

**Patientsäkerhetsberättelse för
Attendo Vasen vård- och omsorgsboende
År 2014**

**Verksamhetschefer:
Gabriella Rodling
Shila Yasdani
2015-01-08**

Innehåll

Sammanfattning	4
ÖVERGRIPANDE MÅL	5
ANSVARSFÖRDELNING	6
MÄT- OCH UPPFÖLJNINGSMETOD.....	7
HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS OCH VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS	7
UPPFÖLJNING GENOM LOKALA OCH EXTERNA KONTROLLER OCH JÄMFÖRELSER	11
SAMVERKAN.....	11
RISKANALYS.....	12
RAPPORTERINGSSKYLDIGHET.....	12
SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	13
SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS.....	13
SAMVERKAN MED BRUKARE OCH NÄRSTÅENDE	13
RESULTAT	14
ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR KOMMANDE ÅR.....	15

Sammanfattning

Vasen vård – och omsorgboende drivs av Attendo på uppdrag av Norrmalms stadsdelsförvaltning. Vasen är beläget på Kadettgatan 2. Boendet riktar sig till äldre personer med demenssjukdom och/eller som av fysiska skäl är i behov av vård och omsorg dygnet runt. Vasen har 78 lägenheter fördelat på 7 boendeenheter på fyra plan varav 38 platser är somatisk och 40 platser är demensboende. Gabriella Rodling verksamhetschef har ansvar för demensenhet och Shila Yasdani verksamhetschef har ansvar för somatisk.

På Vasen arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast som ett team. Vi arbetar aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Målet är att minimera antalet läkemedelsavvikelser, reducera förekomsten av fall samt att utveckla och kvalitetssäkra den vård och omsorg som bedrivs.

Närstående och boende medverkar i omvårdnaden genom vårdplanering vid inflyttning till Vasen. Ny vårdplanering görs en gång per år eller oftare vid förändrat allmäntillstånd.

Sjuksköterskan kontaktar närstående vid förändringar i hälsotillståndet och kontaktmannen informerar minst en gång per månad samt träffar den boende vid varje arbetspass.

Vårt lokala kvalitetsarbete bedrivs enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo.

Samverkan sker även med stadsdelens MAS vad gäller bland annat läkemedelsrutiner, läkarorganisation och vid behov händelseanalyser. Arbetet är utformat att en gång per månad träffas kvalitetsråd som består av kvalitetssamordnare, sjuksköterska, paramediciner, kvalitetsombud från varje avdelning samt verksamhetschef/ biträdande verksamhetschef. Kvalitetssamordnaren sammankallar alla kvalitetsombud från de olika avdelningarna. På kvalitetsmöte arbetar vi fram nya rutiner utifrån händelser, gör riskanalyser utifrån riskbedömningar, går igenom synpunkter och klagomål. Efter varje kvalitetsmöte registreras protokoll samt statistik i Attendos kvalitetssystem. Vidare tar verksamhetschefen och kvalitetssamordnaren upp händelser på arbetsplatsträffen varje månad. Kvalitet är en stående punkt på agendan.

Under 2014 har vi arbetat med ett värderingsprojekt. Fokus har legat på vårt kvalitetsarbete och att alla skall känna till det, vi har tagit fram en lokal värdegrund och arbetat med etik och dokumentation.

- Läkemedelsavvikelserna har under 2014 varit färre än jämfört med året innan. Många fallförebyggande åtgärder har satts in men fallrisk kvarstår.
- All personal har gjort webb-utbildning i Demens-ABC. Under hösten har personal utbildats i värderingar och bemötande.
- Tillsyn av hälso- och sjukvård och uppföljning av tillsyn 1 ggr/år, utförs av MAS.
- Registrering av alla dödsfall på äldreboendet i palliativa registret för att förbättra den palliativa vården.
- Samtliga medarbetare har skrivit på Attendos hygienkontrakt och verksamhetschefen kontrollerar följsamheten av hygienriktlinjerna minst två gånger per år.

- Inkomna synpunkter och klagomål hanteras snarast inom två arbetsdagar och återkoppling sker senast efter fjorton dagar.
- Personalen rapporterar risker, tillbud och allvarliga händelser vilket gör det möjligt att förebygga att det inte händer igen genom bl.a. kunskapsåterföring till personalen.
- Verksamheten arbetar för en god samverkan med andra vårdgivare, stadsdelen och läkarorganisationen.
- HSL-dokumentationen är under ständig utveckling och är av avgörande betydelse för en säker hälso- och sjukvård. Under 2014 har det skett en klar förbättring i dokumentationen och arbete pågår med förbättra den ytterligare.

