

**Patientsäkerhetsberättelse för
Attendo Fristad Servicehus
År 2017**

**Verksamhetschef
Petra Nyman**

**Sjuksköterska
Tirhas Girmay**

2018-02-28

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.
Sammanfattning	3
Övergripande mål	3
Ansvarsfördelning	3
Mät- och uppföljningsmetod	4
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	4
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	7
Granskning av dokumentation.....	5
Samverkan	7
Riskanalys	7
Rapporteringsskyldighet.....	7
Synpunkter och klagomål	8
Sammanställning och analys	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Samverkan med brukare och närstående	9
Uppföljning av informationssäkerheten.....	8
Resultat.....	9
Övergripande Mål för kommande år.....	10

Sammanfattning

Fristad Servicehus består av 153 servicelägenheter fördelade på tre hus. Det finns även en demens dagvård Träffen med plats för 12 brukare.

På Fristad Servicehus arbetar vi aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Ett kvalitetsråd bestående av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kvalitetsombud träffas en gång i månaden.

På kvalitetsrådet arbetar vi fram nya rutiner utifrån händelser, gör riskanalyser utifrån riskbedömningar, pratar om synpunkter och klagomål. Utifrån mötet görs en statistik på de händelser som varit under månaden. Denna statistik skickas till kvalitetsavdelningen på Attendo via Attendo Add. Föregående månads kvalitetsprotokoll följs upp för att se om åtgärderna hade förväntat resultat eller om de skall omarbetas. Ett nytt protokoll skrivs för innevarande månad. Alla medarbetare skall läsa och signera. Protokollet sätts sedan in i en kvalitetspärm av kvalitetsombuden. Varje månad kommer ett kvalitetsindex till verksamhetschefen som visar hur enheten arbetat med kvalitén. Vidare tar verksamhetschefen och kvalitetssamordnaren upp händelser på arbetsplatsträffen varje månad. Kvalitet är en stående punkt på agendan.

Verksamhetschefen sammanställer varje månad statistik på händelser och avviker något görs direkt en analys och åtgärd, i annat fall görs sammanställningen varje halvår.

Läkemedelsavvikelserna har under 2017 varit färre än jämfört med året innan. Antal fall har även de minskat från förra året.

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras snarast, men senast inom två arbetsdagar och återkoppling sker senast efter fjorton dagar.

Verksamheten arbetar för en god samverkan med andra vårdgivare, kommunen och läkarorganisationen som är Legevisitten.

Övergripande mål

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

Målsättningen i vårt patientsäkerhetsarbete föregående år var att skapa goda rutiner och hög kvalitet. Ambitionen har varit att alla medarbetare ska känna till vårt kvalitetsarbete. I detta är ett fungerande kvalitetsarbete en förutsättning.

De konkreta målen var

- Riskbedömning för fall, nutrition och trycksår på samtliga brukare inom två veckor efter inflyttning
- BMI på alla brukare var tredje månad
- Få en godkänd HSL dokumentation i egenkontrollen
- Inga trycksår uppkomna på enheten
- Minska antalet fall med 5 %

Varje månad på arbetsplatsträffen är kvalitet en punkt på agendan vilket gör kvalitetsarbetet levande. Fristad Servicehus har även arbetat med värdegrund och värdegarantier under året för att öka kvaliteten.

Ansvarsfördelning

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

På Fristad Servicehus har verksamhetschef det yttersta ansvaret för att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskan i respektive hus är medicinsk- och omvårdnadsansvarig i sitt hus, men det är verksamhetschefen som har det yttersta medicinska ansvaret. Verksamhetschefen har en biträdande verksamhetschef till sin hjälp. Verksamhetschef har överlämnat ledningsuppgifter för HSL till enskild ssk. Attendo har en MASfunktion. På verksamheten finns sjuksköterskor dagtid. På kvällar och nätter är det Attendos Mobila sjuksköterske team. Varje hus har en egen omvårdnadsansvarig sjuksköterska. En fysioterapeut och arbetsterapeut på heltid finns för hela verksamheten.

