



**Stockholms
stad**

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År
2015

Datum och ansvarig för innehållet

2015-01-04 Petra Nilsson

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	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Risikanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	11
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	14

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

Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende är ett boende med 128 vårdplatser för personer över 65 år som har somatisk sjukdom eller demenssjukdom. 40 platser har inriktning somatisk sjukdom och 88 platser har inriktning demenssjukdom.

Verksamhetens mål har varit att bedriva vård och omsorg så att den uppfyller kraven på patientsäker vård.

Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende drevs på entreprenad av Vardaga på uppdrag från Stockholms Stad t.om 2015-09-30. 2015-10-01 tog Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning över driften av verksamheten.

Detta innebar mindre organisatoriska förändringar ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, den största förändringen var hur vi inom Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende rapporterar avvikelser samt arbetar vidare med dem. Under tiden Vardag drev verksamheten användes ett elektroniskt system att skriva in avvikelser i samt arbeta vidare med dem, Q-maxit. Efter övertagandet till Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning började omvårdandspersonal skriva avvikelser för hand på en speciell framtagen blankett för ändamålet och all hälso- och sjukvårdspersonal skriva avvikelser i Vodok.

Oavsett hur vi rapporterat avvikelser under 2015, har vi aktivt arbetat med att förbättra vår avvikelshantering och strukturen kring den. Gällande rapportera brister och förebygga tillbud i vård och omsorg: ex. läkemedelshantering, fallolyckor, vårdhygien, informationsöverföring och kommunikation. Under året som gått har vi haft ett kvalitetsråd som träffats en gång i månaden och gått igenom de avvikelser som kommit in och gjort handlingsplaner vid behov. Under året 2015 har ingen händelse föranlett anmäla enligt Lex Maria eller Lex Sarah.

Verksamhetsåret har präglats av att verka för ett ökat samarbete mellan de olika professionerna, framförallt för att ta till vara på den kompetens som finns inom verksamheten så att de äldre får del av den. Inom Fruängsgårdens vård och omsorgsboende arbetar vi utifrån teammöten, under teammötet träffas alla professioner för att gå igenom de boende mer grundligt och upprätta samt revidera omvårdnadsplaner och genomförandeplaner. Under 2015 har vi skapat förutsättningar för att alla professioner ska kunna träffas med regelbundenhet, en gång i veckan per våningsplan och frigjort tid för dessa möten.

Vi har börjat registrera alla boende i Senior Alert och Palliativa registret för att förbättra vårt förebyggande arbete beträffande nutrition, trycksår och fall samt hitta de områden vi varit mindre bra på angående vård i livets slut

Under 2015 har Vodoks struktur förändrats, vilket medfört att all hälso- och sjukvårdspersonal ska dokumentera utifrån ICF. I praktiken har det inneburit att alla boendes hälso- och sjukvårdsjournaler har gått igenom och reviderats utifrån ICF. Nu har vi en mer strukturerad dokumentation, där vi lättare kan följa den enskildes hälso- och sjukvårdsprocesser.

Alla synpunkter och klagomål från boende och närstående har tagits på största allvar. Verksamhetschefen/Enhetschefen har haft som målsättning att återkoppla inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet. Alla framförda synpunkter/klagomål har behandlats i kvalitetsrådet även om åtgärder är vidtagna och på arbetsplatsträffar har synpunkterna tagits upp, både positiva och negativa, för att ge möjligheten att lära av varandra.

Övergripande mål och strategier

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

Vårt mål för 2015 har varit att bedriva säker vård och omsorg av hög kvalitet, som uppfyller de krav och mål som gäller enligt HSL, Patientsäkerhetslagen, SoL och andra för verksamheten gällande lagar och föreskrifter. Den vård- och omsorg vi ger ska motsvara och helst överträffar de boendes, närståendes och uppdragsgivares förväntningar. Vi ska vara öppna med eventuella misstag, lära av misstagen och uppmuntra till att rapportera avvikelser och att alltid ”tänka ”risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete byggt på tydliga rutiner och policys, mätbara mål i verksamhetsplan, regelbunden uppföljning genom att följa olika kvalitetsindikatorer. Därtill behövs en väl fungerade mötesstruktur inom verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Utifrån att Vardaga ansvarat för verksamheten under årets första nio månader så beskriver jag här nedan Vardagas organisatoriska struktur angående ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

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.

