



Attendo Ängsö

Patientsäkerhetsberättelse År 2015

Datum och ansvarig för innehållet

20160209 Kristin Fjällström

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 | 5 |
| Uppföljning genom egenkontroll | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 6 |
| Riskanalys | 7 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet | 7 |
| Hantering av klagomål och synpunkter | 7 |
| Sammanställning och analys | 7 |
| Samverkan med patienter och närstående | 8 |
| Resultat | 9 |
| Övergripande mål och strategier för kommande år | 9 |

Sammanfattning.

- Riskbedömningar gällande nutrition, trycksårsbedömning, munhälsobedömning och fallriskbedömning sker fortlöpande vare 3:e månad och vid behov. Vårdplan finns upprättad för samtliga brukare där risk föreligger och följs kontinuerligt upp av vårdteamet. Åtgärder kontrolleras regelbundet att de följs av ordinerande sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Registrering sker i Senior Alert för de som gett sitt samtycke till detta.
- Målet för 2015 var att minska antalet brukare som står på sederande läkemedel, läkemedelsgång har skett på samtliga enligt rutin och alla läkemedel har god indikation.
- Egenkontroll av verksamheten sker en gång per år. Resultatet för 2015 var godkänt för HSL. I egenkontrollen ingår patientsäkerheten. Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Riskbedömning i brukarens hemmiljö och allmänna utrymmen utreds kontinuerligt. Riskbedömningar skall utredas, åtgärdas, handlingsplan skall upprättas och följas upp regelbundet.
- Händelser ses och hanteras som en viktig del av verksamhetens kvalitetsarbete. Händelser skrivs i Attendos händelsehanteringssystem Add och tas upp på kvalitetsmöten 1ggr/månad. Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Synpunkter och klagomål från brukare och närstående hanteras omgående och följs regelbundet upp på APT, i ledningsgruppen och på teammöten. Ej inkommit några klagomål under 2015.
- Ängsö strävar efter följsamhet i kontaktmannskapet och i hela vårdteamet vilket innebär att varje brukare har en namngiven kontaktman och omvårdnads ansvarig sjuksköterska, som tillsammans med brukare och närstående om så önskas upprättar en genomförandeplan. Vårdplanering hålls regelbundet, men minst 1ggr/år.

Övergripande mål och strategier

- Rutiner för verksamheten baserade på aktuell lagstiftning och på Attendos riktlinjer för kvalitet.
- Lokalt kvalitetsarbete med månatligt möte
- Kvalitetsindex
- Medarbetarsamtal och uppföljning av enskilda medarbetares resultat i arbetet
- Månadsrapportering till central kvalitetsavdelning
- Tydligt arbete med hantering av synpunkter och klagomål
- Tydligt arbete med riskbedömningar ur ett brukarperspektiv
- Årlig egenkontroll som utförs av kvalitetsavdelningen
- Intern verifiering av verksamhetschef
- Systematiska uppföljningar och utvärderingar av arbetet som utförs på Attendo Ängsö
- Ständig återkoppling av de olika aspekterna av verksamheten till samtliga medarbetare
- Tydlig styrning och månadsuppföljning inom områdena kvalitet, kund/närstående, ekonomi, medarbetare, värderingsarbete och arbetsmiljö
- Årliga medarbetare-, brukare- och kundundersökningar
- Samverkan i olika forum.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

VC, BVC/sjuksköterska, en samordnare, en arbetsterapeut och en fysioterapeut bildar verksamhetens ledningsgrupp som träffas en gång i månaden. I ledningsgruppen diskuteras verksamhetsutveckling, strategiska frågor, görs uppföljningar av olika undersökningar, värderingsarbete och aktuella problemställningar.

Ledningsgruppen medverkar i verksamhetens olika grupper: Kvalitetsgruppen, kostgruppen, aktivitetsgruppen, miljögruppen och arbetsmiljörådet.

Egenkontrollen utförs årligen på Attendo Ängsö av den centrala kvalitetsavdelning. Vid denna granskning mäts den tekniska kvalitet som finns i verksamheten. I denna ingår också den lokala verifiering som görs så ofta som det behövs för att säkra verksamhetens kvalitet eller minst 1 ggr/år

På verksamheten ingår tex. jämförelse med liknande verksamheter, resultaten med tidigare resultat, brukar/kundundersökningar, journalgranskning, synpunkter från kunder brukare eller närstående. Se separat rutin för verifiering av kvalitetssystemet

Struktur för uppföljning/utvärdering

I vår verksamhet pågår ett ständigt arbete för följa upp och utvärdera faktorer för att identifierade processer och rutiner ständigt förbättras. Systematiken uppnås genom tex kvalitetsgruppens månatliga möten, uppföljning av mål för både verksamhet och enskild medarbetare och genom att följa dessa resultat över tid. Att via tex. Palliativa registret jämföra våra resultat med andra verksamheter. Likaså att ständigt följa våra nyckeltal inom olika områden är viktiga parametrar för hur vi ska prioritera och arbeta vidare framåt.