Kvalitetsarbete

Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av vårt lokala kvalitetsarbete. Kvalitetsarbetet bedrivs på vår enhet enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo. Arbetet är utformat så att vi på Fristad servicehus har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kvalitetsombud, vilka är representanter från omvårdnadspersonalen.

Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/händelser. Den medarbetare och sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut som tar emot händelserapporten ansvarar att det dokumenteras i SoL respektive HSL journalen.

I kvalitetsarbetet använder vi Attendos kvalitetssystem Add. Den medarbetaren som tar emot händelsen/klagomålet skriver i Attendo Add. Den skickas därefter elektroniskt till verksamhetschefen som granskar rapporten och skriver ute den i två exemplar. Är det en händelse som berör fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska lämnas två exemplar till dem. De påbörjar direkt en utredning av vad som hänt och planerar ibland åtgärder direkt och ibland väntas till kvalitetsmötet beroende på typ av händelse. Alla händelser kommer upp på kvalitetsmöte varje månad och resultatet av åtgärderna följs sedan upp månaden därefter. Samtliga händelser och åtgärder dokumenteras.

Läs mer om händelsehantering och kvalitetsarbete under rubriken "Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts". Vi har tillgång till kvalitetsutvecklare i regionen.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppkommen vårdskada åtgärdas och denna följs upp dels på morgonrapporterna och sedan en gång i månaden på kvalitetsrådet. Där dokumenteras även resultatet på åtgärden. Där tas även ställning till om åtgärden gav önskad effekt/ resultat eller om åtgärden skall ändras. Risk för vårdskada utreds alltid av extern utredare. Varje månad sammanställer verksamhetschefen antalet händelser och jämför med tidigare månader. På nästkommande APT går verksamhetschefen sedan tillsammans med kvalitetssamordnaren igenom händelserna och tittar om antalet ökat eller minskat. Ses en ökning så görs en analys av orsaken och en ny rutin eller åtgärd skapas för att minska antalet händelser.

APT är ett viktigt forum för information till medarbetare så att samtliga arbetar på samma sätt i patientsäkerhetsarbetet.

På APT redovisas Kvalitetsindex.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Nedan beskrivs hur Fristad servicehus har arbetat med patientsäkerhetsarbete.

Olika typer av händelser:

Specifik omvårdnad/Rehabilitering: Kan gälla t.ex. matning, rehabilitering, sondmatning mm

Medicinteknisk produkt: Skall beskriva vilken typ av medicinteknisk produkt det gäller, i vilken situation och konsekvensen/skadan för patienten.

Vid Fall, Läkemedelsavvikelse, Trycksår, Undernäring är rutinen följande:

1. Riskbedömning
2. Hälsoplan
3. Åtgärder
4. Utvärdering/uppföljning

Synpunkter och klagomål- den som tar emot klagomålet är behjälplig att framföra klagomålet. Erbjuder att hjälpa till att skriva "Vi vill bli bättre" blanketten. Beroende på synpunkten/klagomålets art kontaktas sjuksköterska eller verksamhetschef/ biträdande verksamhetschef. Återkoppling sker inom två arbetsdagar.

Avvikelse i vårdkedjan: Internt eller externt, att det brustit i vårdkedjan.

Avvikelse rapport för läkarinsatser: Kan gälla bristande eller utebliven service som gäller läkarinsatser. Verksamhetschef fyller i blankett som snaras vidarebefordras.

Lex Maria: Om händelsen nått en viss styrka och bedöms som allvarlig kontaktar verksamhetschefen snarast Attendos MAS, händelsen utreds enligt händelseanalysmetoden av extern utredare och Attendos MAS gör en Lex Maria anmälan till iVO.

Sjuksköterska har gått igenom aktuella delegeringar för omvårdnadspersonalen gällande hälso- och sjukvårdsuppgifter. Inför varje delegering har det gjorts en noggrann och professionell bedömning som innefattat kunskapstest. Det finns tillgång till webbaserad utbildning.

Kvalitetsmöte

En gång i månaden håller vi ett Kvalitetsmöte.

Mötet är ett forum där vi diskuterar förbättringar och utveckling av kvaliteten inom verksamheten. Underlaget är händelse rapporter, riskanalyser och åtgärdsplaner från olika kvalitetsuppföljningar.