I de fall Vardaga har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar Vardagas MAS för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. När

kommunen ansvarar för MAS funktion efterlevs kommunens riktlinjer. Där Vardaga inte ansvarar för MAS funktionen är det företags kvalitetsutvecklare som följer upp verksamhetens kvalitet.

MAS upprättar och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. 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 legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Verksamhetschefen har god kunskap om verksamheten och svarar på frågorna i egenkontrollen. Vid osäkerhet görs kontroll och vissa frågor lyfts i möten med HSL-personal. Vid delvis eller ej uppfyllt jobbar vi med frågan i förbättringsloggen.

De legitimerade medarbetarnas ansvar är att följa upp att rutiner följs, lokala som företagsövergripande och rapportera till verksamhetschef vid brister. Avvikelse rapporteras i Q-maxit.

Omvårdnadspersonal utför vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegering och ska följa de rutiner som finns samt rapportera avvikelser i Q-maxit.

Från och med 151001 följer vi Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltnings struktur beträffande organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare hade kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser var, jag har under årets tre sista månader gått igenom hur vi nu ska rapportera avvikelse när vi inte längre kan göra det i Q-maxit. Vilket innebär att från och med 151001 ska omvårdnadspersonal rapportera avvikelse via en blankett som är framtagen specifikt för ändamålet och sedan överlämna den till sjuksköterska. Sjuksköterskan för sedan in avvikelsen i Vodok samt skriver in sina bedömningar och åtgärder. Avvikelse som bedöms att inte vara en hälso- och sjukvårdsavvikelse lämnas vidare till Bitr. Enhetschef alternativt Enhetschef.

All personal har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms/bedömdes som allvarlig rapporteras detta till enhetschef/verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till

överordnad chef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS/kvalitetsutvecklare. Samma rutin följs för ev. inrapporterade vårdskador.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens/enhetschefens forum för att systematiskt arbeta med det ständiga förbättringsarbetet och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

Kvalitetsrådet träffas en gång i månaden. Deltagare är verksamhetschef/enhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Avvikelse, klagomål/synpunkter och förbättringsförslag går igenom och vid behov uppdateras eller nya rutiner införs. Resultaten från inspektioner går igenom och åtgärdsplaner upprättas.

Riskbedömningar enligt det systematiska arbetsmiljöarbetet är uppdaterade hos samtliga boende.

Vid inflyttning erbjuds alla äldre, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas, dock minst två gånger/år.

Besiktning av liftar och sängar har gjorts.

Strukturen för uppföljning/utvärdering av patientsäkerhetsarbetet har efter 151001 sett ungefär likadan ut som den gjorde de första nio månaderna. Med undantag av att avvikelserapporteringen har förändrats. Från och med 2015-10-01 rapporterar omvårdandspersonal avvikelser skriftligen på en blankett avsedd för ändamålet och hälso- och sjukvårdspersonal skriver hälso- och sjukvårdsavvikelse i Vodok. Enhetschef rapporterar allvarliga avvikelser direkt till Hägersten-Liljeholmens Mas samt avdelningschef.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Delar av nedanstående text härleds till hur vi arbetade under årets första nio månader men då vi i praktiken arbetat på ett liknade sätt under hela året men inte rapporterat avvikelser och förbättringsarbeten i Q-maxit, de tre senaste månaderna så har jag slagit samman texten för 2015

MAS har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner,

blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

MAS har genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Nya riktlinjer och rutiner från MAS tas upp på möten med legitimerad personal. Kvalitetsindikatorer rapporteras varje månad till MAS och uppdragsgivare. Infektionsstatistik följs upp och rapporteras kvartalsvis till MAS.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa.

Samtliga boende har registrerats i Senior Alert där samtycke fanns samt i Palliativa registret. Vi har deltagit i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår i Senior Alert.