Vi har ökat sjuksköterske bemanningen något och vi har anställt en biträdande verksamhetschef (sjuksköterska) som bl.a. kommer att vara ett stöd för sjuksköterskorna.

Under året har arbetet med avvikelser bidragit till att identifiera risker för vårdskador. Medarbetarna har blivit bättre på att rapportera avvikelser samtidigt som kvalitetssamordnare och kvalitetsgrupperna blivit bättre på att analysera avvikelserna och förbättra rutiner.

Synpunkter och klagomål från brukare och närstående är mycket värdefulla för att förbättra patientsäkerheten. Klagomål har kommit in under året som har bidragit till att rutiner har upprättats eller reviderats. På arbetsplatsträffar finns ”kvalitet” som en stående punkt där alla avvikelser och klagomål tas upp med alla medarbetare.

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. Alla medarbetare skall känna till vårt kvalitetsarbete. I detta är ett fungerande kvalitetsarbete en förutsättning.

De konkreta målen var att:

- Riskbedömning för fall på samtliga brukare inom två veckor efter inflyttning
- Riskbedömning trycksår, Norton på samtliga brukare inom två veckor efter inflyttning
- Riskbedömning nutrition på samtliga brukare inom två veckor från inflyttning till Vasen och sedan mäta BMI var tredje månad.
- Få en godkänd HSL dokumentation i egenkontrollen
- Inga trycksår uppkomna på enheten
- Börja registrera i Senior Alert.
- Brukare som har behov av inkontinenshjälpmedel ska få dessa individuellt utprovade
- Börja implementera värdegrundsarbetet
- Verksamhetschefer genomgår värdegrundsutbildning
- Verksamheten ha en plan för ett kontinuerligt värdegrundsarbete
- Utifrån ett salutogent förhållningssätt ”ge omsorg på ditt sätt”
- Ha ständigt pågående utvecklingsplan
- Arbeta med måltidsmiljön och observationer
- Ha nöjda brukare och närstående
- Alla boende på Vasen registrerade i Symfoni
- Alla boende på Vasen erbjudas munhälsobedömning 1 gång per år

Varje månad på arbetsplatsträffen är kvalitet en punkt på agendan vilket gör kvalitetsarbetet levande. Vasen har även arbetat med värdegrund och värdegarantier under året för att öka kvaliteten. Utbildning har hållits i värdegrund för samtliga som arbetar på Vasen. Stor vikt har även varit på etik och bemötande.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs på Vasen enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo och i samverkan med MAS. Verksamhetscheferna har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet; planering, ledning och egenkontroll.

Verksamheten har en biträdande verksamhetschef till sin hjälp. På verksamheten finns sjuksköterska dygnet runt. Varje avdelning har en egen patientansvarig sjuksköterska. Det finns en sjukgymnast och en arbetsterapeut på heltid.

Verksamhetschef har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 15 januari upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS/MAR ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

Ansvarsfördelning

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

På Vasens äldreboende har verksamhetschefer det yttersta ansvaret för att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskan på respektive avdelning är medicinsk- och omvårdnadsansvarig på sin avdelning, men det är verksamhetscheferna som har det yttersta medicinska ansvaret. Verksamhetscheferna har en biträdande verksamhetschef till sin hjälp och verksamhetschefen har delegerat HSL ansvaret till sin biträdande verksamhetschef. På verksamheten finns sjuksköterskor dygnet runt. Varje avdelning har en egen patientansvarig sjuksköterska. En sjukgymnast samt en arbetsterapeut på heltid finns för hela verksamheten. En samordnare arbetar mån-fre som i samverkan med verksamhetscheferna ansvarar för bemanning o personalplanering.

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 enheten har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, sjukgymnast och kvalitetsombud, vilka är representanter från omvårdnadspersonalen.