Syftet med mötet

Att säkra, följa upp och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Vår lokala kvalitetsgrupp består av:

- Kvalitetssamordnare
- Sjuksköterska
- Verksamhetschef och/eller biträdande verksamhetschef
- Fysioterapeut/arbetsterapeut

Gruppen består av samma personer och sammansättningen är känd av alla medarbetare.

Kvalitetssamordnaren skriver ett protokoll som skickas till kvalitetsutvecklaren varje månad. Vi får då ett resultat från Kvalitetsindex där tidigare månader jämförs. Om något avviker stort gör verksamhetschefen en åtgärdsplan.

Kvalitetsindex

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har Attendo skapat ett kvalitetsindex. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter. De delar som 2017 mättes var:

Händelser

Händelsehantering

Risikanalys

Genomförandeplan

Brukarundersökning

Svarsfrekvens brukarundersökning

Egenkontroll

Dokumentation

Extern granskning

Allvarliga händelser

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index. Sammanställningen utgörs av månads- och kvartalsrapporter där man kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheten 12 månader tillbaka. Det är ett tydligt och lättöverskådligt diagram där det lätt går att se hur indexet utvecklas och man kan därför snabbt sätta in åtgärder om behov finns.

Riskbedömningar

Riskbedömningar, fallrisk, trycksår och nutrition görs på alla senast 14 dagar efter inflyttning. BMI görs inom 14 dagar, eller tidigare vid uppenbart behov. Detta dokumenteras i Vodok och en hälsoplan upprättas vid behov. Sedan görs ett BMI var tredje månad eller tidigare vid behov.

En fallriskbedömning och Norton görs på samtliga vid inflyttning och därefter efter 6 månader samt vid behov. Fallriskbedömning görs utifrån Downton och vid behov öppnas en vårdplan.

Förebygga trycksår, ser på status utifrån Norton, jobbar med tryckavlastning (t.ex. antidecubitus madrass) och rätt näring och vätska, kontroll av hud kostym och arbetar med god inkontinensvård.

Händelseanalys genomförs på alla allvarligare händelser. Kvalitetssamordnaren är ansvarig under verksamhetschefen att initiera riskanalyser och kommer även att hålla i möten med kvalitetsombuden ett antal gånger per år för att leda arbetet med riskanalyser.

Utbildningar

All personal har gått förflyttning/ergonomiutbildning.

70 % av den fast anställda omsorgspersonalen är utbildande undersköterskor och de övriga är vårdbiträden. Under 2017 har 3 vårdbiträden börjat vidareutbildning till undersköterska.

Medarbetarna har även gått diverse interna utbildningar och deltagit i nätverksträffar.

Rutiner

För att verksamheten skall vara patientsäker är det av yttersta vikt att ha väl fungerande rutiner. Detta är ett fortlöpande arbete för att hålla rutinerna uppdaterade och levande. De säkerställs genom den årliga egenkontrollen. På Mötesplatsen har vi en gemensam mapp med MAS-riktlinjer från Attendo att tillgå för ssk-gruppen.

När ny personal anställs följer vi Introduktionsplan som är framtagen av Attendo.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Uppföljning genom egenkontroll har genomförts för ökad patientsäkerhet:

Fristad servicehus har haft uppföljning både externt och internt och utifrån resultat och analys har handlingsplaner skapats.

Egenkontroll av dokumentation gjordes våren 2017, på SoL fick vi 89 %. I HSL dokumentationen fick vi 81 %.

Socialstyrelsens brukarundersökning för 2017 gav enheten ett resultat av 76 % i nöjdhet.

Sammanställning av synpunkter och klagomål gjordes efter årets slut och analys för att se om det fanns något gemensamt.

Antalet synpunkter var under 2017 något fler än föregående år.

Verksamhetschefen har fyra gånger under året kontrollerat hygienfölsamheten, om medarbetarna följer de hygienrutiner som finns. Detta har gjorts vid morgonrapporten.

Varje kvartal lämnar sjuksköterskorna in blanketten Infektioner i särskilt boende.