Som om en följd av MRSA spridning 2013 fortsatte vi under 2015 med 2014 års arbete med att höja kunskapen om basala hygienrutiner hos medarbetarna. Det har varit en stående punkt på APT under 2015 och gruppchefer, enhetschef samt verksamhetschef har påmint personal direkt när de inte följt de basala hygienrutinerna. All personal har åter fått göra den Webbaserade hygienutbildningen från Stockholms läns landsting. Förbättringar har skett men det finns fortfarande områden att arbeta med.

MRSA spårning har varit negativ under 2015 och utifrån det behöver vi inte längre smittspåra enligt smittskyddsinstitutet.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa.

Apoteket har gjort en granskning i februari med ett fåtal påpekanden som vi rättat till.

Miljö och hälsa har gjort en inspektion 2015, utan anmärkningar

Under 2015 har vi stängt alla gamla journaler, då de inte följde ICF:s struktur
Vi skrev och öppnade nya hälso- och sjukvårdsjournaler som är skrivna utifrån ICF

Vi registrerar inte i BPSD-registret.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontrollen för 2015 gjordes i maj och bestod av ett stort antal frågor som besvarades av verksamhetschef tillsammans med legitimerad personal, gruppchefer och enhetschef. Frågorna besvarades i Q-maxit, IT-stödet för ledningssystemet Qualimax som Vardaga arbetar med. Utifrån resultatet skrevs sedan handlingsplaner.

Syftet med egenkontrollen var att identifiera områden för förbättringsarbeten i verksamheten. Utifrån egenkontrollen dokumenterades allt förbättringsarbete löpande i förbättringsloggen, som är en del av Q-maxit. Egenkontrollen

utgör bl.a. underlag för MAS/kvalitetsutvecklaren inför tillsyn.

Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån ett hälso- och sjukvårds perspektiv. Tillsyn är en kontroll av efterlevnad av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

Förbättringsåtgärder från egenkontroll och granskning har tagits upp på möten med legitimerad personal och i ledningsgruppen för Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende, för förtydligande av rutiner eller utarbetande av nya rutiner. Dessa protokollförs och följs upp på senare möten.

Resultatet av egenkontrollerna togs upp på APT samt vidtagna åtgärder utifrån den.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

MAS/kvalitetsutvecklaren har haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

På Fruängsgården finns ett samverkansavtal med Team Äldredoktorn som ansvarar för läkarinsatserna dygnet runt.

Ansvarig läkare är Dr Rachel Gille.

Läkaren är på Fruängsgården två dagar/vecka, måndag och torsdag.

Övrig tid ansvarar jourhavande läkare på Team Äldredoktorn.

Samverkan med uppdragsgivare

Verksamhetschef (och Vardags Mas i vissa fall) har under året haft samverkan med Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning då man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

Under mars månad hade vi ett uppföljningsmöte där Vardaga och Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning var representerade.

I och med övertagandeprocessen hade Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning och Vardag regelbundna möten för samverkan och säkerställande av hälso- och sjukvård i samband med övergången.

Vid verksamhetsövergången 151001 till Hägersten-Liljeholmes Stadsdelsförvaltning från Vardaga var stadsdelsförvaltningens Mas Agneta Blomkvist med för att säkerställa hälso- och sjukvården vid övergången samt var ett stöd till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar har gjorts av legitimerad personal gällande nutrition, fall, munhälsa, trycksår, psykisk status, förflyttning, hjälpmedelsbehov och ADL i samband med inflytt av ny boende och sedan regelbundet, minst en gång per år. Har den legitimerade personalen upptäckt risk eller behov av t.ex. hjälpmedel har omvårdnadsplan upprättats och åtgärder utförts utifrån ordinerade omvårdnadsåtgärder. Tyvärr har vi inte alltid dokumenterat våra riskanalyser både i Vodok och Senior Alert.

Vid varje avvikelse som registrerats i Q-maxit har en riskanalys gjorts. Den som skrivit in avvikelsen i Q-maxit har registrerat hur stor skada den äldre fått eller hur stor risken för skada den äldre varit utsatt för i och med den avvikelsen samt hur troligt det är att avvikelsen händer igen. När vi slutade skriva avvikelser i Q-maxit fortsatte vi med riskanalyser av avvikelser på den framtagna avvikelseblanketten.

