

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE
RIO VÅRD-OCH OMSORGSBOENDE
ÅRET 2013

20140228

Skriven av Joseph Wikström leg. Sjuksköterska

Ansvarig: Camilla Grimsby Klein verksamhetschef

Inledning

Enligt Patientsäkerhetslagen SFS 2010: 659 ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I denna ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under förgående kalenderår. Det ska framgå vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. Enligt SOSFS 2011:9, som trädde i kraft 1 januari 2012, ska det i patientsäkerhetsberättelsen bland annat framgå hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga vårdskador. Slutligen ska även övergripande mål och strategier för kommande år redogöras.

Sammanfattning

Attendo AB har sedan flera år arbetat systematiskt med kvalitet och patientsäkerhetsfrågor. År 2013 karakteriserades av ett intensifierande av detta arbete inom hälso-och sjukvård. Attendo AB har under många år arbetat för att skapa säkra och effektiva rutiner. Detta arbete har skapat förutsättningar för en patientsäker och högkvalitativ vård. I syfte att fånga upp avvikelser/ händelser och skapa möjligheter för samtliga verksamheter till ett kontinuerligt förbättringsarbete, har stor kraft de senaste åren lagts ned på ett fungerande avvikelshanteringssystem. Ansvaret för patientsäkerheten är fördelat mellan verksamhetschef, MAS samt hälso-och sjukvårdspersonal. Vårdskador och tillbud följs upp kontinuerligt av MAS via verksamhetssystemet, vidare följs verksamheten upp via kvalitetsregister. Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av Attendos lokala kvalitetsarbete. Kvalitetsarbetet bedrivs på enheterna enligt de rutiner och riktlinjer som Attendo har. Arbetet är utformat så att enheten har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av kvalitetssamordnare, verksamhetschef, sjuksköterska och kvalitetsombud, vilka är representanter från de olika avdelningarna. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret på enheten för patientsäkerhets –och kvalitetsarbetet. All personal har skyldighet att skriva avvikelser/händelser. Statistik och minnesanteckningar skickas månatligen till kvalitets utvecklare i regionen. Protokollet innehåller kort beskrivning av händelserna, orsak, beslutande åtgärder.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits kontinuerligt på varje enhet. Avvikelser och risker finns med som en punkt på arbetsplatsträffar. Utbildning och handledning har skett framförallt via statliga stimulansmedel. Revidering av riktlinjer och rutiner sker kontinuerligt både i

Samverkan mellan landsting- kommun. Uppföljning via egenkontroller sker genom granskningar av verksamheten och jämförelser av tidigare års resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador har skett internt via tvärprofessionella team som deltar på vårdtagarmöten samt externt via samverkansgrupper och avtal med landstinget, apotek m.m.

Samverkan med brukare och närstående sker vid inflyttningen på det särskilda boendet. Information ges om de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Palliativa registret. Blankett för klagomål och synpunkter överlämnas till brukare och/eller närstående. Vid Lex Maria ärende ges alltid möjlighet för vårdtagare och/eller närstående att lämna synpunkter.

Övergripande mål och strategier

Rio vård- och omsorgsboende har som mål en hög patientsäkerhet där brukaren kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och vårdpersonalen arbetar för att minska vårdskador.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ger vårdgivaren ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och på så sätt förebygga vårdskador. Vårdgivaren ska utreda händelser, informera kunden snarast om vilka åtgärder man tänker vidta för att förhindra att liknande händelser ska inträffa igen. Vidare ska vårdgivaren underlätta för kund och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra dem till att inkomma med synpunkter. Attendo AB ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård-och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Brukaren ska inte komma till skada eller utsättas för risk för skada i vårdarbetet.

Attendo AB ska fylla myndighetens och avtalsparters krav, både företagets ledningssystem på övergripande nivå och lokala anpassningar till verksamhetens förutsättningar.

Chefer och medarbetare ska ha grundläggande kunskaper om kvalitet och patientsäkerhet.

Vi ska regelbundet sätta mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen.

All personal som arbetar utifrån Hälso-och sjukvårdslagen ska:

Arbeta följsamt till utarbetade HSL rutiner/riktlinjer.

Arbeta preventivt i syfte att förbygga vårdskador.

Arbeta för att öka brukarens och närståendes delaktighet i säkerhetsarbetet.

För att uppnå ovan krävs att samtlig personal använder rutiner och riktlinjer som ett levande dokument samt att rutiner och riktlinjer kontinuerligt ses över och revideras.

Preventionsarbete sker dagligen i allt vårdarbete.