Varje månad går kvalitetsgruppen igenom registrerade händelser. Beskriv hur vårdskador mäts och hur beslutade åtgärder för ökad patientsäkerhet följs upp.

Beskriv struktur för uppföljning/utvärdering kopplat till mål och strategier.

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

Projekt för verksamheten har varit ”det friska åldrandet”, att ta vara på det friska och bibehålla funktioner så länge som möjligt. Inom ramen för projektet har studiecirkel hållits där man diskuterat patientsäkerhet, kvalitet i vården, bemötande, regelbundna Qualid mätningar har genomförts och värderingar.

Fortlöpande riskbedömningar, interna och externa kontroller.

Fallpreventivt arbete sker kontinuerligt med stöd av arbetsterapeut och fysioterapeut.

2 dödsfall har skett inom verksamheten 2015, båda är registrerad i Palliativa registret. Statistik ur registret har hämtats för att förbättra vården i livets slut. Resultat visar att vården vid livets slut är av god kvalitet, men att det finns förbättringsområden.

Alla yrkeskategorier inom verksamheten skall sträva efter att erbjuda absolut bästa vårdkvalitet till våra brukare och dennes närstående under den sista tiden i livet. Vårdplanering skall hållas i mån av tid och vårdplan skall upprättas där det tydligt skall framgå brukarens önskemål om sin sista tid i livet. Brukaren skall vara befriad från fysisk, psykisk och själslig oro. Närstående skall erbjudas stöd. Efterlevande samtal skall erbjudas närstående.

Se bifogat dokument.

Uppföljning genom egenkontroll

- Jämförelser i Senior Alert och Palliativa registret sker som ett led i vårt förbättringsarbete. Sammanställningar tas ut och en analys görs i vilka områden, utifrån statistiken, som behöver förbättras.
- Jämförelser med andra verksamheter och landet som helhet sker.
- Externa granskningar- resultaten i externa granskningar och kontroller från kommuner och Socialstyrelsen.
- Särskilda händelser- rapporteras inom verksamheten som Lex Sarah eller Lex Maria.
- Händelsehantering- händelser rapporteras in och det skall finnas åtgärdsplan och uppföljning sker regelbundet.
- Riskanalyser- risker mäts och analyseras för en tryggare omsorg för den enskilde.
- Genomförandeplan/vårdplan- alla personer i äldreomsorgen ska ha en uppdaterad genomförandeplan som ligger till grund för hur omsorgen och hälso- och sjukvården utformas.
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat på stadens hälso- och sjukvårdsindikatorer.
- Brukarundersökning, genom en enkät får alla kunder ange hur nöjda de är med omsorgen. Materialet granskas sedan och jämförs med andra liknande verksamheter.
- Intern och extern journalgranskning sker regelbundet. Senaste granskningen 2015 var Hälso- och sjukvårds dokumentation inte godkänd vid egen kontrollen.
- Regelbunden genomgång av inkomna synpunkter och klagomål, händelser och avvikelser för att upptäcka brister och risker inom verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

För hela verksamheten har vi extern samverkan med stadsdelens MAS, MAR och biståndshandläggare. För de brukare som bor inom verksamheten och som har listat sig hos Legevisitten sker samverkan med olika vårdinstanser via landstinget var vid brukarna har vårdkontakt eller remitterats till. Intern samverkan i form av HSL-möte 2gångar/år.

Extern samverkan sker med olika företag som funktionskontrollerar medicintekniska produkter och hjälpmedel.

Riskanalys

Regelbunden genomgång av fastighet och eventuella risker i vårdmoment och närmiljö sker av kvalitetsgruppen och i vårdteamet och vid vårdplaneringsmöten. Riskanalyser finns samlat i en pärm på expeditionen som är lätt för alla att ta del av. Där riskföreligger skall vårdplan upprättas av sjuksköterska.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL trädde i kraft den 1 januari 2011(ersätter den tidigare lagen 1998:531 om yrkesverksamhet på hälso-och sjukvårdens område, LYHS) .

Enligt lagen är all hälso-och sjukvårdspersonal skyldiga att

- ge patienten individuellt anpassad information,
- ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ
- medverka till att patienter med livshotade eller annan särskilt allvarlig sjukdom eller skada får en förnyad medicinsk bedömning om det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet

Medarbetarna rapporterar händelser som har betydelse för säkerheten för brukarna via händelserapporteringen i Add. Verksamhetschefen får del av händelserapporterna omgående. Vid allvarlig vårdskada kontaktar verksamhetschefen regionchefen och kvalitetsavdelningen för utredning enligt Lex Maria eller Lex Sarah. Detta ser samma dag, senast inom 3 dagar.

Placerande nämnd, extern MAS och biståndshandläggare informeras samt anhöriga

Inga allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga har rapporterats och utretts enligt Lex Maria eller Lex Sarah

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

På Attendo Ängsö vill vi att de personer som framför synpunkter eller klagomål känner att de blir lyssnade på och tagna på allvar. Vi vill skapa en öppen dialog för att förbättra vårt arbete. Synpunkter och klagomål lämnas av den som mottagit det till sjuksköterska eller verksamhetschef.

