

**Patientsäkerhetsberättelse för  
Attendo Fristad Servicehus  
År 2015**

**Verksamhetschef  
Trine Rydheim 2016-02-22**

## Sammanfattning

Fristad Servicehus består av 153 servicelägenheter fördelade på tre hus. Det finns även en demens dagvård Träffen med plats för 12 brukare.

På Fristad Servicehus arbetar vi aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Ett kvalitetsråd bestående av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kvalitetsombud träffas en gång i månaden.

På kvalitetsrådet arbetar vi fram nya rutiner utifrån händelser, gör riskanalyser utifrån riskbedömningar, pratar om synpunkter och klagomål. Utifrån mötet görs en statistik på de händelser som varit under månaden. Denna statistik skickas till kvalitetsavdelningen på Attendo via Attendo ADD. Föregående månads kvalitetsprotokoll följs upp för att se om åtgärderna hade förväntat resultat eller om de skall omarbetas. Ett nytt protokoll skrivs för innevarande månad Alla medarbetare skall läsa och signera. Protokollet sätts sedan in i en kvalitetspärm av kvalitetsombuden. Varje månad kommer ett kvalitetsindex till verksamhetschefen som visar hur enheten arbetat med kvalitén. Vidare tar verksamhetschefen och kvalitetssamordnaren upp händelser på arbetsplatsträffen varje månad. Kvalitet är en stående punkt på agendan.

Verksamhetschefen sammanställer varje månad statistik på händelser och avviker något görs direkt en analys och åtgärd, i annat fall görs sammanställningen varje halvår.

Läkemedelsavvikelseerna har under 2015 varit färre än jämfört med året innan. Antal fall har även de minskat något från förra året.

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras snarast, men senast inom två arbetsdagar och återkoppling sker senast efter fjorton dagar.

Verksamheten arbetar för en god samverkan med andra vårdgivare, kommunen och läkarorganisationen som är Legevisitten.

## Övergripande mål

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

Målsättningen i vårt patientsäkerhetsarbete föregående år var att skapa goda rutiner och hög kvalitet. Ambitionen har varit att alla medarbetare ska känna till vårt kvalitetsarbete. I detta är ett fungerande kvalitetsarbete en förutsättning.

De konkreta målen var:

- Riskbedömning för fall, nutrition och trycksår på samtliga brukare inom två veckor efter inflyttning
- BMI på alla brukare var tredje månad
- Få en godkänd HSL dokumentation i egenkontrollen
- Inga trycksår uppkomna på enheten
- Minska antalet fall med 5 %

Varje månad på arbetsplatsträffen är kvalitet en punkt på agendan vilket gör kvalitetsarbetet levande. Fristad Servicehus har även arbetat med värdegrund och värdegarantier under året för att öka kvaliteten.

### **Ansvarsfördelning**

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

På Fristad Servicehus har verksamhetschef det yttersta ansvaret för att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskan i respektive hus är medicinsk- och omvårdnadsansvarig i sitt hus, men det är verksamhetschefen som har det yttersta medicinska ansvaret. Verksamhetschefen har en biträdande verksamhetschef till sin hjälp. På verksamheten finns sjuksköterskor dagtid. På kvällar och nätter är det Attendo Mobila team. Varje hus har en egen omvårdnadsansvarig sjuksköterska. En fysioterapeut och arbetsterapeut på heltid finns för hela verksamheten.

### **Kvalitetsarbete**

Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av vårt lokala kvalitetsarbete.

Kvalitetsarbetet bedrivs på vår enhet enligt de rutiner och riktlinjer som vi har i Attendo. Arbetet är utformat så att vi på Fristad servicehus har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kvalitetsombud, vilka är representanter från omvårdnadspersonalen.