Samtliga brukare erbjuds riskbedömning MNA, Norton Downton Fall Risk Index.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Varje medarbetare ska ges förutsättningar att kunna utföra sitt arbete på ett sådant sätt att god och säker vård kan ges. Vårdgivaren ska enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9) planera, leda, kontrollera, följa upp utvärdera och förbättra verksamheten.

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD på Attendo AB har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets-miljö och arbetsmiljörelaterade åtgärder inom regionen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med Attendo AB direktiv och gällande lagstiftning. Rapporterar till nämnd. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen ansvarar för att det inom företaget arbetas med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, fördjupade analyser inom patientsäkerhetsområdet, utvecklingsarbeten inom patientsäkerhetsområdet.

Verksamhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker hälso-och sjukvård. Ansvarar för att enheten systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer rutiner samt att avvikelser rapporteras. Ansvarar för att operativa och mätbara mål formuleras i enheten och för att målen nås. Ansvarar för att utfallen analyseras och att medarbetare delges resultatet samt att åtgärder initieras. Samverkar med övriga professioner.

MAS ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att kunden ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp, utveckla och utöva tillsyn över hälso- och sjukvården.

MAS samverkar med verksamhetschef i hälso- och sjukvårdsfrågor och arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen. MAS har även delegering från nämnd på att göra anmälningar enligt Lex Maria till Socialstyrelsen.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Alla medarbetare har kunskap om hur Attendo AB rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till verksamhetschefen som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med MAS/kvalitetsutvecklare. Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelse rapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag.

I patientsäkerhetsarbetet ska det finnas MAS/MAR regler och lokala skriftliga rutiner för att förebygga vårdskador. Syftet är att se till att:

Vårdtagarna får en god och säker vård som håller hög kvalitet.

Kommunens regler för hälso –och sjukvård följs.

Lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet.

Stimulera verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

MAS följer kontinuerligt alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, omvårdnaden utgående från hälso-och sjukvårdslagens bestämmelser. Andra hälso-och sjukvårdsindikationer som följs varje månad är hur många vårdtagare som har bytt vårdform, avlidit, trycksår, inkontinenshjälpmedel, apodos/dosett, ordinerade läkemedel och specifik omvårdnad.

MAS tar även in registrering av infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrotsbenägna virusinfektioner) som sedan redovisas till Vårdhygien.

Uppföljning av verksamheten sker även via Senior Alert (fall, trycksår, undernäring) och palliativa registret (vård i livets slut). Rapport kvartalsvis sker till sjuksköterskor på sjuksköterskemöte och sammanställning redovisas till MAS. Infektionsregistreringar dokumenteras varje månad och redovisas till MAS.

Läkemedelshanteringen granskas årligen av extern granskare (apotekare). Förbättringar utförs av läkemedelsansvarig sjuksköterska och redovisas till MAS.

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

Verksamhetsuppföljning

Enheten har under året följts upp av MAS både genom anmälda och oanmälda besök. Utefter MAS åtgärdsförslag återkopplar verksamheten med en handlingsplan som sedan följs upp av MAS utifrån tidsplan eller i samband med nästa uppföljning.

Infektionsregistrering

Samtliga enheter har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika behandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som sammanställs och skickas till Vårdhygien.

Pascal

Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av läkemedel som används för att ordinera DOS dispenserade läkemedel. Pascal har ersatt Apotekets-e-dos. Under året 2013 har sjuksköterskorna erhållit utbildning i Pascal verktyget.

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister där riskbedömningar som fall, nutrition och trycksår ska registreras. Några av enheterna har börjat registrera i registret.

Svenska palliativ registret

Samtliga avdelningar registrerar i Svenska palliativ registret. Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet.

Dokumentationsgenomgång

Genomgång av dokumentationsgranskningen har genomförts av MAS på samtliga avdelningar.

Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll är Attendo AB egen kvalitetsrevision och genomförs på samtliga enheter en gång per år. I egenkontrollen mäts den tekniska kvaliteten på verksamheten och att lokala rutiner och riktlinjer, lagar och förordningar efterföljs. Kraven i egenkontrollen är högt

uppsatta och för de delar som icke är godkända genomförs en åtgärdsplan som följs upp varje månad.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört uppföljningar och granskningar enligt nedanstående:

- Granskning av lokala HSL-rutiner.
- Granskning av HSL-dokumentationen.

HSL-rutiner och HSL dokumentationen fick ett godkänt resultat.

