



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-01-01 Anna Banach

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Riskanalys	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Sammanställning och analys	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

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

HSL-dokumentationen, som är avgörande betydelse för en säker hälso- och sjukvård, har varit - och är - under ständig utveckling.

Under året har vi fokuserat på arbetet med avvikelser för att identifiera risker för vårdskador. Enligt det ledningssystem för kvalitet i verksamheten enligt HSL, SOL och LSS som finns inom äldreomsorg ska fel och brister identifieras, dokumenteras analyseras och åtgärdas samt vidtagna åtgärder följas upp. Samtliga medarbetare är informerade om detta och vi ser under året en stor förbättring vad gäller avvikelserapporteringen.

Verksamheten har rutiner för avvikelser, fel och brister samt för klagomålshantering. Klagomål och synpunkter hanteras direkt genom muntlig eller skriftlig återkoppling. De behandlas också på avdelningarna, arbetsträffar och i kvalitetsrådet där representanter för vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast enhetschef ingår. MAS tar del av de avvikelser som verksamheten rapporterar och utreder i förekommande fall allvarliga, eller risk för allvarliga, vårdskador enligt Lex Maria. Rutiner finns för rapportering av missförhållanden (Lex Sarah). De erfarenheter vi får i samband med uppkomna fel och brister, synpunkter och klagomål utgör ett underlag för Skolörten systematiska kvalitetsarbete. Ingen anmälan enligt Lex Maria är gjort under året.

I samband med inflyttning till Skolörten utförs individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår. Om risk föreligger upprättas en vårdplan/handlingsplan i Vodok med fastställt datum för uppföljning.

I verksamheten arbetar flera sjuksköterskor och ett stort antal undersköterskor. Varje boende har en kontaktsjuksköterska och en kontaktman och verksamheten går igenom rutiner för att säkerställa kvalitet och ge personal stöd i arbetet. Nästan all personal har genomgått Webbaserade hygien utbildningen.

Samtliga sjuksköterskor ha gått på en omfattad nutritionsutbildning som pågick i nästan 3 dagar. Utbildning i vård i livets slut har sjuksköterskorna fått från Läkareorganisationen Trygghälsa.

Övergripande mål och strategier

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

En god och säker vård av god hygienisk standard

Arbeta förebyggande för att förebygga fall och fallskador, undernäring, trycksår, smärta, ångest och oro

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivare skyldig att arbeta förebyggande genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska pla-

nera, leda och kontrollera verksamheten på så sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan som inte kan vidtas omedelbart ska en tidplan upprättas.

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller som hade kunnat medföra en vårdskada i syfte att, så långt som möjligt klarlägga händelse förloppet och vilka faktorer som påverkar det, samt ge underlag för förbättringsåtgärder. Händelser som lett till eller hade kunnat leda till allvarig vårdskada eller om någon drabbas av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarig skada till följd av säkerhetsbrister ska vårdgivaren utreda och anmäla till Socialstyrelsen.

Vårdgivaren ska ge patienterna och deras anhöriga och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, informera berört patient om inträffad händelse, vilka åtgärder som vidtagits deras möjlighet att anmäla klagomål till Socialstyrelsen samt deras möjlighet att begära ersättning enligt patientskadlagen eller från läkemedelsförsäkringen. Här ingår även att informera om att patientnämnderas verksamhet. Information som lämnats till patient ska dokumenteras i en patientsäkerhetsjournal.

Genom patientsäkerhetslagen införs en generell skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthållas. Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Det handlar om att rapportera o sådant som vårdgivaren behöver känna till för att kunna vidta patientsäkerhetshöjande åtgärder. Vidare ska vårdgivaren anmäla till Socialstyrelsen om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedöms utgöra en fara för patientsäkerhet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Nämndens ansvar

Vårdgivaren (Stadsdelsnämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården och för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna ska erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patienterna integritet och självbestämmande.

Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 1982: 763, 29 §), dock inte det ansvar som åligger MAS. Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, användas och att de integreras i det dagliga arbetet.

