksköterskan ansvarar också för att omvårdnadsåtgärderna utförs på ett korrekt sätt och att måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Hon ansvarar för att endast lämplig personal delegeras uppgifter enligt HSL samt att delegeringar följs upp kontinuerligt.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.



Egenkontroll har genomförts under det gångna året i form av internrevision av företagets rutiner. Detta görs av internt utbildade internrevisorer som granskar rutinerna, samtalar med berörd personal och sedan bedömer om rutinen följs och är aktuell. Rutinen uppdateras vid behov. Dokumentation om detta finns hos verksamhetschefen.

Lokala HSL rutiner har uppdaterats av sjuksköterskan i början av 2018 samt vid behov. Sjuksköterskan och verksamhetschefen samverkar i detta och verksamhetschefen är ansvarig för att ändrade rutiner förankras hos omvårdnadspersonalen.

Dokumentationen i Procapita har granskats av både sjuksköterskan och verksamhetschefen och loggkontroll i Procapita har gjorts av verksamhetschefen 2 ggr under året.

Egenkontrollen av livsmedelshygienen samt basala hygienrutiner ska genomföras en gång per år, vilket skedde under hösten 2018.

Nattfastemätning har genomförts 2 ggr under verksamhetsåret. Alla boende har erbjudits att delta. För de boende som tackar nej dokumenteras detta. Resultatet diskuteras dels på ledningsgruppen och dels på APT.

Utdrag ur Senior Alert görs 2 ggr/år av sjuksköterskan. Resultatet diskuteras på ledningsgruppsmöten och eventuella åtgärder planeras. Palliativa registrets utdrag tas ut en gång om året och hanteras som ovan.

Syftet med egenkontrollerna är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Efter genomförd egenkontroll görs handlingsplaner för de områden som inte håller tillräcklig kvalitet. Verksamhetschefen har löpande uppföljningsansvar för sin verksamhet och vid handlingsplaner som rör HSL sker samverkan mellan verksamhetschefen och sjuksköterskorna. Utvärdering och uppföljning av egenkontroller sker på ledningsmöten som hålls var 14:e dag.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vi arbetar dagligen för att säkerhetsställa och utveckla patientsäkerheten. Sjuksköterskorna har utarbetat lokala rutiner för att arbeta så lika som möjligt kring de boende. Sjuksköterskorna informerar samtlig personal om förändringar i omvårdnaden kring varje boende. Detta sker både muntligt och skriftligt via Procapita.

Omvårdnadspersonalen observerar dagligen hudkostymen vid morgonhjälp och dusch och har således en daglig dialog med sjuksköterskan kring vårdtagarnas hudstatus. Dessutom kontrollerar sjuksköterskorna hudkostymerna 1 ggr/ månaden för de patienter som har ökad risk för trycksår. Detta för att snabbt upptäcka och kunna förhindra uppkomst av rodnad och trycksår.

Sjuksköterskorna lägger om samtliga sår på Björkbacken. Detta för att minska risken för sårinfektioner som tidigare varit ett problem. Uppföljningen av såret blir säkrare då det är samma person som bedömer och följer sårets utveckling.

Delegering av personal sker fortlöpande av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Uppföljning av delegerad personal sker kontinuerligt då sjuksköterskorna arbetar dagligen ute i vården på enheterna och kan på så sätt följa upp och se så att läkemedelshandlingen samt andra delegerade arbetsuppgifter sker på ett korrekt och säkert sätt.

En gång per år ska all personal uppdatera sina kunskaper gällande läkemedel för att säkerställa en tillräcklig kunskap för läkemedelsdelegering. Detta görs genom ett skriftligt prov som sjuksköterskan sedan utvärderar och går igenom med omvårdnadspersonalen.

Ordinarie omvårdnadspersonal har 2018 blivit utbildade i fall, trycksår, munvård och malnutrition. Detta sker på APT eller via externa aktörer.

Omvårdnadspersonalen blir dagligen handleda av sjuksköterskorna i olika omvårdnadssituationer. Sjuksköterskorna arbetar aktivt med att påminna och handleda personal i basala hygienrutiner.