Verksamhetschefen sammanställer och rapporterar till Attendos MAS.

Varje kvartal lämnar sjuksköterskorna in blanketten Kvalitetsuppföljningar av delegeringar.

Verksamhetschefen sammanställer och rapporterar till Attendos MAS.

Vi hade inga Lex Sarah eller Lex Maria under 2017.

Granskning av dokumentationen

Granskning av individdokumentationen genom Attendos framtagna mallar. Vi dokumenterar enligt HSL och SoL lagstiftningarna.

Samverkan

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

Fristad har sjuksköterskor dag tid måndag till söndag. På kvällar och nätter är det Attendos Mobila ssk team. Läkargruppen är Legevisitten som Spånga/Tensta kommun har avtal med. Läkaren är på Fristad två gånger i veckan, utöver detta kontaktas läkaren per telefon vid behov. Läkaren kan komma på hembesök andra dagar än rondan om behov finns.

Verksamheten har haft tre samverkansmöten med Legevisitten och Attendos MAS. Där vi går igenom aktuella ärenden och annan information enligt samverkansavtalet.

Verksamheten har haft 3 samverkansmöten med biståndshandläggarna. Där vi går igenom aktuella ärenden för verksamheten och biståndshandläggarna.

Samverkansmöte vid behov med Attendos Mas.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar har ovan beskrivits en hel del. Riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en risk. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en brukare skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

En riskanalys görs exempelvis:

Om en återkommande iakttagelse av en risk eller mindre allvarliga händelser i en specifik arbetsprocess.

Om en medarbetare upplever att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld

Vid organisationsförändringar

Vid bedömning av åtgärdsförslag i en händelseanalys

Kvalitetsgruppen träffas varje månad och gruppen arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. På arbetsplatsträff har riskanalys genomgåts. Risk- och händelseanalyser rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis.

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Samtliga medarbetare rapporterar risker för vårdskador samt händelser enligt vårt händelsehanteringssystem som ovan beskrivits.

Om en händelse är allvarligare så skrivs en avvikelseblankett och lämnas till verksamhetschef direkt. Verksamhetschef kontaktar inblandande omgående, Attendos MAS samt regionchef och kvalitetsavdelning i Attendo. Regionchef utser en person att utreda händelsen och en händelseanalys och åtgärdsplan görs sedan.

Händelseanalysen och dess resultat skickas till MAS och delges till medarbetarna på nästkommande APT för att alla skall ta lärdom av det inträffade och för att informationen skall komma vidare om de åtgärder som vidtagits. Det kan vara till exempel en ny rutin för hur något skall göras. Återkoppling sker till kommunen och till de berörda. En uppföljning görs sedan efter två veckor.

Varje månad jämförs med föregående månad och om något avviker görs en analys av orsak samt en åtgärdsplan. Varje halvår sammanställer verksamhetschefen händelserna.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § , 7 kap 2 § p6

För att kunna utveckla verksamheten är det mycket viktigt att ta till vara på de synpunkter som brukare och dess närstående har. Vi har därför i vårt välkomstmateriel lagt in blanketten "Vi vill bli bättre". Blanketten och synpunkter/klagomålsblanketten finns också väl synligt i verksamheten.

Verksamhetschefen och biträdande verksamhetschefs telefonnummer finns med i välkomstmaterialet.

Biträdande verksamhetschef skriver veckobrev till brukarna samt de närstående som lämnat sina mailadresser och där uppmanar biträdande verksamhetschef några gånger per år om vikten att i tid påtala eventuella synpunkter.

Om synpunkt eller klagomål inkommer skriftligt kontaktas de inblandade snarast, men senast inom två arbetsdagar och försöker lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och tid för utvärdering skall ske inom 2 veckor. Om situationen inte kan lösas på plats kontaktar verksamhetschefen sin tur regionchef.

Uppföljning och återkoppling sker direkt till dem som framfört synpunkten eller klagomålet. Ibland sker flera möten.