Under året som gått har vi kontrollerat medicintekniska produkter regelbundet, gjort brandskyddskontroller varje månad samt gjort egenkontroll av livsmedelshygien.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Med avvikelse menas allt som avviker från fastställda rutiner, kvalitetspolicy och intentioner, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, klagomål från den äldre eller dess närstående, avvikelser i läkemedelshantering och fall. Med avvikelse menas vidare händelser som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för boende t.ex. brister i information mellan olika vårdgivare i och utanför verksamheten, vårdplanering, felbehandling, närståendekontakter o.s.v. Alla medarbetare hade kunskap om hur Vardagas rutin för rapportering av avvikelser, var och en hade skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Efter 151001 har alla medarbetare fått kunskap i hur vi efter övergången arbetar med rapportering av avvikelse samt vilka direkta åtgärder de ska vidta. När en avvikelse bedömdes/bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef/enhetschef som i sin tur tog/tar ställning om information

till överordnad chef och ska ske. Innan övergången till Liljehomens stadsdelfrövaltning tog verksamhetschef även ställning till om information skulle ges till uppdragsgivare. Om det var/är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta så fort som möjligt till MAS/kvalitetsutvecklare samt verksamhetschefer/enhetschefer närmsta chef.

Avvikelse rapporterades i Q-maxit av all personal till och med 150930. Alla registrerade avvikelser togs upp i kvalitetsrådet för reflektion och diskussion och eventuellt förtydligande, revidering eller skapande av ny rutin. Vid mer allvarliga avvikelser hämtas skriftliga redogörelser från alla inblandade om vad som hänt innan beslut om hur vi skulle gå vidare. Inga avvikelser har lett till anmälan om Lex Sarah eller Lex Maria under året som gått.

Från och med 151001 i och med övertagandet till Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning har rutinen ändrats beträffande rapportering angående avvikelser för omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Från och med 151001 skriver omvårdnadspersonal avvikelser skriftligen på framtagna blanketter, där även en riskbedömning ingår och lämnar sedan den skriftliga avvikelsen vidare till legitimerad personal som i sin tur avgör om Enhetschef ska informeras, beroende på avvikelserns karaktär. Bedöms avvikelserna som akut rapporteras de omgående till enhetschef. De hälso- och sjukvårdsavvikelser som är skrivna av omvårdnadspersonal, förs sedan in i Vodok av hälso- och sjukvårdspersonal, upptäcker legitimerad personal en avvikelse skriver de in avvikelsen direkt i Vodok om avvikelserna handlar om hälso- och sjukvård. De skrivna avvikelserna lämnas sedan till enhetschef, enhetschef går även in i Vodok och läser avvikelser.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare hade kunskap om Vardagas hantering av synpunkter och klagomål och alla var ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Detsamma gäller nu när Hägersten-Liljeholmens Stadsdelsförvaltningen driver verksamheten. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

De flesta synpunkter eller klagomål lämnas muntligen på de helgsammankomster som gruppledarna har på våningen de ansvarar för, ca en

gång var femte vecka. I vissa fall har telefonkontakt tagits med verksamhetschef eller/och enhetschef för att framföra klagomål eller förslag till förbättring. Inga klagomål har lämnats skriftligen under år 2015. Alla synpunkter och klagomål togs emot omedelbart och dokumenterades i Q-maxit fram till 150930. Nu dokumenteras dessa på en speciell framtagen blankett. I förekommande fall tas det upp i kvalitetsrådet för att delge varandra och diskutera förbättringsförslag. Beroende av klagomålets art kontaktas närstående för att erbjuda ett möte för att reda ut det som klagomålet handlar om.

Från och med 151001 har vi arbetat utifrån samma princip förutom att synpunkter och klagomål inte registrerats i Q-maxit.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

I ett långsiktigt kvalitetsarbete utgörs grunden för arbetet, av ett konstruktivt sätt att sammanställa klagomål, synpunkter eller andra rapporter för att åtgärda och/eller upptäcka eventuella brister i verksamheten.