-
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
 - ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
 - Svarar för att rutiner implementeras och följs .
 - ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Inom Hässelby-Vällingby finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion är ett komplement till MAS.

I de ledningsuppgifter som åligger MAS/MAR enligt 24 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetsförordningen (SFS 2010:1 369) är MAS/MAR inte underställd verksamhetschefen eller någon annan tjänsteman i kommunen. MAS/MAR har således en fristående och oberoende roll och ett personligt ansvar för hur uppdraget fullgörs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska.

- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
- utföra riskbedömningar och upprätta vårdplaner
- rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- utföra egenkontroll

Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. Det är verksamhetschefens ansvar att leda och planera utvecklingen.

Omvårdnads personal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare ska ha kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och känna till att de har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelsen

Uppkomna vårdskador dokumenteras i Vodok avvikelssystem. Därutöver följs avvikelserna upp i vårt lokala kvalitetsråd, bestående av omvårdnadspersonal, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt verksamhetschef. Kvalitetsrådet är det forum där vi systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättrings- och förbättringsförslag. Vid dessa möten förs minnesanteckningar som delges avdelningarna för diskussion på avdelnings APT. MAS tar del av de uppkomna avvikelserna och utreder om ytterligare åtgärder skall vidtas. Utifrån de individuellt genomförda riskbedömningarna, som görs på varje nyinflyttad boende, och där risk föreligger, en vårdplan som följs upp efter fastställt datum. Närstående informeras om eventuella risker föreligger och om planerade åtgärder som kan förebygga vårdskador.

Antal avvikelser2012											
Indi- kator	Läke- medel	Fall	Fraktur	Vård- kedja	Omvårdnad/ Rehabili- tering	MTP	Doku- mentation	Trycksår			
								I	II	II I	I V
Antal	4	40	3	1	0	0	0	0	0	0	0

Genomförs ramavtalsuppföljning, kvalitetsuppföljning av läkemedelshanteringen, hygienrond

Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Att lära sig av det som blir fel är viktigt och betydelsefullt i vårt arbete med kvalitet och patientsäkerhet. Det ger underlag för vårt förbättringsarbete i avsikt att erbjuda säkra hälso- och sjukvårds insatser.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är till för att få fram de brister och risker som ha skett i vårdarbetet för att kunna åtgärda bristerna och öka säkerheten för patienterna.

Avvikelser behandlas lokalt och systematisk i Skolörtens kvalitetsråd. Målet för Skolörtens kvalitetsråd är att arbeta förebyggande med kvalitetssäkringsfrågor. Genom att kritisk granska verksamheten och ta fram säkra rutiner för både omsorg och hälso- sjukvårdsinsatser är syftet att incidenter ska förebyggas. I kvalitetsrådet finns representanter från samtliga personalgrupper som arbetar med vård- och omsorg. Därmed kan systemfel i organisationen lättare upptäckas och åtgärdas och arbetsgrupper kan tillsättas för att arbeta fram lokala rutiner och riktlinjer.

En avvikelse tas upp snarast som möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att utreda och kartlägga händelseförloppet för att kunna ta åtgärder för att förhindra en upprepning

Dokumentation.

Hälso- och sjukvårdspersonalen dokumentation granskas enligt fastlagt mall för att säkra att de innehåller de uppgifter som anges i Patientdatalagen. Dessa granskningar görs av MAS samt genom egenkontroller. Resultaten återkopplas till varje granskad medarbetare samt varje avdelning i verksamheten.

Kompetenshöjning för personalen

Genom fortsatta utbildningsinsatser samt krav på adekvat utbildning (minst grundutbildning/ vårdbiträdesutbildning) För anställning på fasta tjänster har Skolörten vård- och omsorgsboende kunnat behålla och utveckla kompetensen inom äldreomsorgen.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

Verksamheten utför riskbedömningar och rapporter kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården till MAS utifrån Socialstyrelsens anvisningar. MAS vidarebefordrar utfallet till Äldreförvaltningen. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd och eventuella risken för de områden som redovisas nedan. När boende flyttar in på Skolörten görs riskbedömningar för fall, malnutrition och trycksår, som registreras i Vodok Uppföljning görs en gång per år eller vid förändring/behov. Infektionsregistrering görs en gång i månaden och skickas till vidare till MAS.