Verksamhetschefen sammanställer två gånger per år inkomna synpunkter och klagomål och

gör en analys för att se om det finns något mönster

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Fyra gånger per år hålls ett förtroenderåd med representanter från brukarna. Där har brukarna möjlighet att ta upp olika frågeställningar samt få information från Fristad av verksamhetschefen.

Varje vecka skickas ett veckobrev ut till närstående via mail och ett veckobrev sätts upp på Fristad så alla som vill kan läsa.

Två gånger per år hålls ett närståendemöte på Fristad och till dagvården Träffen. Närstående bjuds in till huset.

Uppföljning av informationssäkerheten

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Patientsäkerhetsarbete, händelser under 2017

Händelse/ Avvikelse	Fristad
Läkemedel	10
Utebliven läkemedels dos	3
Fel läkemedels dos	0
Förväxling av lm och p	0
Annat	11
Fall	89
Ingen skada	56
Skada	22
Sjukhusvård	11
Trycksår	2

Analys av händelser på Fristad: Antalet läkemedelsavvikelser har varit färre än föregående år. Antalet fall under året har varit färre än föregående år. Fallen som lett till sjukhusvård har bl a varit; slagit i huvudet, ramlat pga inre blödning, slagit i pannan, höftfraktur, dålig balans, dementa- förstår inte alltid att kalla på hjälp vid förflyttning.

Synpunkter och klagomål: Antalet synpunkter och klagomål var 16 under året.

Hygienfölsamhet: Medarbetarna på Fristad följer hygienrutinerna mycket bra. Vid fyra tillfällen har verksamhetschefen undersökt fölsamheten gällande hygienriktlinjerna.

Infektioner i särskilt boende

2017 Antalet brukare ca 112

Antal boende m suprapubis urinkateter	1
Antal boende m urinkateter via urinröret	2
Fall av antibiotika behandling	
Pneumoni	1
UVI hos vårdtagare m suprapubisk urinkateter	1
UVI hos vårdtagare m urinkateter via urinröret	1
UVI hos vårdtagare utan kateter	7-10
Sårinfektion	1-2 /månad
Annan hud-o mjukdelsinfektion	0
Annan infektion	0
Utbrottsbenägna virusinfektioner	
Virusorsakad magsjuka	0

Resultat HSL målen 2017

HSL dokumentationen blev inte godkänd i egenkontrollen mars och september 2017.

Riskbedömningar, fall, nutrition och trycksår: samtliga brukare har aktuella riskbedömningar gjorda inom två veckor.

Två trycksår uppkom på enheten.

Antalet fall minskade under 2017 från 117 till 89.

Övergripande Mål för kommande år

Under 2018 kommer vi att arbeta vidare med samma mål som föregående år då vi inte nått dessa och lägga till ett.

- Målsättning 2018:

Godkänd HSL i egenkontrollen 2018. Åtgärder: bl a utbildning av nya sjuksköterskor i journalsystemet Vodok. Samt regelbunden journalgranskning HSL varje kvartal.

- Riskbedömningar fall, nutrition och trycksår inom 14 dagar vid inflyttning. Åtgärder: Riskbedömningar av sjuksköterska, läkemedelsgenomgångar, informera brukaren, därefter uppföljning, avvikelserapportering och uppföljningar på kvalitetsmöten.
- BMI på alla brukare var tredje månad. Åtgärder: Bedömningar av sjuksköterska, informera brukaren, därefter uppföljning, avvikelserapportering och uppföljningar på kvalitetsmöten.
- Inga trycksår uppkomna på enheten. Åtgärder: Riskbedömningar av sjuksköterska, läkemedelsgenomgångar, informera brukaren, därefter uppföljning, avvikelserapportering och uppföljningar på kvalitetsmöten.

- Minska antalet fall ytterligare med 5 %. Åtgärder: Riskbedömningar av sjuksköterska/sjuktymnast, läkemedelsgenomgångar, avvikelserapportering och uppföljningar på kvalitetsmöten av kvalitetssamordnaren.
- Arbeta vidare med kvalitetsregistren eftersom de blev eftersatta pga ssk skifte andra halvan av 2017. Åtgärder: registrera nya ssk och utbilda dem i dessa.
- Hygienrond och Hygienutbildning i basala hygienrutiner.