Bedöms synpunkten/klagomålet som en särskild händelse följs rutin för särskilda händelser. Övriga muntliga och skriftliga synpunkter och klagomål följas enligt:

- Vidta åtgärder för förbättring/förändring/utveckling
- Följa upp resultatet av åtgärderna
- Dokumentera dessa
- Återkoppla till den som har lämnat synpunkt/klagomål. Återkoppling ska ske inom 48 timmar.
- Om synpunkt/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärden förs frågan vidare till Attendos kvalitetsavdelning.

Sammanställning och analys

Synpunkterna/klagomålen analyseras regelbundet på kvalitetsmöten den månad det inkommit.

Varje år görs en sammanställning och skriftlig analys av inkomna synpunkter och klagomål. Analysen dokumenteras i kvalitetsberättelsen. Där analysen visar på brister i verksamheten tas en åtgärdsplan fram.

Samverkan med patienter och närstående

För att skapa en god och säker vård och omsorg samt skapa goda kontakter och kvalitetssäkra vården för de brukare som vistas inom enheten har vi välkomstsamtal då brukaren flyttar till verksamheten, detta följs sedan upp med kontinuerliga vårdplaneringsmöten där brukare och om så önskas närstående och vårdteamet tillsammans kan identifiera risker och planera omvårdnaden.

Daglig samverkan med brukare sker inom verksamheten, närstående kontaktas efter önskemål och då samtycke är inhämtat.

Resultat

Strukturmått 91% av omvårdnadspersonalen är utbildade undersköterskor eller vårdbiträden, utav dessa är 75% undersköterskor. Utbildning har skett inom ergonomi, ”det friska åldrandet”, fallprevention, munvårdsbedömning med mera. Fortsatt kompetenshöjning för personalen fortsätter under kommande år.

Processmått för 100% av brukarna på Attendo Ängsö har regelbunden riskbedömning skett under 2015, 100% av brukarna där risk föreligger har en upprättad vårdplan. 100% av brukarna har en namngiven kontaktman och har tillsammans med denna upprättat en genomförandeplan. Riskanalys sker fortlöpande inom verksamheten. Kvartalsrapport gällande delegering skickas till MAS. Apoteket granskar läkemedelshanteringen vartannat år..

Resultatmått årsrapport för 2015 visar på att 1 brukare har trycksår, 1 brukare har erhållit vårdrelaterad infektion.

Måluppfyllelse att minska sederande läkemedel under 2015, har skett genom årliga läkemedelsgenomgångar.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete med olika kvalitets register (Senior Alert, Palliativa registret) för att förbättra vården inom verksamheten.
- Fortsatt arbete med riskbedömningar och riskanalyser för att förbättra patientsäkerheten och minska risken för vårdskada och ohälsa.

Bilaga 1

Mål:

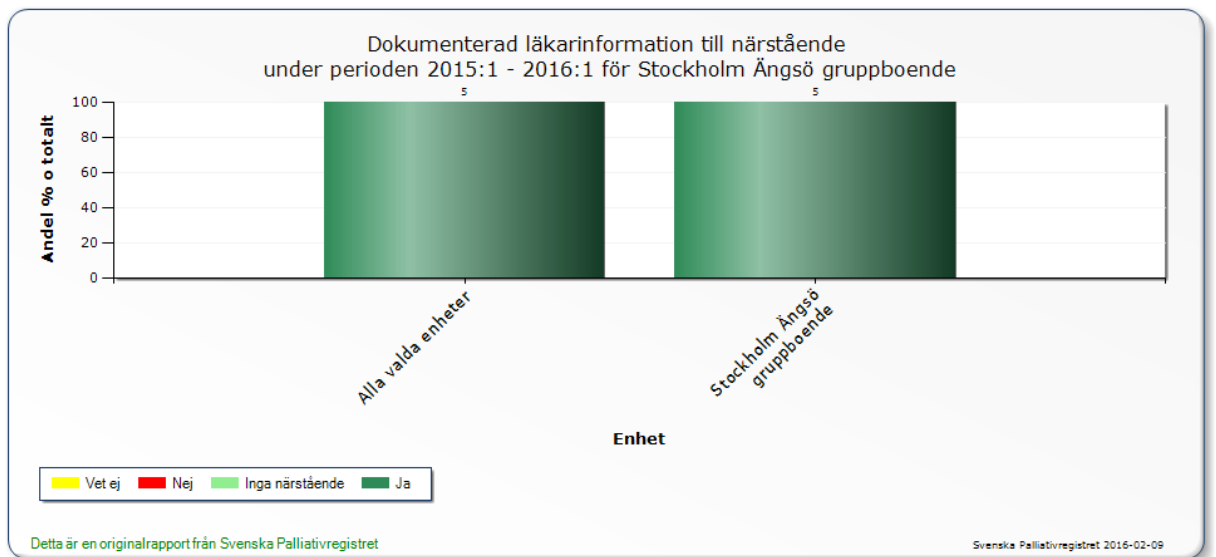
Att ge absolut högsta möjliga livskvalitet åt brukaren och deras närstående vid livets slut. Det skall finnas:

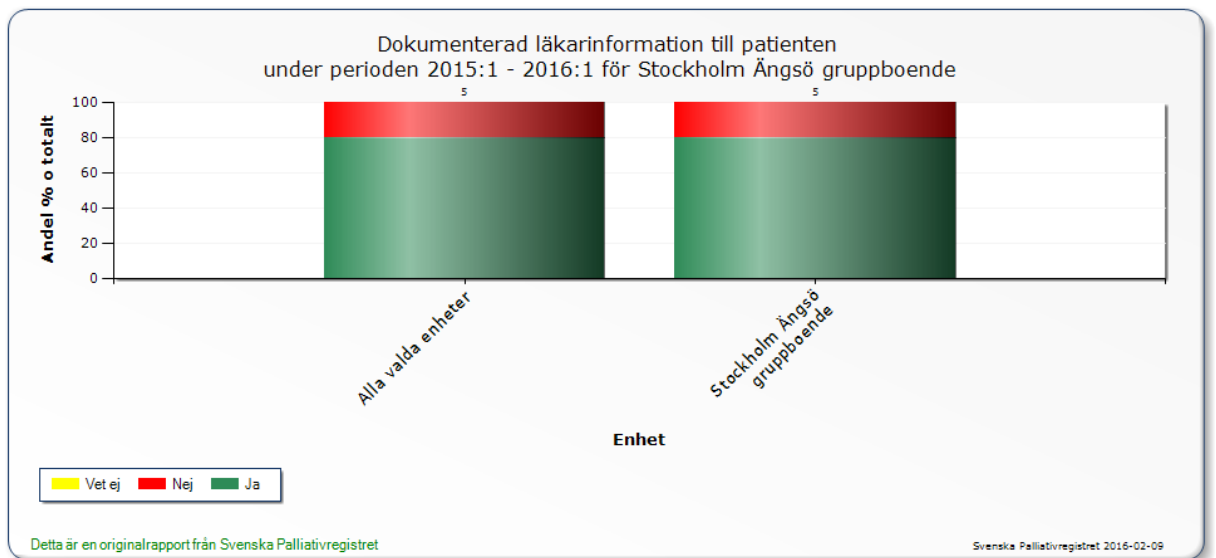
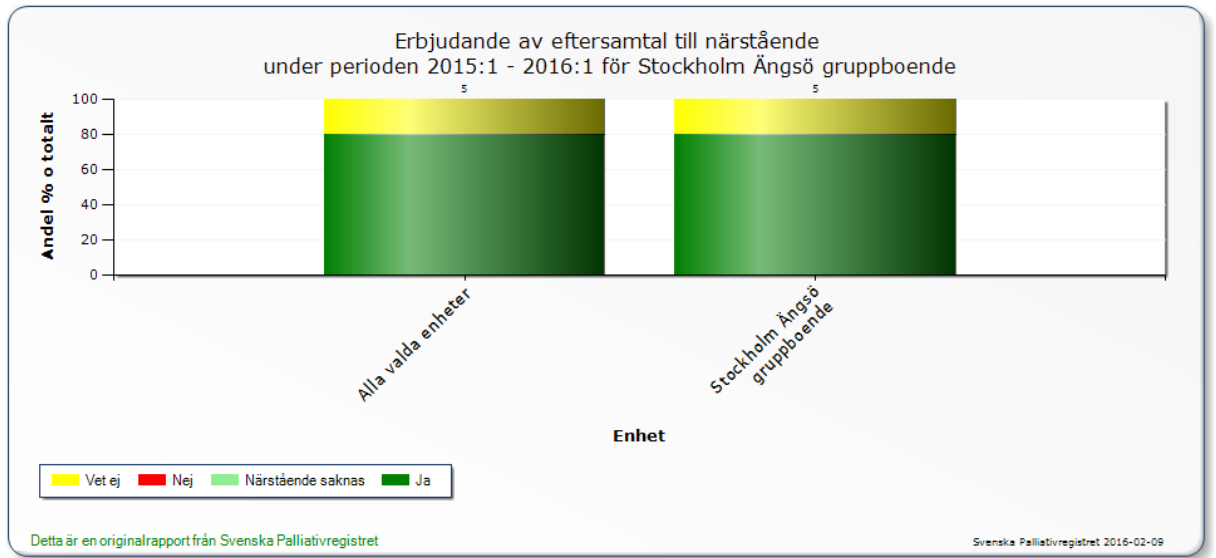
- Tydliga rutiner och riktlinjer inom området
- Kontinuerlig uppföljning av efterlevande av riktlinjer och måluppfyllelse.