Ansvarsfördelning:

Verksamhetschef

Har ansvar för att det finns kvalitetssystem samt

- Att dessa är kända av medarbetarna
- Att vi systematiskt arbetar med säkring, uppföljning och utveckling
- Att vi arbetar med att göra riskbedömningar och analyser av dessa
- Att händelserna diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret på Vasen för patientsäkerhetsarbetet

Kvalitetssamordnare

- Leder den lokala kvalitetsgruppen
- Sammanställer statistik och registrerar i kvalitetssystem
- Skriver protokoll efter varje kvalitetsråd

- Håller möte med kvalitetsombuden
- Är behjälplig i riskbedömningar

Sjuksköterska

- Gör den första bedömningen samt individuella åtgärder vid händelser/avvikelser och beslutar om verksamhetschef bör informeras omgående
- Gör riskbedömningar

Sjukgymnast

- Gör den första bedömningen samt individuella åtgärder vid händelser/avvikelser fall
- Gör riskbedömningar

Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/händelser. Den medarbetare och sjuksköterska/sjukgymnast som tar emot händelserapporten ansvarar att det dokumenteras i SoL respektive HSL journalen. En avvikelse skrivs direkt i Attendos kvalitetssystem ADD. Alla händelser kommer upp på kvalitetsmöte varje månad och resultatet av åtgärderna följs sedan upp månaden därefter. Samtliga händelser och åtgärder dokumenteras.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppkommen vård skada 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.

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 varje avdelning finns ett kvalitetsombud och denne ansvarar för att motivera kollegorna att varje månad även läsa protokollet från kvalitetsrådet samt signera att de läst.

På APT redovisas varje månad Kvalitetsindex.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Olika typer av händelser:

Läkemedelsavvikelser- Kan till exempel vara uteblivet läkemedel, ej signerat läkemedel och fel dos av läkemedel.

Fallavvikelser- alla typer av fall.

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. Återkoppling sker inom två helgfria arbetsdagar

Avvikelser i vårdkedjan: Internt eller externt, att det brustit i vårdkedjan. Vid externa avvikelser skriver verksamhetschef i blanketten ”Avvikelserrapport i vårdkedjan” och skickar den till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för vidare handläggning.

Avvikelsesrapport för läkarinsatser: Kan gälla bristande eller utebliven service som gäller läkarinsatser. Verksamhetschef fyller i blankett som snarast vidarebefordras till MAS.

Specifik omvårdnad/Rehabilitering: Kan gälla tex matning, rehabilitering, sondmatning mm

Trycksår: Var trycksåret uppkom, vilken grad av trycksår och placering.

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

Lex Maria: Om händelsen nått en viss styrka och bedöms som allvarlig kontaktar verksamhetschefen snarast Attendos MAS som gör en anmälan till Socialstyrelsen.

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
- Kvalitetsombud (en från varje våningsplan) eller representant från avdelningen.
- Sjuksköterska
- Verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef
- Sjukgymnast

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

Arbetsuppgifter:

Mötet där händelserapporterna behandlas hålls en gång per månad.

- Kvalitetssamordnaren är ordförande och håller i mötet.
- På mötet följs föregående månad upp och sedan är det genomgång av inkomna händelser under månaden. Varje händelse går igenom, anledning till händelsen, åtgärd på vad som kan göras för att det inte händer igen, vem som ansvarar för åtgärden samt när uppföljning skall ske.
- Förmedla förvärvade kunskaper vidare till alla medarbetare
- Det är den lokala kvalitetsgruppens ansvar att ständigt utifrån de inkomna händelserna skapa nya rutiner och säkerhet för brukarna.
- Vi skall arbeta med att kontinuerligt gå igenom våra rutiner samt uppdatera dem så fort något förändras
- Protokoll och statistik registreras efter varje möte av kvalitetssamordnare. Senaste den 8:e i varje månad skall protokoll och statistik vara klar i ADD.

Kvalitetssystem

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har Attendo skapat ett kvalitetssystem ADD. ADD är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter. De delar som 2014 mättes var:

- Händelser/avvikelser
- Särskilda händelser
- Brukarundersökningar
- Innovationer och projekt
- Egenkontroll
- Externa granskningar

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.

Nutrition: 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: status utifrån Norton skattningsskala, tryckavlastning (t.ex. antidecubitus madrass) och rätt näring och vätska, kontroll av hud kostym och arbetar med god inkontinensvård.

En säkrare hantering för utdelning av läkemedel på avdelningen gjordes under året med en läkemedelsansvarig per avdelning och dag som säkerhetsställer att läkemedlen är givna och signerade.