Områden för kvalitetsindikatorer och riskbedömningar:

- utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår
- utförda läkemedelsgenomgångar
- fall som har led till fraktur eller annan skada och antalet samtliga fallolyckor
- utförda munhälsobedömningar och antalet personer och antal personer som har tackat nej
- utförda inkontinensutredningar
- infektioner och ordinerad antibiotikabehandling(antalet infektioner och antibiotikabehandling som pågår så att antibiotika inte används slentrianmässigt)
- boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet
-

Läkemedel hantering

Skolörten vård- och omsorgsboende har ett avtal med Apoteket för granskning av läkemedelshanteringen på boendet.

Tandvård

Tandvårdenheten inom Stockholms läns landsting har tecknat ett avtal gällande uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård för vissa äldre och funktionshindrade. I avtalet ingår munhälsobedömning och utbildning av personalen en gång per år.

Verksamhetsuppföljning

En gång per år genomförs en kvalitetsgranskning av MAS utifrån fastlagd mall gällande verksamheten på Skolörten.

Samarbetsmöten

MAS/MAR håller regelbundet möten med enhetschef, sjuksköterskor samt sjukgymnaster och arbetsterapeuter för att stärka samarbete och förbättra rutiner.

Anhöriga bjuds in till vårdplanering tillsammans med boende och vid behov.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Fortlöpande sker granskning av verksamhetens dokumentation både i Vodok och i Parasol. Avvikelsesystemet utgör en viktig del av egenkontrollen. Alla avvikelser analyseras individuellt. Resultaten återkopplas månatligen till ledningsgruppen och till medarbetarna på arbetsträffar.

Klagomål och synpunkter är en viktig del av förbättringsarbetet och hanteras på samma sätt som avvikelser.

Brukarenkäter genomförs en gång/år.

Uppföljningsmöten årligen med Vårdhygien, för att säkerställa hygienarbete.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer:

Verksamheten ska utföra riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd och eventuella risker.

Mätmetod för kvalitetsindikatorer och riskbedömningar är antalet:

- utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår.
- utförda inkontinensutredningar.
- infektioner och ordinerad antibiotikabehandling.
- utförda läkemedelsgenomgångar.
- fall som har lett till fraktur eller annan skada och totala antalet fallolyckor.
- utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).

Antal boende inom verksamheten: 48

Kvalitetsindikatorer och riskbedömningar 2012											
Indikator	Undernäring		Trycksår	Trycksår grad				Fallrisk		ADL	Munhälsobedömning
Mätmetod	MNA initial	MNA slutgiltig	Norton	I	II	III	I V	Downton	Fraktur	Sunnås	
Antal	40	25	42	1	5	2	6	42	3	34	48

Kvalitetsindikatorer 2012				
Indikator	Inkontinensutredning	Läkemedels- genomgångar	Loggkontroll	Hygien Observation Basal hygien
Antal	0	48	0	

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Samarbete med andra vårdgivare:

Övergripande samverkansmöten på St. Görans sjukhus mellan representanter från vårdcentraler, slutenvårdsenheter och stadsdelsförvaltningar inom innerstaden och Västerort. Verksamhetschefer och MAS från de olika förvaltningarna deltar. Syftet med mötena är att ta upp förbättringsåtgärder utifrån inkomna avvikelser, diskutera gemensamma problem och försöka lösa dem samt informationsöverföring mellan slutenvården och öppenvården etc.

En lokal samverkansöverenskommelse för in- och utskrivning av patienter i slutenvården har utarbetats mellan Hässelby- Vällingby, Caphio St. Görans sjukhus, Brommageriatriken och samtliga vårdcentraler inom stadsdelen. Detta för att öka patientsäkerheten vid överföring av information mellan enheterna.