Hos samtliga brukare har riskbedömningarna MNA, Norton och Downton Fall Risk Index utförts, alla brukare som det föreligger risk gällande undernäring, trycksår eller fall har en utformad vårdplan och åtgärder. Vårdplanen följs upp var tredje månad. Nattfasteregistrering genomförs två gånger per år. Det finns rutiner för inkontinensutredningar och inkontinenshjälpmedel, det genomfördes en kvalitetssäkring av inkontinenshjälpmedel under det gångna året hos samtliga brukare. Kvalitetsgranskning av akut och buffertförråd samt brukarnas egna läkemedel har utförts av extern apotekare. Samtliga brukare har genomgått en årlig munhälsobedömning och bedömningen är dokumenterad i brukarens journal. Uppföljning av samtliga inträffade avvikelser har gjorts, sammanställning av inträffade avvikelser görs varje månad.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Tvärprofessionella team finns bestående av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal som samverkar vid varje kvalitetsmöte varje månad. Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadspersonalen kontinuerliga uppföljningar utifrån brukarens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. På Rio vård- och omsorgsboende träffas legitimerad personal och omvårdnadspersonal varje vecka på ett team möte för att diskutera frågor gällande alla våra brukare. Vid dessa möten finns möjlighet till planering och uppföljning av omvårdnadsåtgärder.

På Rio vård- och omsorgsboende finns sjuksköterska på plats dygnet runt.

På Rio vård- och omsorgsboende samarbetar vi med Oral Care för insatser som gäller nödvändig tandvård. Samarbetet fungerar bra och de tillhandahåller både tandhygienist-tjänster och tandläkarbesök.

Samverkan mellan MAS sker både lokalt, regionalt och centralt i Stockholms stad samt mellan entreprenörernas internmasar. MAS deltar också vid möten med äldreförvaltningen.

Landstinget ansvarar för läkarinsatserna i särskilda boenden. Insatserna ska utföras i samråd med brukare och närstående, när så är möjligt. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att brukare och närstående upplever vården som en helhet. Lokala rutiner för läkarorganisationen finns för Stockholmsgeriatriken. Samverkansmöten sker två gånger per år.

Risikanalyser

I Patientsäkerhetslagen har ett förtydligande skett angående vikten av preventionsarbete. Fortlöpande ska det göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra fara eller risk för fara. Detta ska ske genom tvärprofessionellt arbete, statistik, riskanalyser inom olika områden.

På Rio vård-och omsorgsboende diskuteras frågor som gäller säkerhet öppet på våra möten. Vi använder oss av våra bedömningsinstrument för att göra riskanalys angående säkerhet. Vi bedömer och åtgärdar utefter riskanalysen.

MAS har tagit in riskanalyser från verksamheten i samband med sommarplaneringen avseende legitimerad personal och vid organisationsförändringar. MAS har följt upp att man i verksamheten genomfört riskanalyser där behov funnits. Riskanalysgenomgång behöver aktivt utvecklas i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Enligt lokal rutin för avvikelshantering har legitimerad och övrig vårdpersonal skyldighet att rapportera avvikelser. Så fort omvårdnadspersonal får kännedom om avvikelser kontaktas sjuksköterska. Sjuksköterskan bedömer vilka åtgärder som måste vidtas omgående och dokumenterar i omvårdnadsjournalen och en händelserapport skrivs. Avvikelsen går till MAS som avgör om den kan hanteras i lokal avvikelshantering eller gå vidare till myndighet enligt lokal rutin anmälan enligt Lex Maria.

Alla händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelserapporteras i journalsystemet VODOK. Exempel på avvikelser kan vara fall, uteblivet läkemedel och trycksår. MAS tar emot alla avvikelser, följer upp och vid behov begär utredning för fortsatt handläggning.

Klagomål och synpunkter

Verksamhetschefen ansvarar för att klagomål och synpunkter åtgärdas, dokumenteras och följs upp på respektive enhet. Kopia på alla klagomål och synpunkter skickas till MAS som sammanställer och kategoriserar alla klagomål inom Vård och omsorg för att kunna se mönster eller trender. Rutin finns på att inkomna klagomål och synpunkter ska registreras, omhändertas, analyseras och återkopplas. MAS har varit delaktig i det ärende som inkommit till verksamheten under året och varit behjälplig i specifika frågor som rör hälso-och sjukvården. Klagomål som inkommer till MAS förmedlas till respektive verksamhetschef för att analyseras och åtgärdas i verksamheterna. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och återkopplas. Alla medarbetare har kunskap om Attendo AB hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Enligt lokal rutin har alla medarbetare inom vård och omsorg ansvar för att

de problem/klagomål som de får kännedom om dokumenteras på särskild blankett. Problemet/klagomålet åtgärdas om möjligt snarast av den som tagit emot klagomålet och blanketten med dokumenterad åtgärd lämnas till verksamhetschef som ansvarar för uppföljning och utvärdering på arbetsplatsen. Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt och även anonymt. Verksamhetschef säkerställer att enheten undersöker orsakerna till klagomålet och att dessa åtgärdas så att klagomålet inte uppstår igen. Verksamhetschef säkerställer att brukaren får återkoppling. Verksamhetschef tar upp alla klagomål på arbetsplatsträffarna och kvalitetsrådet. Lokala rutiner, arbetssätt och metoder revideras.

Inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden och Socialstyrelsen diarieförs centralt i förvaltningen. Utredning och analys sker och eventuella åtgärder vidtas i samverkan med brukare, närstående och personalgrupp. Återkoppling sker alltid skriftligt.

Sammanställning och analys

Lokala kvalitetsrådet, utifrån ledningssystemet för HSL och SoL, går systematiskt igenom resultaten av egenkontroller, avvikelser och riskrapporter, klagomål som inkommer. Dessa sammanställs till ledningsgruppen och kvalitetsrådet som analyserar och föreslår/ beslutar om åtgärder. På Rio vård-och omsorgsboende följer verksamhetschefen upp varje vecka och tas upp en sammanställning på månadens avvikelser vid kvalitetsrådet. Inkomna klagomål och synpunkter som kommer direkt till MAS utreds, analyseras och återkopplas till ansvarig chef.. Samtliga klagomål har hanterats.

Samverkan med patienter och närstående

På Rio vård-och omsorgsboende är vi mycket lyhörda för våra brukare och närståendes önskemål och behov. Vårdplaneringar håller vi med brukare, närstående och kontaktperson samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid förändringar i det allmänna tillståndet hos våra brukare eller medicinändringar så kontaktar alltid tjänstgörande sjuksköterska närstående. För att säkerställa att brukare och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet anordnas anhöringmöte och /eller anhörigråd på verksamheten.

Rio vård-och omsorgsboende arbetar med närståenderåd och närståendeträffar enligt Attendo AB riktlinjer. Kvartalsbrev som innehåller aktuell information om aktiviteter, personal, råd skrivs och skickas hem till närstående fyra ggr/år. Vidare genomförs årliga brukarenkäter för att få kännedom vad brukarna anser om vårt arbete ur olika aspekter.

Resultat

Läkemedelsavvikelser

Avvikelser som berör läkemedelshanteringen är ett område som verksamheten rapporterar frekvent. Orsaker till läkemedelsavvikelser är exempelvis: Otydliga läkemedelsordinationer, bristande kontroll vid administrering av läkemedel, otydlig ansvarsfördelning och/eller bristande kommunikation. Läkemedelsavvikelser/övriga avvikelser enligt hälso- och sjukvården ligger på samma nivå som 2013

Fall

Falltillbud - Brukaren har fallit eller glidit ur stol och hjälps upp av omvårdnadspersonal. Rapport sker till sjuksköterska.

Lindrig skada — Brukaren har fallit eller glidit ur stol. Sjuksköterska tillkallas som gör bedömning

Allvarlig skada — Brukaren har fallit eller glidit ur stol. Sjuksköterska tillkallas som gör bedömning att läkare måste tillfrågas. Kan leda till endast läkarbedömning, röntgen, besök på vårdcentral eller inläggning på sjukhus.

Antalet fall har inte minskat under 2013

Lex Maria

Ingen Lex Maria anmälan har gjorts under 2013

Kvalitetsregister

Senior Alert

Gemensamma mål för Senior alert (riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning av fall, undernäring och trycksår)

Fallprevention, undernäring och trycksår har en stark koppling till varandra. Registret är en del i att koppla ihop dessa tre områden på ett strukturerat sätt. Registret erbjuder möjligheter att utveckla nya arbetssätt samt stärka säkerheten i vård och omsorg samt att alla arbetar enligt samma modell.

- Samtliga riskbedömningar skall vara registrerade i Senior alert i slutet 2013

Detta mål är icke uppfyllt.

Gemensamma mål för palliativ vård. God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut är en viktig del av vård och omsorgsarbetet och utgör ett av de nationella målen för äldreomsorgen. Palliativa registret har tillkommit för att förbättra vården i livets slutskede. Genom att delta i registret måste personalen anpassa sitt arbetssätt och via registren kommer kunskapen om vårdens resultat att bli synliga. Möjligheten att jämföra den egna verksamhetens resultat över tid kommer att finnas men också att jämföra sig med andra verksamheter.