Ansvarsfördelning:

#### **Verksamhetschef**

Har ansvar för att det finns kvalitetssystem samt

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

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret på Fristad Servicehus för patientsäkerhetsarbetet

#### **Kvalitetssamordnare**

- Leder den lokala kvalitetsgruppen
- Sammanställer statistik och skickar till kvalitetsavdelningen
- Skriver protokoll efter varje kvalitetsråd
- Håller möte med kvalitetsombuden
- Är behjälplig i riskbedömningar

#### **Sjuksköterska**

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

#### Fysioterapeut

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

#### Arbetsterapeut

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

Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/händelser. Den medarbetare och sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut som tar emot händelserapporten ansvarar att det dokumenteras i SoL respektive HSL journalen.

I kvalitetsarbetet använder vi Attendos kvalitetssystem ADD. Den medarbetaren som tar emot händelsen/klagomålet skriver i Attendo ADD. Den skickas därefter elektroniskt till verksamhetschefen som granskar rapporten och skriver ut den i två exemplar. Är det en händelse som berör fysioterapeut, arbetsterapeut och sjuksköterska lämnas två exemplar till dem. De påbörjar direkt en utredning av vad som hänt och planerar ibland åtgärder direkt och ibland väntas till kvalitetsmötet beroende på typ av händelse. Alla händelser kommer upp på kvalitets möte varje månad och resultatet av åtgärderna följs sedan upp månaden därefter. Samtliga händelser och åtgärder dokumenteras.

Läs mer om händelsehantering och kvalitetsarbete under rubriken ”Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts”.

### **Mät- och uppföljningsmetod**

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppkommen vård skada åtgärdas och denna följs upp dels på morgonrapporterna och sedan en gång i månaden på kvalitetsrådet. Där dokumenteras även resultatet på åtgärden. Där tas även ställning till om åtgärden gav önskad effekt/ resultat eller om åtgärden skall ändras.

Varje månad sammanställer verksamhetschefen antalet händelser och jämför med tidigare månader. På nästkommande APT går verksamhetschefen sedan tillsammans med kvalitetssamordnaren igenom händelserna och tittar om antalet ökat eller minskat. Ses en ökning så görs en analys av orsaken och en ny rutin eller åtgärd skapas för att minska antalet händelser.

APT är ett viktigt forum för information till medarbetare så att samtliga arbetar på samma sätt i patientsäkerhetsarbetet.

På APT redovisas varje månad Kvalitetsindex.

## **Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Nedan beskrivs hur Fristad servicehus har arbetat med patientsäkerhetsarbete.

### **Olika typer av händelser:**

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

Fallavvikelser-alla typer av fall.

Synpunkter och klagomål- den som tar emot klagomålet är behjälplig att framföra klagomålet. Erbjuder att hjälpa till att skriva ”Vi vill bli bättre” blanketten. Beroende på synpunkten/klagomålets art kontaktas sjuksköterska eller verksamhetschef/ biträdande verksamhetschef. Återkoppling sker inom två arbetsdagar.

Avvikelser i vårdkedjan: Internt eller externt, att det brustit i vårdkedjan.  
Avvikelsesrapport för läkarinsatser: Kan gälla bristande eller utebliven service som gäller läkarinsatser. Verksamhetschef fyller i blankett som snaras vidarebefordras.

Specifik omvårdnad/Rehabilitering: Kan gälla t.ex. matning, rehabilitering, sondmatning mm

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

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

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

### **Kvalitetsmöte**

En gång i månaden håller vi ett Kvalitetsmöte.

Mötet är ett forum där vi diskuterar förbättringar och utveckling av kvaliteten inom verksamheten. Underlaget är händelse rapporter, riskanalyser och åtgärdsplaner från olika kvalitetsuppföljningar.

Syftet med mötet

Att säkra, följa upp och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Vår lokala kvalitetsgrupp består av:

- Kvalitetssamordnare
- Kvalitetsombud (en från varje våningsplan) eller representant från avdelningen.
- Sjuksköterska
- Verksamhetschef och/eller biträdande verksamhetschef
- Fysioterapeut/arbetsterapeut

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

Arbetsuppgifter:

Mötet där händelserapporterna behandlas hålls en gång per månad.

