

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse Vasens vård- och omsorgsboende ÅR 2015

Datum och ansvarig för innehållet:
2016-01-10
Gabiella Rodling, verksamhetschef
Shila Yasdani, verksamhetschef
Vasens vård- och omsorgsboende, Attendo Sverige AB

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Riskanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Hantering av klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	12
Samverkan med patienter och närstående	12
Resultat	13
Övergripande mål och strategier för kommande år	14

Sammanfattning:

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 §

Vasens 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 somatiska och 40 platser är demensboende. Verksamhetschef Gabriella Rodling har ansvar för demensenheten och verksamhetschef Shila Yasdani har ansvar för somatiken.

På Vasen arbetar förutom verksamhetschefer även omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast samt biträdande verksamhetschef som ett team. Vi arbetar aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. En Silviasyster är anställd på 100%. Denne handleder omvårdnadspersonalen på demensavdelningarna, håller i reflektionsmöten etc. Trivselvärdinnan arbetar med aktiviteter och trivsel för våra brukare. Varje dag, även under helgerna då en från omvårdnadspersonalen håller i det, har vi café på entréplan. Till detta café är även utomstående välkomna till. Andra aktiviteter som sker är bland annat allsång, promenader, blomskötsel, bingo, högläsning, musikunderhållning, chokladprovning etc. Vi har även samarbete med förskolan.

Fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för rehabiliteringsinsatser, hjälpmedelsutprovning/uppföljning samt anpassade gruppaktiviteter och individuella aktiviteter för våra brukare. De handleder även personal och utbildar personalen i förflyttningsteknik.

Under 2015 har vi arbetat aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. All personal på demensenheterna har genomgått webb-utbildning i Demens-ABC och i Demens-ABC plus.

Arbetet med registrering i nationella kvalitetsregister har fortsatt, kvalitetsregister som används nu på Vasen är Senior Alert, BPSD och Palliativaregistret.

BPSD registret (beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom) används på enheter som vårdar demenssjuka för att kunna ge en bättre vård i demenssjukdom.

Vi har haft granskning av läkemedelshantering på alla avdelningar. Granskning av den basala hygien på alla enheterna. Granskning av upprättade vårdplaner för brukare med skyddsåtgärder.

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras snarast inom två arbetsdagar och återkoppling sker senast efter fjorton dagar. Boende och anhöriga görs delaktiga i det arbetet. Personalen rapporterar risker, tillbud och allvarliga händelser vilket gör det möjligt att förebygga vårdskador.

Alla avvikelser registreras i verksamhetssystemet ADD och alla medarbetare har skyldighet att rapportera. Samtliga medarbetare har bidragit i patientsäkerhetsarbetet bl.a. genom rapportering av risker, händelserapporter och negativa tillbud.

Verksamheten arbetar för en god samverkan med andra vårdgivare, stadsdelen och läkarorganisationen samt närstående.

Egenkontroll görs inom ett flertal områden, bland annat genom dokumentationsgranskning,

SoL och HSL. 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.

Övergripande mål och strategier

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

Målet med patientsäkerhetsarbete är att ge en god och säker vård. Skapa hög kvalitet för att förebygga vårdskador. I detta är ett fungerande kvalitetsarbete en förutsättning. All medarbetare skall känna till vårt kvalitetsarbete. De konkreta målen är att:

- Säker läkemedelshantering
- En god personlig och säker vård och omvårdnad
- Säkra vårdprocesser, minskade vårdrelaterade infektioner
- Arbeta med måltidsmiljön och observationer
- Ha nöjda brukare och närstående
- Brukare som har behov av inkontinenshjälpmedel ska få dessa individuellt utprovade
- Riskbedömningar och förebyggande åtgärder på samtliga brukare inom två veckor från inflyttning till Vasen
- Vårdtagare ska ges en god vård i livets slut.
- Få en godkänd HSL dokumentation i egenkontrollen

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs på Vasen enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo och i samverkan med MAS. Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, följa upp och utveckla den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas inom ramen för ledningssystemet. Verksamhetschef ansvarar för att verksamheten svarar upp mot kraven som medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschef har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 8 februari upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS/MAR ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

All hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut) har ett eget yrkesansvar för att arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet. De ska aktivt delta i förbättringsarbetet.