Vasen har under året jobbat med att förbättra arbetet med risk och händelseanalys och rapporterar in detta till kvalitetsavdelningen på Attendo. Som utgångspunkt har Socialstyrelsens metod för risk- och händelseanalys använts. 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

Verksamhetscheferna har gått 7,5 p ”Att förstå och leda utifrån den nationella värdegrunden för äldre” vid Uppsala Universitet.

Samtliga medarbetare har under året gått en tvådagars utbildning i nationell värdegrund samt haft planeringsdag där värderingar och etik har diskuterats. På APT varje månad finns värderingar som en punkt. Etik kort har använts under hösten som grupparbete.

69% av den fast anställda omsorgspersonalen är utbildande undersköterskor och de övriga är vårdbiträden. En specialistutbildad undersköterska-Silviasystrar finns på enheten. I företaget finns en utbildningsfond som innebär att om ett vårdbiträde utbildar sig till undersköterska så får undersköterskan 1500 kr i löneökning när utbildningen är klar. Detta för att motivera medarbetarna till att studera.

Under 2014 har tre vårdbiträden påbörjat sin vidareutbildning till undersköterska.

98% av omsorgspersonalen har gått en ergonomi och förflyttningsutbildning tillsammans med sjukgymnasten.

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

Rutiner

För att verksamheten skall vara patientsäker är det av yttersta vikt att ha väl fungerande rutiner. Under året har vi på varje APT tagit upp en eller flera rutiner. Rutinen går igenom och diskuteras. Detta är ett fortlöpande arbete för att hålla rutinerna uppdaterade och levande. Rutinen presenteras av en av vårdavdelningarna så att alla skall bli delaktiga.

Kvalitetsregister

Vi har under året registrerat dödsfall i Palliativa registret. Registrering i Senior Alert har inte kommit igång som planerat. I slutet på 2014 var sjuksköterskorna på en informationsträff om ovanstående. Målet är att börja registrera i Senior Alert 2015.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Vasens äldreboende har haft uppföljning både externt och internt och utifrån resultat och analys har handlingsplaner skapats.

Uppföljning genom egenkontroll:

- Jämförelse via Palliativa registret avseende antal registrerade avlidna
- Jämförelse via Öppna jämförelser
- Kvalitetsbarometern, brukarenkät genomförd 2014 av Socialstyrelsen
- Egenkontroll av bl.a. patientsäkerhetsarbetet, genomförd av Attendo, 2014 .
- Egen granskning av dokumentation i patientjournalssystemet Paraply/ Vodok .
- Avtalsuppföljning av Norrmalm sdf genomförd 4 gånger 2014
- Kvalitetsindex, företagets system, egen jämförelse varje månad samt med andra enheter inom Attendo.
- Dialogmöten med all personal avseende värderingar, attityder och förhållningssätt har genomförts på varje APT. Företagets värderingsverktyg används.
- Sjuksköterskorna följer varje vecka upp att läkemedel är givet och signerat av undersköterska.
- Egenkontroll av nattfasta utförd i februari och november på samtliga boende. Ett dygns mätning.
- Hygienrutiner gjordes samt kontroll av om rutinerna är kända och implementerade i arbetsgruppen.
- Sammanställning av synpunkter och klagomål gjordes efter årets slut och analys för att se om det fanns något gemensamt. Antalet synpunkter var under 2014 färre än föregående år.
- Verksamhetschefen har två gånger per år kontrollerat hygienföljsamheten, om medarbetarna följer de hygienrutiner som finns. Detta har gjorts vid morgonrapport samt vid APT.
- Varje kvartal lämnar sjuksköterskorna in blanketten Infektioner i särskilt boende. Verksamhetschefen sammanställer och rapporterar till intern MAS.

Samverkan

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

Vasen har sjuksköterska dygnet runt. Läkareorganisationen är Legevisitten. Rond sker en gång i veckan med läkaren, utöver detta kontaktas läkaren per telefon vid behov. Läkaren kan komma på hembesök andra dagar än rondens om behov finns. Vasen samverkar med Attendos medicinskt ansvariga sjuksköterska. Samtliga rutiner utgår från MAS riktlinjer. Verksamheten har en mycket bra kontakt med Norrmalms MAS.