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

Efter inrapporterat protokoll till kvalitetsutvecklaren får enheten varje månad ett resultat från Kvalitetsindex där tidigare månader jämförs. Om något avviker stort gör verksamhetschefen en åtgärdsplan.

### **Kvalitetsindex**

För att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheterna har Attendo skapat ett kvalitetsindex. Indexet 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
- Värderingsarbete
- Projekt
- Egenkontroll
- Externa granskningar
- Dokumentation, SOL och HSL
- Riskanalyser
- Genomförandeplaner

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index. Sammanställningen utgörs av månads- och kvartalsrapporter där man kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheten 12 månader tillbaka. Det är ett tydligt och lättöverskådligt diagram där det lätt går att se hur indexet utvecklas och man kan därför snabbt sätta in åtgärder om behov finns.

### **Riskbedömningar**

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

BMI görs inom 14 dagar, eller tidigare vid uppenbart behov. Detta dokumenteras i procapita och en hälsoplan upprättas vid behov. Sedan görs ett BMI var tredje månad eller tidigare vid behov.

En fallriskbedömning och Norton görs på samtliga vid inflyttning och därefter efter 6 månader samt vid behov. Fallriskbedömning görs utifrån Downton och vid behov öppnas en vårdplan.

Förebygga trycksår, 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.

Händelseanalys genomförs på alla allvarligare händelser. Kvalitetssamordnaren är ansvarig under verksamhetschefen att initiera riskanalyser och kommer även att hålla i möten med kvalitetsombuden ett antal gånger per år för att leda arbetet med riskanalyser.

Verksamhetschefen har gått utbildningen tidigare. Ett nytt kvalitetssystem, ADD infördes i företaget under året.

### **Utbildningar**

- Verksamhetschefen har gått praktisk arbetsrättsutbildning
- En sjuksköterska har gått kost – och nutritionsutbildning
- En sjuksköterska har gått en tre dagars utbildning i smärta
- Två sjuksköterskor har gått introduktionsutbildning inom Attendo
- HSL – personal har gått ett flertal utbildningar i ICF och vårdprocessen under året.
- En sjuksköterska och arbetsterapeut har gått utbildning i tvångs – och skyddsåtgärder inom geriatriken.
- Två undersköterskor och en sjuksköterska har gått utbildning i sår – och inkontinens
- Två undersköterskor och en sjuksköterska har gått utbildning – Hur ska vi bemöta demenssjuka?
- Åtta undersköterskor har gått handledarutbildning
- Tre undersköterskor har gått diabetesutbildning under en heldag
- All personal har gått förflyttning/ergonomisutbildning

89 % av den fast anställda omsorgspersonalen är utbildande undersköterskor och de övriga är vårdbiträden. I företaget finns en utbildningsfond som innebär att om ett vårdbiträde utbildar sig till undersköterska så får undersköterskan 1500 kr i löneökning när utbildningen är klar. Detta som för att motivera medarbetarna till att studera.

Under 2015 har en vårdbiträde blivit klar med sin vidareutbildning till undersköterska.

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

### **Rutiner**

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

### **Kvalitetsregister**

Vi har under året registrerat dödsfall i Palliativa registret.

## **Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Fristad servicehus har haft uppföljning både externt och internt och utifrån resultat och analys har handlingsplaner skapats.