Riskbedömningar och prevention gällande fall, undernäring, och trycksår görs löpande. Risk på ett område hänger ofta ihop med risk på övriga områden. Bedömningar, åtgärder och uppföljningar diskuteras tvärvetenskapligt på avvikelseråd. Resultaten av riskbedömningarna tas även med på den årliga [SIP:en](#) och diskuteras där med den boende och närstående.

Skydds- och begränsningsåtgärder hanteras enligt Lunds kommuns rutin. Innan en skydds- och begränsningsåtgärd sätts in görs en riskbedömning i team för att säkerställa att det är rätt åtgärd för just den boende. Uppföljning vid nyinsatta skydds- och begränsningsåtgärder görs 1-2 veckor efter insättandet och sedan 2 gånger om året på avvikelserådet. Samtycke dokumenteras i procapita efter varje uppföljning.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Våra avvikelseråd sker en gång per månad. Där går sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, gruppleadare och verksamhetschef igenom alla månadens avvikelser både inom SOL och HSL samt resultaten av riskbedömningar.

På dessa möten är det lätt att identifiera eventuella risker för verksamheten då strukturella fel blir lätt synliga. I fall vi uppdagar risker diskuterar vi på vilket sätt de kan åtgärdas. Vi gör handlingsplaner då det har inkommit mer än exempelvis 5 liknande avvikelser, detta för att snabbt identifiera systemfel. Mötet protokollförs och vi sammanställer och rapporterar in resultaten från våra avvikelseråd en gång om året till Förenade Cares företagsledning. Därigenom kan systemfel detekteras samt ett utvecklande i verksamheterna ske. Utifrån vad som inkommer lyfter vi fram fokusområden för kommande år.

Återkoppling och diskussioner kring avvikelser sker på arbetsplats-träffar och arbetet med framtagna handlingsplaner och fokusområden sker på enhets-träffar och i det dagliga arbetet.

Som en del i det systematiska kvalitetsarbetet är de synpunkter och klagomål som våra boende och deras anhöriga framför viktiga för oss. All personal har kunskap i hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera dessa. Klagomål och synpunkter lämnas till verksamhetschefen som hanterar dessa skyndsamt. Återkoppling sker till den enskilde och/eller anhöriga av verksamhetschefen.

Även tillbudsrapporter är ett sätt att uppdaga risker i verksamheten, inte bara för medarbetarna utan även för patienter. Tillbud lämnas till verksamhetschefen som åtgärdar brister och registrerar tillbuden. Alla tillbud redovisas på APT.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds av berörd legitimerad personal i samråd med verksamhetschefen / gruppleddaren och dokumenteras i Procapita. Lunds MAS och regionchefen informeras och utreder vidare i allvarliga fall. Utredningen sker enligt rådande rutin i Lunds kommun.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalen enligt HSL och SOL finns i Procapita, där all dokumentation sker. Varje personal har en unik inloggning till systemet som sköts av Lunds kommun.

Loggkontroller utförs 2 ggr/år, där verksamhetschefen begär ut logglistor av administratören i Lunds kommun. Verksamhetschefen går igenom loggarna och identifierar om obehöriga har läst i journalen.

Datorbehörigheter och säkerheten sköts av Förenade Cares IT avdelning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Vi har ett bra samarbete med läkare och vårdcentral. Läkaren kommer en gång per vecka. Vid akuta situationer kontaktas Mobilt vårdteam eller Falcks läkarbilar för rådgivning eller hembesök. Tvärvetenskapliga läkedelsgenomgångar genomförs en gång om året för varje boende.

Samverkan mellan Björkbackens sjuksköterskor och Klara kompetens, som har det medicinska ansvaret på obekvämtid, fungerar bra. Klara kompetens och sjuksköterskorna kommunicerar via Procapita och är det något extra ordinärt så sker kontakten via telefon.

Regionchef och verksamhetschef har haft samverkan med medicinsk ansvarig sjuksköterska och kommunens kvalitetschef i olika ärenden avseende händelser, avvikelser och risker. Verksamhetschefen tillsammans med regionchef har träffat uppdragsgivaren vid avtalsuppföljningar, där bl.a. HSL frågor diskuteras.

Arbeterapeut, sjukgymnast, sjuksköterskor och gruppleddare arbetar aktivt ute i omvårdnaden tillsammans med omvårdnadspersonalen för att uppmärksamma om risk för vårdskador finns. Detta för att kunna sätta in förbyggande åtgärder snabbare.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

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

Samtlig personal på Björkbacken blir informerade när de blir anställda om våra rutiner för rapporteringen av avvikelser och deras skyldighet att rapportera. Denna information upprepas vid våra schemalagda arbetsplats-träffar.