Avtal med Vårdhygien

Stadsdelen har ett samarbetsavtal med avdelning Vårdhygien, Stockholms Läns Landsting gällande vårdhygienisk expertis. I avtalet ingår utbildning, hygienrund och rådgivning. Vasen har tillgång till kostnadsfri rådgivning avseende hygienfrågor vid utbrott av smittsamma sjukdomar. Flera kontakter har under året tagits med hygiensjuksköterskan. 2014 har 3 omvårdnadspersonal, hygienombud samt en sjuksköterska deltagit i hygienutbildning.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikbedömningar har ovan beskrivits. Risikanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en risk. En risikanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en brukare skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

En risikanalys 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 risikanalys genomgåts. Verksamhetschef och kvalitetsansvariga har gått utbildning i risk- och händelseanalys. Risk- och händelseanalyser rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis.

Rapporteringskyldighet

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

Samtliga medarbetare rapporterar risker för vårdskador samt händelser enligt vårt händelsehanteringssystem som ovan beskrivits. Verksamhetschef kontaktar inblandande omgående, informerar MAS samt regionchef och kvalitetsavdelning i Attendo. Regionchef utser en person att utreda händelsen och en händelseanalys och åtgärdsplan görs sedan. MAS gör en anmälan om Lex Maria till Socialstyrelsen vid behov.

Händelseanalysen och dess resultat skickas till Norrmalms 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 stadsdelen och till de berörda. En uppföljning görs sedan efter två veckor.

Varje månad sammanställer verksamhetschefen samtliga risker och händelser som skett. Statistik skickas till MAS. 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” samt verksamhetschef, regionchefs och VD telefonnummer.

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

När vi får klagomål eller synpunkter lyssnar vi utan att avbryta och försöker ta reda på vad som hänt och svarar på synpunkterna.

Kan medarbetaren inte svara hänvisar denne till sjuksköterska eller verksamhetschef/biträdande verksamhetschef.

Om synpunkt eller klagomål inkommer skriftligt kontaktas de inblandade snarast, men senast inom två helgfria arbetsdagar och försöker lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och tid för utvärdering skall ske inom 2 veckor. Om situationen ej 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.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Har beskrivits i texterna ovan.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Fyra gånger per år hålls ett brukarråd där representanter från avdelningarna deltar. Där har brukarna möjlighet att ta upp olika frågeställningar samt få information från Vasen.

Två gånger per år hålls ett närståendemöte på Vasen. Närstående bjuds in till enheten.

Varje vecka skriver verksamhetschefen ett verksamhetsblad. Där har verksamhetschefen möjlighet att informera om vård skador, Patientnämnden eller om Socialstyrelsens arbete.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Patientsäkerhetsarbete, händelser under 2014

Händelse/ Avvikelse	Vasen
Läkemedel/	187
Utebliven läkemedels dos	22
Fel läkemedels dos	3
Fått läkemedel vid fel tidpunkt	3
Utebliven signatur	159
Fall	39
Ingen skada	32
Lättare skada	5
Fraktur	2
Trycksår	3
Grad 2 ytlig epitelskada	2

Analys av händelser på Vasen: Antalet läkemedelsavvikelser har varit färre än föregående år.

Antalet fall utslaget per månad har under året varit fler än föregående år. Under 2014 startar ett fallpreventionsprojekt på Vasen.

Resultat externa och interna kontroller och jämförelser

- Vi har haft kvalitetsmöte en gång i månaden där har vi gått igenom alla avvikelser, synpunkter.
- Synpunkter och klagomål: Antalet klagomål har nästan halverats under året.
- Resultatet från apoteksgranskningen år 2013 var bland annat att vissa uppdateringar behövdes i rutinpärmen och att klockslag då telefonordination tas emot måste antecknas. Detta är åtgärdat. Vi kommer ha ny granskning under 2015.
- Palliativa registret: En jämförelse från föregående års förbättringsplan är gjord.
- Vid egenkontrollen i mars 2014 blev enheten inte godkänd. Förbättringsområden är främst inom HSL dokumentationen.
- Hygienföljksamhet: Medarbetarna på Vasen följer hygienrutinerna mycket bra. Uppföljning av basala hygienrutiner har gjorts regelbundet under året vilket har lett till en bättre följksamhet av rutinerna. Rätt arbetskläder och inga smycken. Vid det ena tillfället hade en person en ring på sig men blev tillsagd. Verksamhetschef har sedan följt upp följksamheten hos den personen med gott resultat.