De flesta inkomna klagomål från närstående har handlat om deras möjlighet att träffa läkaren. Sjuksköterska kan endast framföra önskemålet från närstående att de vill ha kontakt med läkare men råar inte över den tid som läkaren har till sitt förfogande för verksamheten eller hens prioriteringar. Vi har fört en diskussion både i sjuksköterskegruppen och tillsammans med enhetschefen för Team Äldredoktorn och ansvarig läkare på Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende angående orsaken till de inkomna klagomålen. En orsak kan vara höga förväntningar på läkarens tillgänglighet för närstående i verksamheten. Team Äldredoktors enhetschef kommer att närvara vid nästa närståendemöte och informera om dras uppdrag vid äldreboenden.

Boende och närstående har haft synpunkter och klagomål över maten, vilket är en betydelsefull del i den boende hälsa och trivsel. Personalen har lagt ett stort engagemang i måltidssituationen men vi har inte lyckats nå ut till de närstående med förändringsarbetet.

I och med övertagandet har vi fått fler positiva synpunkter angående smaken på maten än tidigare.

Närstående och boende har vid några tillfällen haft klagomål på bemötande från personal och att det är svårt att förstå vad personal säger eller att personal inte förstår vad de närstående säger, bristande kommunikation.

Vi har fått ett klagomål från närstående om brist på aktiviteter.

Dessa klagomål är också i linje med de resultat som framkommer i brukarundersökningen som gjorts 2015 och vi kommer arbeta aktivt med de områden vi har fått klagomål på under 2016.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

När den äldre flyttar in erbjuds den boende att delta i ett välkomstsamtal för att upprätta en genomförandeplan och en eventuell omvårdnadsplan som ska beskriva den boendes vård och omsorg över dygnet. Önskar den äldre att närstående ska närvarande, bjuder vi även in hen till välkomstsamtalet. Uppföljning av pågående insatser sker två gånger om året och närstående erbjuds att delta om den boende så önskar.

För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljning av dessa tillsammans med patient och/eller närstående. Det är den äldres önskemål som styr den närståendes närvaro vid dessa möten. Har den äldre haft legal företrädare har denna tillfrågats om hen vill närvara.

Vi har haft kontinuerliga närståendeträffar under 2015. Dels för att informera om vad som händer på Fruängsgården men också ge information om övertagandet från Vardaga till Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning. Under dessa möten har närstående och boende haft möjlighet att framföra förbättringsförslag, synpunkter och klagomål. Boende/närstående har fått sju informationsbrev under 2015, där jag informerat om vad som hänt på Fruängsgården och vad vi planerat angående kommande aktiviteter.

Vardaga har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende från Vardagas verksamheter. Likaså kan den äldre och hens närstående vända sig till Stockholms Stads Äldredirekt med sina synpunkter och klagomål som i sin tur kontaktar den verksamhet det gäller med de inkomna synpunkterna och ev. klagomålen.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

- Den största andelen inkomna avvikelser är att boende faller i olika situationer. Alla fall följs upp av legitimerad personal för att säkerställa att alla åtgärder som kan vidtas är gjorda. Omständigheter som försvårar för att förhindra fall är regelverket kring skydds- och begränsningsåtgärder samt bristande kunskap hos omvårdnadspersonal om vad de kan göra för att förhindra fall. Ibland står den äldre på höga doser smärtstillande och lugnande läkemedel som gör att risken för fall ökar. Det är därför viktigt med regelbundna läkemedelsgenomgångar och reflektion från sjuksköterskorna över de ordinerade läkemedlen och en gemensam dialog med patientansvarig läkare.

Under 2015 har vi haft ca 300 fall, ca 48 % av alla avvikelser. Av dessa fall har 7 lett till fraktur, 15 till annan skada.