MAS har möten med Landstinget gällande läkemedelsförråd, läkarmedverkan på särskilda boenden, nödvändig tandvård och vårhygienfrågor. Vid dessa möten diskuteras eventuella avvikelser och förslag för att förbättra rutiner. MAS informerar vård- och omsorgsenheterna om eventuella nya rutiner och risker som har framkommit.

Skolörten har sjuksköterskebemanning dagtid. Sjuksköterskorna är knutna till respektive avdelning inom boendet. Alla dagar från kl.16.00 tom 08:00 har vi avtal med jour sjuksköterska.

I samband med att en boende skall flytta in till Skolörten eller åka till annan vårdinrättning, sker kommunikation med hjälp av överrapportering via telefon och fax samt journalkopior. På detta sätt säkerställs vårdkedjan.

Beställnings av hjälpmedel sker enligt avtal med Sodexo och hjälpmedel Stockholm via hjälp medelsportalen. De erbjuder även fortlöpande utbildning för legitimerad personal inom olika hjälpmedelsområden.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

I samband med att boende flyttar in till Skolörten vård- och omsorgsboende utförs riskbedömning för fall (Downton), undernäring (MNA) och trycksår(Norton). Om risk finns upprättas en vårdplan med planerade åtgärder i Vodok, med ett fastsällt datum för uppföljning.

På Skolörten bedöms fortlöpande om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet genom de riskbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår och munstatus som erbjuds samtliga boende vid inflyttning och sedan kontinuerligt. Sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas och eventuella negativa konsekvenser som skulle bli följden av händelsen bedöms

Avvikelse skrivs när den boende har/riskerar att, komma till fysisk, psykisk skada, samt vid avvikelser i läkemedelshantering. Dessa tas upp i det lokala kvalitetsrådet där teamet tillsammans kommer fram till åtgärder och/eller nya rutiner.

För att boende skall erhålla en kontinuitet i vården upprättas en genomförandeplan där det noggrant beskrivs vilka insatser den boende är i behov av och hur/när de skall utföras

I och med lagförändringen gällande begränsningsåtgärder som t.ex. sänggrindar, låsta dörrar och dylikt sker ett pågående arbete på Skolörten med riskbedömning, åtgärder, handlingsplaner och uppföljning kring dessa.

I samband med verksamhetens semesterplanering för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter gör chefen en riskbedömning för att säkerställa patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Hälsor – och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

För att bidra till hög patientsäkerhet upprätthållas är all hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada på Skolörten görs samtliga dessa rapporteringar på en och samma avvikelseblankett

Alla medarbetare har kunskap om verksamhetens rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Avvikelserna tas upp och diskuteras på sjuksköterskemöten och arbetsplats-träffar för att utreda vilka åtgärder som behöver vidtas för att undvika upprepning. En avvikelse kan leda till en indragning av en delegering. Avvikelserna diskuteras alltid i kvalitetsrådet.

På Skolörten dokumenterar och följer vi upp alla avvikelser. Avvikelserna hanteras enligt vår rutin för Avvikelsehantering och enligt riktlinjerna i dokumentation Vodok. På vårt kvalitetsråd följer vi upp avvikelserna.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser registreras sedan in i journalsystemet (Vodok). I Vodok sker sedan en fortlöpande, systematisk granskning och analys av samtliga involverade arbetsgrupper som kompletterar med planerade åtgärder för att förhindra att händelsen sker igen.

En gång varannan månad träffas representanter ur varje arbetsgrupp på enheterna i ett kvalitetsmöte för diskussion och beslut om vidare åtgärder gällande uppkomna hälso- och sjukvårds- samt övriga avvikelser. Under dessa möten

sker även en uppföljning från tidigare avvikelser. Hälso- och sjukvårdpersonal och omvårdnadspersonal skriver av avvikelser av händelser, som har medfört eller hade kunnat medföra ett protokoll från kvalitetsmöten. Resultaten återkopplas sedan till Mas och resultat av samtliga avvikelser redovisas för hela arbetsgruppen på månatliga arbetsträffarna.