Vasen har en intern MAS/ kvalitetsansvarig sjuksköterska som granskar verksamheten.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso-och sjukvårdsuppgifter ansvarar för att arbetet ska utföras enligt lagar och rutiner som finns i verksamheten. Varje medarbetare är skyldig att skriva händelserapporter samt att risker identifieras och rapporteras.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

All medarbetare ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser och tillbud i Attendos kvalitetssystem ADD. Det finns riktlinjer utformade av verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska för hur händelseprocessen ska genomföras. Vårdskador mäts genom uppföljning av inkomna avvikelser på kvalitetsmöte en gång i månaden.

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.

Användningen av befintliga kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativ-registret medverkar också till att patientsäkerhetsrisker identifieras

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p

För att uppnå en ökad patientsäkerhet och minska risken för vårdskador har patientsäkerhetsarbetet bedrivits och åtgärder vidtagits enligt följande:

Kvalitetsarbete (Händelsehantering)

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 2015 mättes var:

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

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs enligt avtal av apotekare från Apoteket Hjärtat vartannat år. Kvalitetsgranskningen genomförs av apotekare som ett kvalitetsmöte tillsammans med vårdpersonal, ansvarig sjuksköterska. Vid varje granskningstillfälle upprättas en åtgärdsplan som skickas in till apotekare och medicinskt ansvarig sjuksköterska inom 14 dagar och följs sedan upp vid nästa granskningstillfälle. Alla sjuksköterskor ansvarar för att det finns lokala skriftliga rutiner för läkemedelshantering som revideras varje år och rutinerna diskuteras vid granskningen. Alla avvikelser gällande läkemedelshantering granskas

Nattfastemätning

Mätning av nattfastan har gjorts sedan 2012, två gånger per år mäter man nattfastan på äldreboenden. Nattfasteformulär delas ut till kostombud. Mätningen görs på en bestämd dag och man registrerar tidpunkt när kvällsmål/middag intogs och om något nattmål eller tidigt morgonmål har intagits och om det har erbjudits men tackat nej. Med nattfasta menas tiden mellan en dags sista mål och följande dags första mål, det vill säga tiden under natten då en person inte äter eller dricker någonting som ger energi (kalorier). Nattfastan bör ej överstiga 11 timmar.

Senior Alert

Registret är till för att identifiera, förebygga och åtgärda risk för fall, undernäring, trycksår samt upptäcka ohälsa i munhålan. Utbildning av HSL personal som ska registrera i Senior Alert har utförts under året.

Palliativ registret

Registrering av palliativ vård har fortsatt under 2015, särskilt fokus har lagts på brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsobedömning och erbjudande om ordinerade injektioner mot ångest. I samverkan med läkarorganisationen Legevisitten har förbättringar skett i följsamhet till rutinerna kring brytpunktssamtal och läkemedelsordinationer vid vård i livets slut. Detta i syfte att ge den enskilde och närstående trygghet i den svåra situationen.

LCP

Vasen är ansluten till LCP. Två sjuksköterskor har gått introduktionsutbildning på Stockholms sjukhem. Vi har god palliativ omvårdnad, följer gällande riktlinjer och har ett gott samarbete med läkarorganisationen.

Delegering

Delegering av vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter sker till omvårdnadspersonal med kompetens i arbetsuppgiften enligt lokala riktlinjer framtagna av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Revidering och utveckling av kunskapsmaterial och frågeunderlag för delegeringsmoment har fortasatt under 2015.