- Den andra stora gruppen avvikelser handlar om läkemedel, sammanlagt ca 115 stycken. Avvikelserna handlar om boende som inte fått ordinerat läkemedel eller att den boende har fått sitt ordinerade läkemedel men den som gav läkemedlet inte signerat det på signeringslistan för läkemedel. Hur många egentliga avvikelser som skett under året och om de är registrerade under rätt rubrik är svårt att kontrollera. Jag misstänker att vi har en del felregistreringar angående läkemedelsavvikelse och att vissa avvikelser beträffande läkemedel inte är registrerade. Allt som allt har vi haft 115 avvikelser angående läkemedelshantering, jämfört med förra året är det betydligt fler. Det kan bero på att antalet fler omvårdnadspersonal kunde dokumentera avvikelser i Q-maxit jämfört med 2014 samt att vi arbetat aktivt med att få all personal att skriva avvikelser. Jag tror fortfarande att mörketalet är stort beträffande glömda signeringar av läkemedel.
- Under 2015 har 112 boende fått en fördjupad läkemedelsgenomgång.
- 3 boende har haft diagnostiserad MRSA på Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende. Vi har inte haft någon smittspridning av vårdrelaterade infektioner under 2015.
- Vi har under året haft 10 boende med trycksår, sex av dem har uppkommit på annan plats, fyra trycksår har uppkommit på Fruängsgården, trots att förebyggande åtgärder varit ordinerade och utförda. Vi arbetar aktivt med trycksårsförebyggande åtgärder så som ordinationer av luftväxlande madrass, lägesförändringsschema och andra trycksårsförebyggande åtgärder.
- Vi har inte haft några boende som fått vårdskador på Fruängsgården under 2015.
- Under 2015 har åtta personer gått en grundläggande omvårdnadsutbildning och blivit klara undersköterskor.

Generellt angående registreringar av avvikelser finns det oftast ett stort mörkertal utifrån att personal inte kan skriva avvikelser eller inte vågar. Jag tror Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende inte är ett undantag. Under 2015 har vi arbetat aktivt med få så många som möjligt i personalgruppen att skriva avvikelser via handledning och motivering till varför de ska skriva avvikelser. Vi har under 2015 sett en ökning av skrivna avvikelser jämfört med 2014. Under årets tre sista månader sjönk antalet registrerade avvikelser kraftigt, jag tror det beror på övertagandet från Vardaga till Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning. I och med övertagandet ändrades avvikelserregistreringen och i början var det otydligt hur vi skulle registrera avvikelser, sedan tar det alltid en tid för all personal att lära sig nya rutiner, Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende är inte ett undantag.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Vi ska minska antal *läkemedelsavvikelser* genom att förbättra strukturen i läkemedelshanteringen. Vid avvikelser från en och samma person erbjuda utbildning och/eller dra in en eventuell delegering.
- Vi ska minska antalet uppkomna trycksår på Fruängsgården till noll genom att arbeta ännu mer med trycksårsförebyggande åtgärder och öka kunskapen hos omvårdnadspersonalen beträffande betydelsen av att de trycksårsförebyggande åtgärderna utförs.
- Vi ska öka kunskapen hos omvårdnadspersonal om vad som kan orsaka fall och därigenom minskar antalet fall för de boende.
- Under år 2016 ska vi fortsätta arbetet med att sprida kunskap och ytterligare medvetenhet i personalgruppen om vikten av att vara uppmärksam på och rapportera risker, tillbud och avvikelser. Vi kommer att fokusera på vad och hur personalen ska rapportera avvikelser.
- Vi ska vidareutveckla vår struktur kring *individuella riskbedömningar*, 90% ska vara dokumenterade i Vodok. Arbetet med Senior Alert och Palliativa registret kommer att fortsätta
- Vi kommer att ytterligare stärka samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna för att förbättra information och kommunikation. Detta är en ständig pågående process och en fråga som alltid står i fokus
- Vi ska vidareutveckla dokumentationen utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och de förändringar som görs i journalsystemet Vodok.
- Alla boende på Fruängsgården ska få en fördjupad läkemedelsgenomgång,
- Vi ska förbättra vårt arbete med vård i livets slut. 90% av alla boende på Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende som blir diagnostiserad av en läkare att de är i vård vid livets slut, ska få en skriven omvårdningsplan.

Vårt absoluta mål är att arbeta mot en nollvision vad gäller HSL-avvikelser med risk för vårdskada eller vårdskada. Med ett systematiskt kvalitetsarbete tror vi att målet kan nås.