- Täckningsgrad: Samtliga avlidna under 2013 ska registreras i registret.

44% av de avlidna är registrerade i palliativa registret under 2013

Vård och omsorg om personer med demenssjukdom

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom är de första nationella riktlinjerna inom området. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder för personer med demenssjukdom. En arbetsgrupp har av ledningsgruppen fått uppdraget att utifrån nämndens mål, de nationella och lokala riktlinjerna för demenssjukdomar ta fram förvaltningsövergripande riktlinjer för demensvården. Samtliga brukare på demensenheten har en dokumenterad bemötandeplan som utformats av Silviasyster och kontaktperson. Ett förbättringsarbete i Famna värdegrund påbörjades hösten 2012 där förekomsten och möjliga orsaker till uppkomsten av BPSD-symptom undersöktes, projektet genomförs i samarbete med Kampementet vård- och omsorgsboende och i gruppen ingår Silviasyster, sjuksköterska, arbetsterapeut och undersköterska. Arbetsgruppen har under 2013 fortsatt att arbeta med uppdraget och använt BPSD registret som ett arbetsmaterial.

Måloppfyllelse utifrån Patientsäkerhetsberättelse 2013:

Journaldokumentationen har fortfarande behov av förbättringar. Individuella vårdplaner knutna till delegerade insatser behöver förbättras. Kollegial granskning har påbörjats. Godkänd HSL dokumentation i egenkontroll 2013.

Fallolyckorna har inte reducerats.

Egenkontroller har gjorts centralt, både genom oanmälda besök och genom intern revision och journalgranskning.

All personal ska ha genomgått förflyttningsutbildning.

All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i Basala hygienrutiner

Resultat:

Alla händelser med risk för eller inträffad vård skada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen.

Resultat: Enheten registrerar avvikelser rörande läkemedel och fall i avvikelsemodulen.

Uppkomna trycksår på enheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen.

Resultat: Under 2013 har trycksår inte registrerats i avvikelsemodulen.

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras för samtliga brukare.

Resultat: Läkemedelsgenomgång för samtliga brukare har genomförts tillsammans med läkare från Stockholmsgeriatriken.

Verksamheten registrerar i kvalitetsregistret Senior Alert och Palliativa registret. Syftet är att kvalitetssäkra arbetet utifrån fall, undernäring och trycksår samt vård i livets slutskede.

Resultat: Verksamheten har påbörjat registrering i Palliativa registret samt Senior Alert.

Fortbildning/ utbildning

Av de med demensdiagnos så drabbas cirka 90 procent någon gång av BPSD. Tanken är att man registrerar och ser över vilken vård/arbetsätt som kan lindra symptomen för personen. Utbildning av verksamhetschef, två sjuksköterskor och två undersköterskor genomfördes i februari 2013. Dessa är behöriga att registrera i BPSD. Krav har uppkommit att inte registrera demenssjuka i register varför BPSD används som arbetsmetod utan registrering

Övergripande mål och strategier för kommande år**Mål**

1. Inga brukare ska få trycksår.
2. Minska antalet fall.
3. Minska antalet brukare med undernäring.
4. Minska antalet vårdrelaterade infektioner.
5. Alla brukare ska få den läkemedelsbehandling de behöver.
6. Fortsatt systematiskt arbete i nationella kvalitetsregistren.
7. Fortsatt utbildning i dokumentation och avvikelshantering.

Strategier

Riskbedömningar och åtgärder för trycksår genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande.

Uppkomna trycksår på verksamheten ska rapporteras som en avvikelse i avvikelsemodulen

Riskbedömningar och åtgärder för fall genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande

Riskbedömningar och åtgärder för undernäring genomförs enligt rutinerna för den äldres hälsa och välbefinnande

Alla händelser med risk för eller inträffad vård skada gällande läkemedel eller fall ska vara rapporterade i avvikelsemodulen

All personal ska ha genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning och arbeta enligt basala hygienrutiner

Hygiensköterska inbjudas för undervisning till samtlig personal

Läkemedelsgenomgångar genomförs enligt gällande regelbok

Öka användning och uppföljning i Senior Alert och Palliativa registret samt börja arbeta med åtgärdsplaner och jämförelser

Verksamheten erbjuds utbildningar/föreläsningar gällande vård i livets slutskede

Fortsätta att arbeta med att alla på verksamheten ska vara välutbildade i dokumentation i både journal och avvikelshantering. Utveckla dokumentationen ytterligare genom stöd i form av gemensamma genomgångar av granskade journaler