Åtgärder:

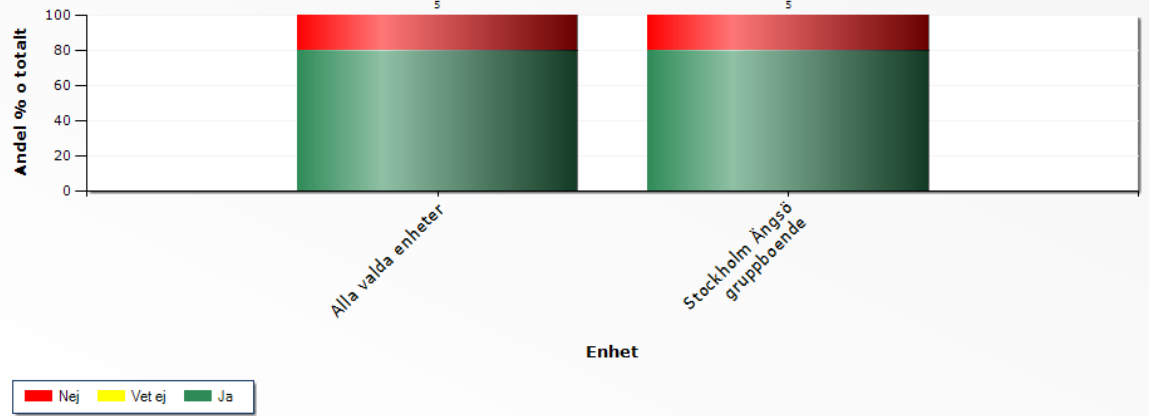
Vi säkerställer god omvårdnad i livets slut ur ett patientsäkert och helhetsperspektiv genom att följa de lagar och föreskrifter som reglerar god omvårdnad för våra brukare, Hälso- och sjukvårdslag (1983:763)

Resultat 2015:1-2016:1





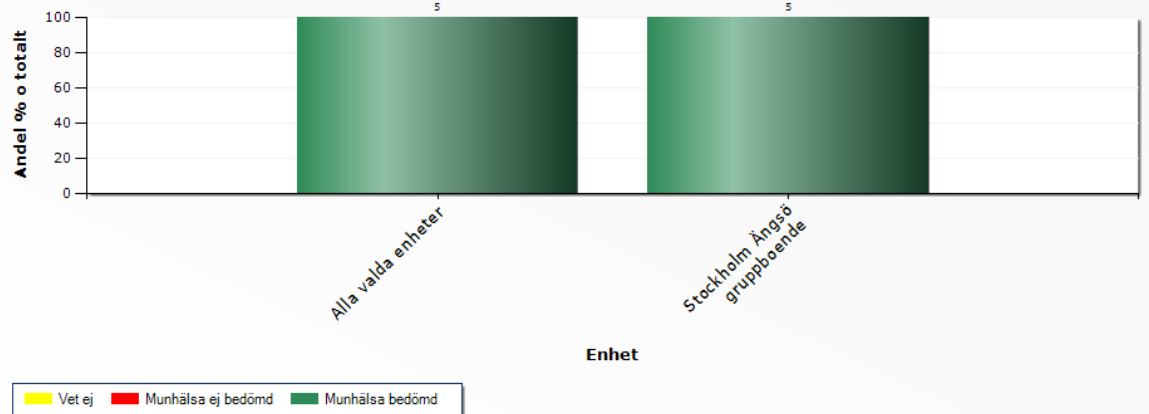
Överrensstämmelse med den avlidnes senast kända önskemål av dödsplats under perioden 2015:1 - 2016:1 för Stockholm Ängsö gruppböende



Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

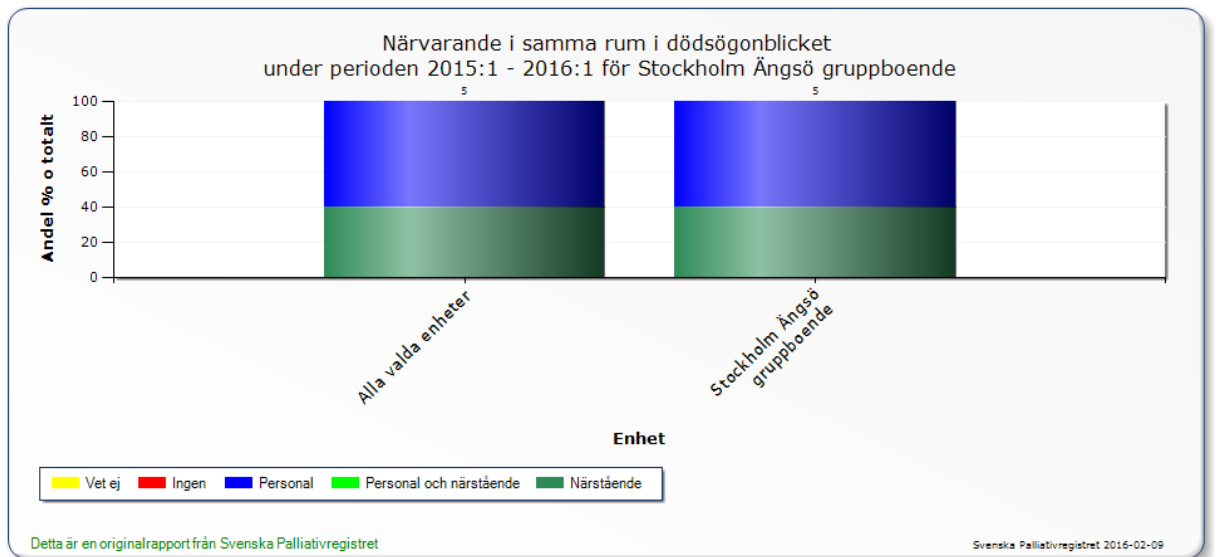
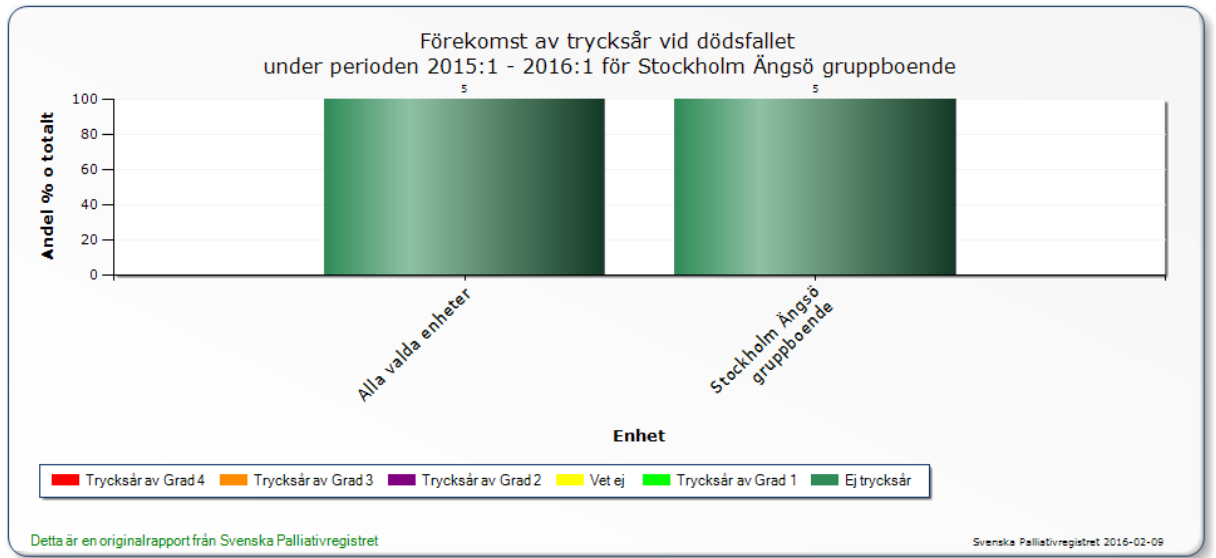
Svenska Palliativregistret 2016-02-09

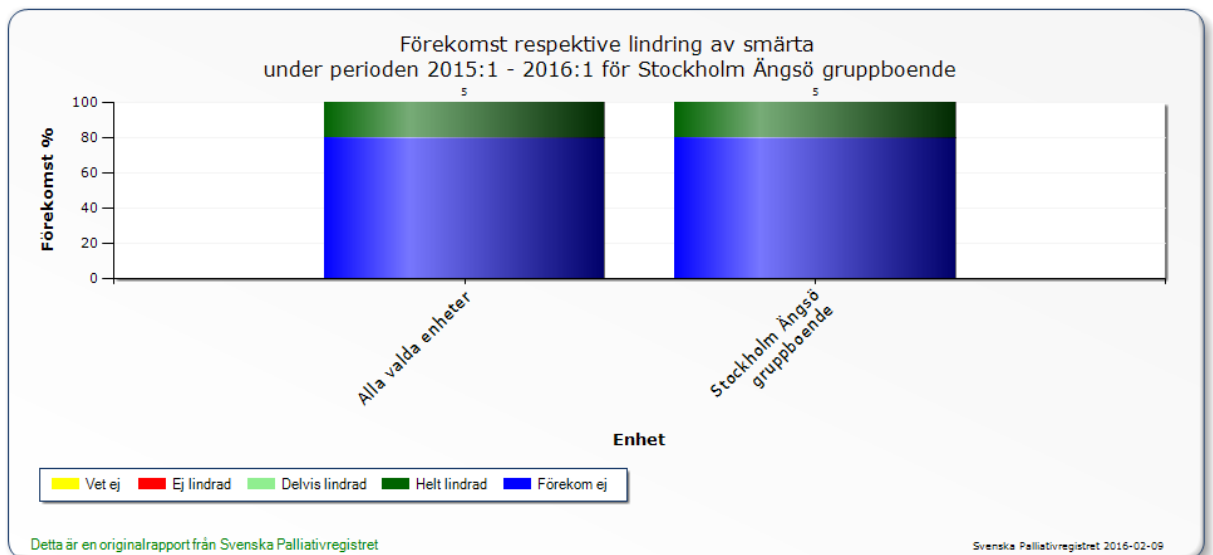
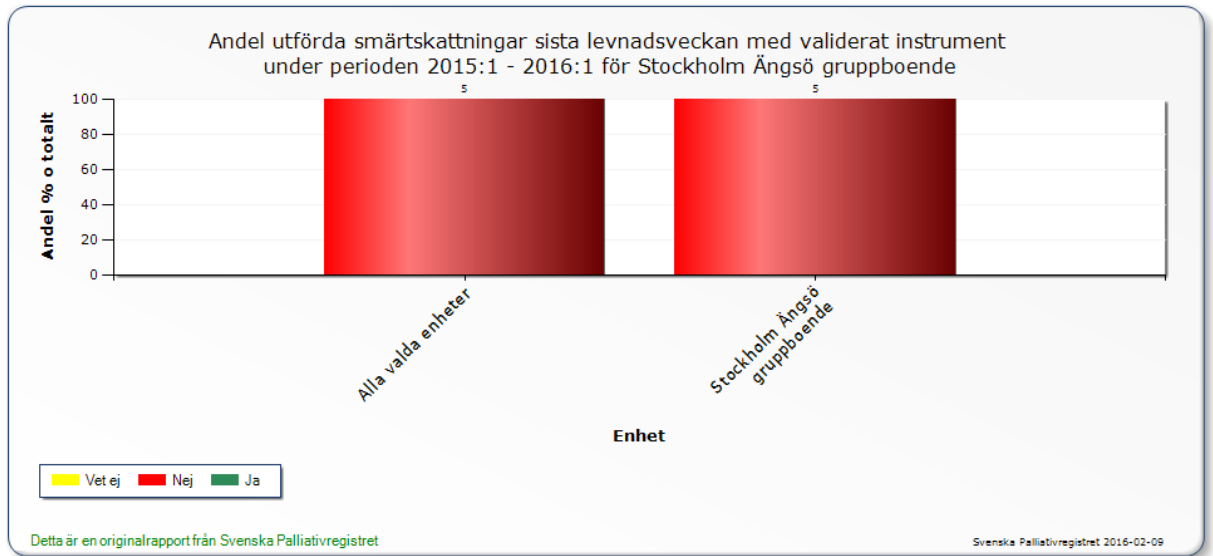
Gjorda bedömningar av munhälsa under perioden 2015:1 - 2016:1 för Stockholm Ängsö gruppböende