Riskbedömningar

Riskbedömningar, fallrisk, trycksår och nutrition görs på alla senast 14 dagar efter inflyttning.

BMI görs inom 14 dagar från inflytt eller tidigare vid uppenbart behov. Detta dokumenteras i Vodok och en hälsoplan upprättas vid behov. Sedan görs ett BMI var tredje månad eller oftare 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.

Vasen har under året jobbat med att förbättra arbetet med risk- och händelseanalys och rapporterar in detta till kvalitetsavdelningen på Attendo. Händelseanalys genomförs på alla allvarligare händelser.

Dokumentation

Vi dokumenterar såväl inom HSL som inom SoL i digitala dokumentationssystem, Vodok/ ParaSoL. Fortsatt utveckling av dokumentation enligt ICF pågår under 2016.

Kompetenshöjning utifrån behov som svarar mot de krav som ställs på verksamheten och för fördjupade kunskaper inom respektive yrkesområdet. I samverkan med vuxenutbildning har ett antal medarbetare validerat och utbildats till undersköterska

100% av omsorgspersonalen har genomgått ergonomi- och förflyttningsutbildning.

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.

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 2015 av Socialstyrelsen
- Egen granskning av dokumentation patientjournalssystemet Paraply/ Vodok genomförd av Attendos kvalitetsavdelning 2 ggr/år.
- Apotekgranskning, kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Avtalsuppföljning av Norrmalm sdf genomförd två gånger per år
- Kvalitetsindex, företagets system, egen jämförelse varje månad samt med andra enheter inom Attendo.
- Årlig kontroll och service vid behov av alla vårdsängar och lyftar
- Livsmedelskontroll 1 ggr/år.
- Dialogmöten med all personal avseende värderingar, attityder och förhållningssätt har genomförts på varje APT. Företagets värderingsverktyg används.
- Egenkontroll av nattfasta utfört i februari och december på samtliga boende. Ett dygns mätning.
- Hygienrutiner gjordes samt kontroll av om rutinerna är kända och implementerade i arbetsgruppen.

- Månadsanalys av avvikelser HSL (fall, sår och läkemedel), samt klagomål och synpunkter
- Sammanställning av synpunkter och klagomål gjordes efter årets slut och analys för att se om det fanns något gemensamt
- 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 MAS.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- **Läkarorganisation**
Vasen har sjuksköterska dygnet runt. Läkarorganisationen 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 ronden 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.
- Vårdplanering två gånger per år med boende och närstående
- HSL möte en gång per vecka
- Teammöte med ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal en gång per månad
- Samverkan med sjukhus genom överrapportering vid inflyttning och sjukhusvistelse
- Samverkan med Norrmalms MAS, anhörigkonsult, demenssjuksköterka, biståndshandläggare, dokumentations Paraply ansvarig
- Avtal med Flexident gällande munhälsa och tandvård
- Avtal med Vårdhygien. Stadsdelen har ett samarbetsavtal med avdelning Vårdhygien, Stockholms Läns Landsting gällande vårdhygienisk expertis. I avtalet ingår utbildning, hygienrond och rådgivning. Vasen har tillgång till kostnadsfri rådgivning avseende hygienfrågor vid utbrott av smittsamma sjukdomar. Flera kontakter har under året tagits med hygiensjuksköterskan. 2015 har 3 omvårdnadspersonal, hygienombud samt en sjuksköterska deltagit i hygienutbildning,
- Samverkan med fotvård
- **Samverkan med brukare och närstående.** Två gånger per år hålls ett närståendemöte på Vasen. Närstående bjuds in till enheten.
- Fyra gånger per år hålls ett brukarråd där representanter från avdelningarna deltar. Där har brukarna möjlighet att ta upp olika frågeställningar samt få information om Vasen.
- Varje vecka skriver verksamhetschefen ett verksamhetsblad. Där har verksamhetschefen möjlighet att informera om vårdskador, Patientnämnden eller om Socialstyrelsens arbete.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

En **risakanalys** genomförs *i samband med inflyttning*. Riskanalysen syftar till att identifiera avvikelser med tillhörande risker och att sätta in förebyggande åtgärder.