Uppdagas en händelse som hade kunnat eller har medfört en vårdskada kontaktas sjuksköterskan omgående som i sin tur meddelar verksamhetschefen. Sjuksköterskan tillsammans med verksamhetschefen utreder sedan händelsen genom att prata med personalen, gå igenom signeringslistor mm. Både sjuksköterskan och verksamhetschefen dokumenterar i Procapita. När en avvikelse bedöms allvarlig ska detta omedelbart rapporteras till ansvarig verksamhetschef eller till verksamhetschefen i beredskap om det sker under kväll, natt eller under helg. Om verksamhetschefen gör en bedömning på att avvikelsen är allvarlig så ska hon/han informera regionchef och kommunens MAS.

Klagomål eller synpunkter från patienter, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer tas emot muntligt, via mail eller via särskild blankett. Den som tar emot klagomålet eller synpunkten muntligen eller via mail är skyldig att fylla i den blankett som finns i företagets verksamhetssystem. Blanketten lämnas sedan till verksamhetschefen som utreder och återkopplar.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Rapporter, klagomål och synpunkter samlas av verksamhetschefen och sammanställs inför avvikelseråd, ledningsgruppsmöten, avtalsuppföljningar och inför Förenade Cares årliga genomgång.

Denna genomgång har företaget en gång per år för att gå igenom avvikelser på alla företagets verksamheter. Därigenom detekteras det som avviker och vi upptäcker systemfel som kan förebyggas presumtivt.

Vidare kan vi hitta fokusområden som behöver lyftas för att därigenom förebygga uppkomsten av vårdskador.

Rapporter och enkäter utvärderas av verksamhetschefen och redovisas sedan på APT och/eller enhetsmöten. Där mönster eller brister uppdagas gör verksamhetschefen tillsammans med ledningsgruppen och/eller omvårdnadspersonalen handlingsplaner som sedan följs upp på varje enhetsmöte.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi har fyra boenderåd per år på Björkbacken, där verksamhetschefen deltar. Verksamheten har bjudit in till en boende- och anhörigträff 2 gånger per år.

Vid vårdplanering erbjuds anhörig vara med tillsammans med den boende, omsorgshandläggare och kontaktperson.

SIP/IVP genomförs en gång per år för varje boende, där läkare, verksamhetschef och kontaktperson deltar. Anhöriga bjuds in till planeringarna om den boende så önskar.

Anhöriga kan vid behov alltid nå ansvarig verksamhetschef på kontorstid via telefon eller mail.

Sjuksköterskorna har god och nära kontakt med anhöriga. De informerar anhöriga kontinuerligt när hälsotillståndet förändras hos någon boende. Detta ger anhöriga en ökad trygghet som visat sig i att samtal från oroliga anhöriga har minskat under året.

Patienter blir informerade när avvikelser sker. Om inte sekretessen hindrar informeras även närstående.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Undernäring:

Antal vårdtagare med BMI <22 har minskat med 8,5 % jämförd med året innan då nya rutiner för måltider och mellanmål infördes under hösten 2017. Som följd av detta har vi sett en markant minskning av behov av kosttillskott. En del av vårdtagarna med BMI under 22 har sedan tidigare i livet haft låg BMI samt bestämda åsikter om vad och hur mycket som ska ätas. Erbjudna åtgärder har avböjts.

Den andra delen av vårdtagarna har låg BMI pga försämrad allmäntillstånd och/eller oförmågan att kunna ta till sig den näring som behövs trots insatta åtgärder.

Nattfasta:

Vi har nått nattfastemålet på mindre än 11 timmar för alla vårdtagare som ville delta i mätningen förutom en, vilket dock kan förklaras med den boendes hälsotillstånd just den veckan. Vi är nöjda med resultatet. Ingen handlingsplan har gjorts.

Fall:

Många av fallen berör samma vårdtagare som pga sina sjukdomsbilder har en stor fallrisk och där det är svårt att förhindra fallen trots många åtgärder.

De flesta av fallen är orsakade av nedsatt balans, oro, förvirring och nedsatt ork.