Infektioner i särskilt boende

	2014 Antalet brukare 78 st
Antal boende m suprapubis urinkateter	1
Antal boende m urinkateter via urinröret	8
Fall av antibiotika behandling	
Pneumoni	2
UVI hos vårdtagare m suprapubisk urinkateter	0
UVI hos vårdtagare m urinkateter via urinröret	4
UVI hos vårdtagare utan kateter	20
Sårinfektion	4
Annan hud-o mjukdelsinfektion	3
Annan infektion	4
Utbrottsbenägna virusinfektioner	2
Virusorsakad magsjuka	16 nov.dec

Resultat HSL målen 2014

- HSL dokumentationen blev inte godkänd i egenkontrollen mars 2014
 - Riskbedömningar, fall, nutrition och trycksår: samtliga brukare har aktuella riskbedömningar gjorda inom två veckor.
 - Två trycksår uppkom på enheten trots förebyggande madrass och åtgärder.
 - Antalet läkemedelsavvikelser har minskat med mer än 9% under 2014
 - Uppnådde ej målet med att börja registrera i Senior Alert.
- **Resultatmått:**
 - Tryckskador: 3 st
 - Vård skador: 0
 - Vårdrelaterade infektioner: 0
 - Medicintekniska produkter:0

Övergripande Mål för kommande år

Målsättning 2015

Patientsäkerhetsarbetet mål 2015	Strategier 2015
Godkänd dokumentation HSL i egenkontroll 2015	Verksamhetschef uppdaterar rutinpärmerna årligen samt vid behov. Signeringslistan att medarbetaren har tagit del av rutiner. Genomgång av HSL-dokumentation av OAS.
Riskbedömningar för fallolyckor, tryckskador och nutrition vid inflyttning till äldreboendet samt vid förändring i hälsotillståndet och fallolyckor.	Schemalagda temamöten, rehab, omvårdnadspersonal samt ansvarig sjuksköterska träffas 1 ggr per månad för bedömning och åtgärder dokumenteras i

	Vodok.
Minska antalet läkemedelsavvikelser med minst 10%	Avdelningsmöte med ansvarig sjuksköterska 1 ggr/ månad där genomgång av alla läkemedelsavvikelser görs. Vc, ssk, omvårdnadspersonal Genomgång av delegering 2gg/ år av ssk
Öka närståendes delaktighet i den boendes vård. Skapa förtroende mellan närstående och personal. Nöjda brukare/ närstående	Arbeta med värderingsgrund, all personal får gå igenom webbaserade värdegrundutbildning. Kontakt med anhöriga minst 1 ggr/ månad av KP. Ansvarig ssk informerar närstående vid förändrat tillstånd m.m. Veckobrev till all närstående av verksamhetschef. Bjuda i närstående till gemensamma aktiviteter på Vasen 2-3 ggr/år
Att alla boende har en aktuell inkontinensutredning.	Följa rutinen att ansvarig sjuksköterska skall börja göra en utredning tillsammans med kp inom 3 dagar när den nya boende flyttar in. Utredning genomförs vid behov och dokumenteras i Vodok .
Registrering av alla dödsfall på äldreboendet i palliativa registret.	Registrering i palliativa registret 100 % av alla dödsfall.
Registrering av avvikelserapporter	Alla händelser ska registreras i ADD Kvalitetsmöte 1 ggr/ månad sjuksköterska, rehab samt verksamhetschef. Fortsätta utvecklingen att rapportera alla avvikelser.
Öka personalens följsamhet till basala hygienrutiner	Hygienutbildning planerat under 2015. Hygienkontroll på morgonrapport. Web-utbildning till samtlig personal.
Medarbetare utbildas i värderingar	Attendos värdegrund utbildning, Web utbildningar har planerats in till samtlig personal
Införa Qualid på alla avdelningar	Ansvarig sjuksköterska går igenom mätinstrumentet med kontaktpersonen. Därefter fyller kontaktpersonen i mallen 1 ggr/månad.
Börja registrera i Senior Alert	Under Q2 2015.
Inga trycksår på enheten	BMI på alla brukare var tredje månad Riskbedömningar fall, nutrition och trycksår inom 14 dagar vid inflyttning

--	--