Exempel på riskanalyser som vi gör är:

Riskbedömningar i brukarens hem i samband med inflytt

Riskbedömningar vid förändringar av vårdtagarens status

Trycksårsbedömning

Fallriskbedömning

Nutritionsbedömning

Risakanalyser i samband med ny insatta läkemedel

Risakanalyser i samband med begränsningsåtgärder

Riskbedömningar i samband med organisations och verksamhetsförändringar

Risakanalyser vid ändrade rutiner

Riskbedömning efter förändringar i vårdtyngden

Riskbedömningar vid utmanande beteenden

Ny teknik

Hot och våld

Riskbedömning görs sedan löpande av sjuksköterskan i samråd med kontaktperson, arbetsterapeut och fysioterapeut vid förändringar i vårdtagarens allmäntillstånd. Vi gör riskbedömningar kring arbetsmiljön i den enskildes hem, där vi bl.a. granskar eventuella risker med möblering m.m.

Risakanalyser görs i samband med förändringar av processer och verksamheter, införande av nya arbetssätt samt i de risker som upptäcks genom avvikelse- och klagomålshanteringen.

Under 2015 har två riskanalyser genomförts. Den ena genomfördes inför sommarbemanningen på Vasen för sjuksköterskor med anledning av svårigheter att få tag på semestervikarierande sjuksköterskor. Samt omorganisation av en verksamhetschef som har tagit tjänstledig i november.

Rapporteringskyldighet

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

Det finns rutiner att samtliga medarbetare rapporterar risker för vårdskador samt händelser enligt vårt händelsehanteringsystem som ovan beskrivits. Skyldigheten att anmäla ett missförhållande informeras vid nyanställning samt på APT. Vid allvarlig händelse kontaktar verksamhetschef de inblandande omgående, informerar MAS, regionchef samt kvalitetsavdelningen i Attendo. Regionchef utser en extern person som utreder händelsen och en händelseanalys och åtgärdsplan upprättas.. MAS gör en anmälan om Lex Maria till Socialstyrelsen vid behov.

Händelseanalysen och dess resultat 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.

Synpunkter och klagomål

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

Klagomål och synpunkter

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 verksamhetschefs, regionchefs och VD:ns 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. Vi ser inget mönster i de klagomål som inkommit 2015 som visar brister i verksamhetens rutiner när det gäller kvalitet.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Under 2015 har det inkommit sju stycken klagomål. Det har varit synpunkter på omvårdnad, bristande information, bemötande och larm. Ett klagomålsärande har gått till IVO.

Vi tar alla klagomål på största allvar och arbetar aktivt för att förebygga dessa händer igen.

Under 2015 har inga särskilda- eller allvarliga händelser inträffat på Attendo Vasen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid varje inflytt genomförs en vårdplanering där den boende och deras anhöriga deltar tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson samt arbetsterapeut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktar närstående vid varje förändring av hälsotillståndet. Kontaktmannen har samtal minst en gång per månad med anhöriga och träffar den boende nästan dagligen. Särskilda informationsmöten arrangeras minst två gånger per år. Veckobrev skickas via mejl till närstående. Närstående bjuds också in till våra löpande aktiviteter såsom fredagsfika, olika uppträdanden, bingo, sångstunder etc.