De mest frekventa åtgärder som genomförts är förskrivning av hjälpmedel, justering av läkemedel, omgivningsanpassning samt ordination av skyddsåtgärder som t ex sänggrind och rörelselarm. Dessa skyddsåtgärder följs regelbundet upp och dokumenteras noga.

Av de fallen som orsakade en skada ledde 16 till lättare skador som blåmärken och sår. I 4 fall ådrog sig vårdtagaren en fraktur.

Antalet fall har gått upp marginellt jämförd med förra året men antalet fall med skada har minskat.

Trycksår:

Under året har vi haft 5 nyuppkomna trycksår, vilket är en mindre än under året innan. Trycksåren som uppkom orsakades inte av personalen.

Den främsta orsaken till att trycksår har uppstått var nedsatt allmäntillstånd, där vårdtagarna har haft svårt att få i sig tillräckligt med mat så att mallnutrition har funnits eller uppstått trots åtgärder för att förhindra detta.

Vi försöker kontinuerligt att påminna omvårdnadspersonalen om vikten av lägesändring exempelvis från rullstol till vanlig stol eller att ändra läge i en rullstol etc. Dessa åtgärder är av största vikt för att förebygga trycksår.

Läkemedelsavvikelser:

Antalet läkemedelsavvikelser har gått ner markant från 368 år 2017 till 228 år 2018. Detta beror till en del på tydligare signeringslistor. Dessvärre tror jag dock att det finns ett visst mörkertal av inte registrerade avvikelser som följd av många sjuksköterskebyten samt att vissa av sjuksköterskorna inte skötte avvikelserregistreringen enligt vår rutin.

Sedan december 2018 har vi återigen en stabil lösning med en kompetent och van sjuksköterska på plats. Utöver henne finns en erfaren timanställd sjuksköterska som är hos oss till dess att vår föräldralediga sjuksköterska är åter.

Majoriteten av avvikelserna gäller läkemedel som har överlämnats av personalen men där man sedan har glömt att signera att man gett läkemedlen. Efter samtal med berörd personal framkommer att det finns en otydlighet i läkemedels- och signeringslistorna som har lett till att man glömmer att signera vissa läkemedel. En åtgärd för att förhindra dessa avvikelser har varit att läkemedelslistorna och signeringslistorna förtydligats i sin utformning. En åtgärd till var att på APT genomföra en utbildning i läkemedelsöverlämning för att säkerställa att alla anställda vet hur man ska gå tillväga steg för steg.

Den näst största gruppen avvikelser gäller utebliven dos. Orsaker till det var huvudsakligen glömska, slarv, missförstånd och stress. Här har enskilda samtal med berörd personal förts.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska har uppmärksammat problemen vi har haft kring ej signerade dos och vi har på den senaste avtalsuppföljningen anmält vårt intresse att delta i ett projekt med digital signering, vilket vi hoppas kunna starta under 2019.

Medicinsk omvårdnad:

Avvikelserna har minskat markant jämförd med förra året.

3 avvikelser avsåg glömd signering av en utförd delegerat insats, vilket också är en anledning till de flesta läkemedelsavvikelser. Samtal har förts med berörd personal och ämnet har diskuterats på APT.

1 avvikelse avsåg dokumentationen i HSL journalen som en SSK från beredskapen hade brustit i. Avvikelsen är utredd av Lunds MAS, VC samt enhetschefen för beredskapssjuksköterskorna. Bristen avsåg dokumentationen kring tolkningen av de vitala parametrarna som SSK hade bett omvårdnadspersonalen att ta. Även tilltänkta åtgärder hade kunnat dokumenteras mer noggrant.

En aspekt vi kom fram till i utredningen var huruvida omvårdnadspersonalen har tillräcklig kunskap om hur de ska ta vitala parameter dvs hantering av blodtrycksapparat och mätaren för syresättningen. Att kunna ta vitala parameter ingår i delegeringen och i framtiden kommer den delegerande sjuksköterskan lägga mer vikt på att praktiskt lära ut de olika momenten. Redan anställd och delegerad personal kommer att få en genomgång av apparaterna på enhetsmöten i januari 2019 samt praktiskt öva på varandra att ta dessa parameter.

Ingen av avvikelserna har lett till en skada för vårdtagarna.