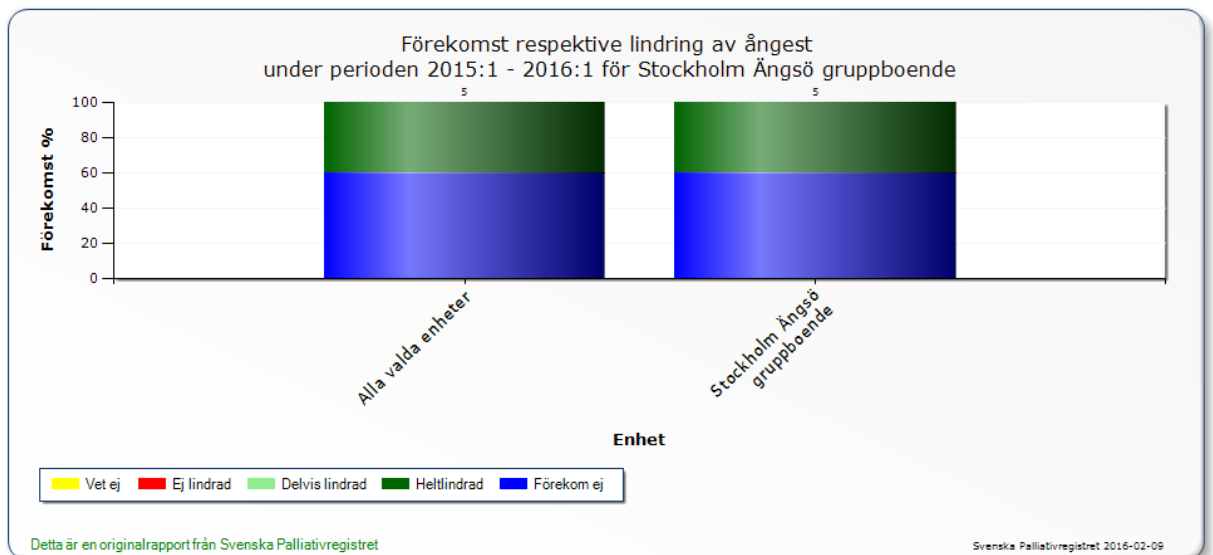
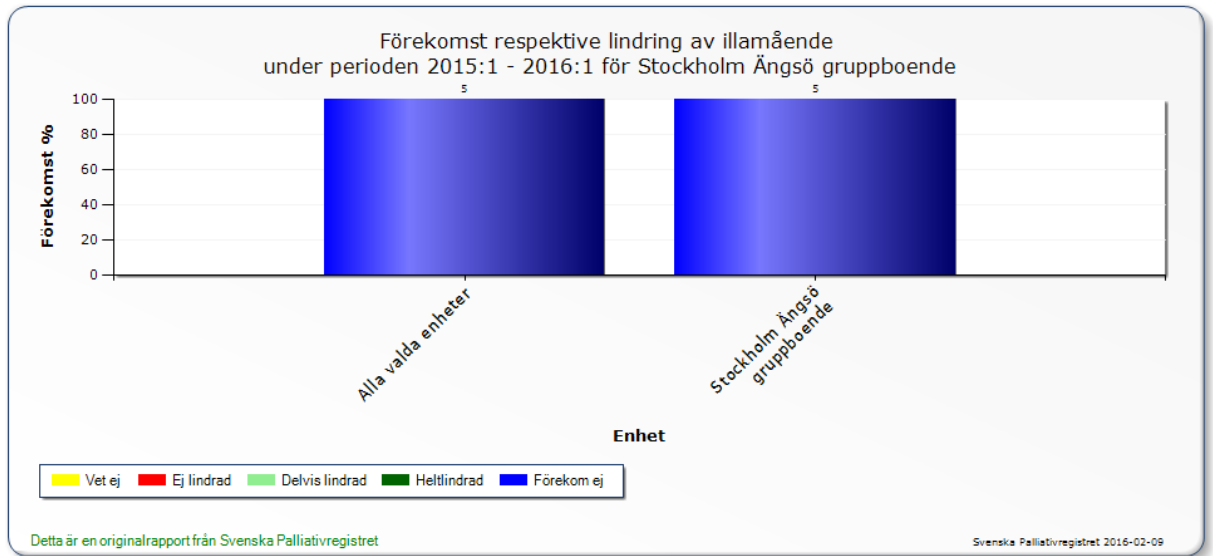