Infektionsregistreringar

Resultaten gällande nya fall som krävt antibiotikabehandling ser ut enligt följande på Vasen:

Antibiotikabehandlade infektioner vid Vasens vård- och omsorgsboende plan 1-4				
	73 boende	76boende	77 boende	76boende
	Kvartal 1 mars 2015	Kvartal /maj 2015	Kvartal sep2015	Kvartal 4 Dec 2015
Lunginflammation	8	0	0	2
Urinvägsinfektion hos vårdtagare med kateter	1	0	0	0
Urinvägsinfektion hos vårdtagare utan kateter	11	11	8	7
Sårinfektion	5	5	4	6
Annan hud- och mjukdelsinfektion	3	2	0	1
Clostridium difficile- diarré	0	0	0	0
Annan infektion	1	0	0	1
Influensa	5	0	0	0

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.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultat externa och interna kontroller och jämförelser

- Vi har haft kvalitetsmöte en gång i månaden där har vi gått igenom samtliga händelserapporter samt synpunkter.
- Synpunkter och klagomål: Antalet klagomål har nästan halverats under året.
- Resultatet från apoteksgranskningen år 2015 var att brytningsdatum på salvor, flytande läkemedel ska antecknas. Detta är åtgärdat. Ny granskning kommer ske under 2017.
- Palliativa registret: En jämförelse från föregående års förbättringsplan är gjord.
- Vid egenkontrollen i mars 2015 blev HSL godkänd. Förbättringsområden är främst inom HSL dokumentationen.
- Hygienföljksamhet: Medarbetarna på Vasen följer hygienrutinerna mycket bra. Vi har haft hygienutbildning för samtlig personal vid två tillfällen under 2015. Uppföljning av basala hygienrutiner har gjorts regelbundet under året vilket har lett till en bättre följksamhet av rutinerna. Rätt arbetskläder och inga smycken.
- Vi har haft oanmält besök av Hälsonämnden som utförde livsmedelskontroll. På denna kontroll blev vi godkända.

Undernäring

Ingen avvikelse har registrerats kring undernäring. Av de 78 gjorda riskbedömningarna fanns det risk för undernäring i genomsnitt 46 st. av bedömningarna och i 100 % av dessa sattes förebyggande åtgärder in.

Munhälsa

Av de 78 gjorda riskbedömningarna fanns det risk för ohälsa i munhålan i 78 st. av bedömningarna och i 100 % av dessa sattes förebyggande åtgärder in.

Fallavvikelser

Totalt 94 fall har inträffat för 78 personer och sju av fallen orsakade en fraktur. Av de 78 gjorda riskbedömningarna fanns det risk för fall i 55 st. av bedömningarna och i 100 % av dessa sattes förebyggande åtgärder in. De flesta fallen har skett på demensenheten trots förebyggande åtgärder.

Resultatmått:

- Tryckskador: 5 st
- Vård skador: 0
- Vårdrelaterade infektioner: 0
- Medicintekniska produkter:

Övergripande mål och strategier för kommande år, 2016

Målsättning 2016

Patientsäkerhetsarbetet mål 2016	Strategier 2016
Godkänd dokumentation HSL i egenkontroll 2016	Verksamhetschef uppdaterar rutinparmen 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 teammöten, rehab, omvårdnadspersonal samt ansvarig sjuksköterska träffas 1 ggr per månad för bedömning och åtgärder dokumenteras i Vodok.
Minska antalet läkemedelsavvikelser.	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 samtliga närstående från verksamhetschef. Bjuda in närstående till gemensamma aktiviteter på Vasen minst 2-3 ggr/år.
Att samtliga boende har en aktuell inkontinensutredning.	Följa rutinen att ansvarig sjuksköterska skall börja göra en utredning tillsammans med kp inom 3 dagar efter den nya boende flyttat 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 2016. Hygienkontroll på morgonrapport. Webb-utbildning till samtlig personal.
Medarbetare utbildas i värderingar	Attendos värdegrundutbildning, webb-

	utbildningar har planerats in till samtlig personal
Fortsatt arbete med registrera i Senior Alert	Q2, 2016 ska samtlig omvårdnadsansvariga sjuksköterskor ha registret sina brukare i senior alert.
Inga trycksår på enheten	BMI på alla brukare var tredje månad Riskbedömningar fall, nutrition och trycksår inom 14 dagar vid inflyttning