Avvikelse dokumenteras i Vodok och diskuteras i vårt kvalitetsråd, där förslag till åtgärder eller nya rutiner tas fram. Avvikelserna diskuteras även i gruppmötena på avdelningarna och på avdelnings APT.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Alla medarbetare har kunskap om verksamhetens hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet och återkoppling om åtgärd ska ske snarast, utan fördröjning, till berörd part. Klagomålet diskuteras alltid i den personalgrupp där det uppkommit och behandlas alltid i kvalitetsrådet.

Alla klagomål eller synpunkter inkommande från brukare, anhöriga, personal, vårdgivare myndigheter el. dyl. som har medfört vårdskada eller risk för vårdskada, skrivs som en avvikelse och behandlas enligt verksamhetens avvikelse-system.

Blanketer för synpunkter och klagomål finns lättillgängliga för boende och närstående.

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter som lett till avvikelser sammanställs och analyseras på kvalitetsmötena för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet

Dessa ärenden diskuteras även vid behov på arbetsplatsträffar för att identifiera mönster.

Samverkan med patienter och närstående

På Skolörten har vi en tät kontakt med de boende och deras närstående.

Som boende på Skolörten erbjuds inflyttningsdagen en namngiven kontaktman och en namngiven kontaktsjuksköterska. Den individuella vårdplaneringen där den boendes levnadsberättelse ges stort utrymme, startar inflyttningsdagen och fortsätter sedan, inom 14 dagar, med ett planerat ankomstsamtal tillsammans med den boende och dennes anhöriga/närstående om den boende så önskar. För att stärka möjligheterna för att vara delaktig i planeringen av insatserna och kunna påverka hur de utförs och att känna trygghet i att få en god omvårdnad och en säker hälso- och sjukvård informerar vi även om möjligheten att boende och/närstående kan lämna synpunkter/ klagomål till oss hur vi arbetar med dessa.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	Kategori	Antal/år	120201–121231	120201–121231
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	Orv. personal och siskor			Ca.50
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal. Enligt gällande checklista		Totalt antal patienter (vid mättilfälle)	120201–121231	45
Antal vårdskador - fall				3
Vårdrelaterade infektioner				0
Trycksår				0
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till patienter med identifierade nutritionsproblem				gällande nutrition
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten				Ca.
Antal Lex Maria anmälningar under året		120201–121231 0 st.		
Lex Sarah		1 st.		
Synpunkter och klagomål		2 st.		

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2013 kommer vi att fortsätta med det kvalitetsarbete som pågår med målsättningen ständig förbättring. Stor fokus kommer vi lägga på dokumentation och avvikelserapportering.

I Slutet av 2011 anslöt vi oss till kvalitetsregister Senior alert och Svenska palliativa registret Senior alert är ett kvalitets- och processregister för områdena fall, trycksår och undernäring och Svenska palliativa är ett kvalitets- och uppföljningsregister som synliggör vården i livets slutskede. Det grundar sig på Socialstyrelsens riktlinjer om god vård i livets slut.

Tanken med kvalitetsregistren är att de ska öka kunskaperna om vad som händer i vården och med dessa kunskaper ska verksamheten kunna effektivisera och höja kvaliteten; patientsäkerhet med kvalitetsregister. Registren bidrar till en ökad patientsäkerhet genom att vi går från tro att veta.

I samband med verksamhetens semesterplanering för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter gör chefen en riskbedömning för att säkerställa patientsäkerhet.

Forsätter aktiv efterfråga både boendes och närståendes förbättringsförslag, synpunkter och klagomål för att öka patientdelaktigheten och fortsätta förbättra våra processer.

Övriga områden som vi dessutom kommer att prioritera är följande:

- Vårdhygiens riktlinjer för basala hygienriktlinjer ska följas av samtliga medarbetare
- Samtlig omvårdnadspersonalen ska årligen utbildas i förflyttningsteknik
- Alla inkontinenshjälpmedel ska vara förskrivna av sjuksköterska och journalförda
- Fortsätta med implementeringen av Nationellt vårdprogram för palliativ vård
- Sjuksköterskor kommer att ha utbildning i den kommunala sjuksköterskans roll för att säkerställa sjuksköterskans ansvarområde