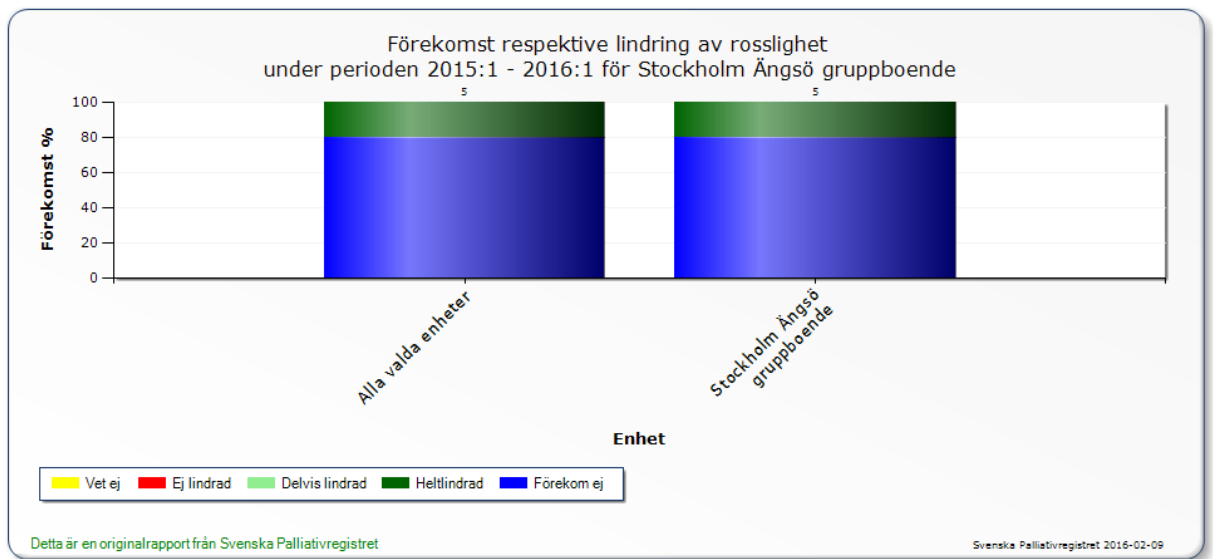
Detta är en originalrapport från Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret 2016-02-09









Resultat visar att vården vid livets slut är av god kvalitet, men att det finns förbättringsområden inom framförallt smärtskattning med validerat instrument, men även att informationsflödet och inhämtande av brukarens önskemål måste förbättras.

Alla yrkeskategorier inom verksamheten skall sträva efter att erbjuda absolut bästa vårdkvalitet till våra brukare och dennes närstående under den sista tiden i livet. Vårdplanering skall hållas i mån av tid och vårdplan skall upprättas där det tydligt skall framgå brukarens önskemål om sin sista tid i livet. Brukaren skall vara befriad från fysisk, psykisk och själslig oro. Närstående skall erbjudas stöd. Efterlevande samtal skall erbjudas närstående.

Sjuksköterska ansvarar för att upprätta vårdplan gällande brukarens önskemål för vård/omsorg i livets slut. Sjuksköterskorna skall använda rutiner och riktlinjer som stöd i vårdarbetet. Utarbetade checklistor skall användas som stöd i vården för att kvalitetssäkra omvårdnaden. Personalen skall handledas i vård i livets slut.

Kristin Fjällström

Sjuksköterska Ängsö gruppboende

Farsta 2016-02-09