- Egenkontroll av dokumentation gjordes i mars 2015, på SoL fick vi 90 % vilket inte är godkänt. I HSL dokumentationen fick vi 80 % vilket inte är godkänt.
- Egenkontroll av dokumentationen gjordes även under september 2015, på SoL fick vi 88 %, vilket inte är godkänt. I HSL dokumentationen fick vi återigen 80 %, vilket inte är godkänt.
- Socialstyrelsens brukarundersökning för 2015 gav enheten ett resultat av 82 % i nöjdhet.
- Kommunen har under hösten 2014 gjort brukarundersökning för 2014, men denna presenteras inte förrän mars 2015.
- Sammanställning av synpunkter och klagomål gjordes efter årets slut och analys för att se om det fanns något gemensamt. Antalet synpunkter var under 2015 färre än föregående år.
- Verksamhetschefen har fyra gånger under året kontrollerat hygienfölsamheten, om medarbetarna följer de hygienrutiner som finns. Detta har gjorts vid morgonrapporten.
- Varje kvartal lämnar sjuksköterskorna in blanketten Infektioner i särskilt boende. Verksamhetschefen sammanställer och rapporterar till Attendos MAS.
- Varje kvartal lämnar sjuksköterskorna in blanketten Kvalitetsuppföljningar av delegeringar. Verksamhetschefen sammanställer och rapporterar till Attendos MAS.

## **Samverkan**

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

Fristad har sjuksköterskor dag tid. På kvällar och nätter är det Attendo Mobila team. Läkarorganisationen är Legevisitten som Spånga/Tensta kommun har avtal med. Läkaren är på Fristad två gånger i veckan., utöver detta kontaktas läkaren per telefon vid behov. Läkaren kan komma på hembesök andra dagar än rondens om behov finns.

Verksamheten har haft tre samverkansmöten med Legevisitten och Attendos MAS.



## Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

En riskanalys görs exempelvis

- Om en återkommande iakttagelse av en risk eller mindre allvarliga händelser i en specifik arbetsprocess.
- Om en medarbetare upplever att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld
- Vid organisationsförändringar
- Vid bedömning av åtgärdsförslag i en händelseanalys

Kvalitetsgruppen träffas varje månad och gruppen arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. På arbetsplatsträff har riskanalys genomgåts. Verksamhetschef och kvalitetsansvariga har gått utbildning i Risk och händelseanalys. Risk och händelseanalyser rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis.

## Rapporteringsskyldighet

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

Samtliga medarbetare rapporterar risker för vårdskador samt händelser enligt vårt händelsehanteringssystem som ovan beskrivits.

Om en händelse är allvarligare så skrivs en avvikelseblankett och lämnas till verksamhetschef direkt. Verksamhetschef kontaktar inblandande omgående, Attendos MAS samt regionchef och kvalitetsavdelning i Attendo. Regionchef utser en person att utreda händelsen och en händelseanalys och åtgärdsplan görs sedan. Händelseanalysen och dess resultat skickas till MAS och delges till medarbetarna på nästkommande APT för att alla skall ta lärdom av det inträffade och för att informationen skall komma vidare om de åtgärder som vidtagits. Det kan vara till exempel en ny rutin för hur något skall göras. Återkoppling sker till kommunen och till de berörda. En uppföljning görs sedan efter två veckor.

Varje månad jämförs med föregående månad och om något avviker görs en analys av orsak samt en åtgärdsplan. Varje halvår sammanställer verksamhetschefen händelserna.

## Synpunkter och klagomål

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

För att kunna utveckla verksamheten är det mycket viktigt att ta till vara på de synpunkter som brukare och dess närstående har. Vi har därför i vårt välkomstmateriale lagt in blanketten ”Vi vill bli bättre”. Blanketten och synpunkter/klagomålsblanketten finns också väl synligt i verksamheten.

Verksamhetschefen och biträdande verksamhetschefs telefonnummer finns med i välkomstmaterialet.

Verksamhetschef skriver veckobrev till brukarna 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 arbetsdagar och försöker lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och tid för utvärdering skall ske inom 2 veckor. Om situationen inte kan lösas på plats kontaktar verksamhetschefen sin tur regionchef.

Uppföljning och återkoppling sker direkt till dem som framfört synpunkten eller klagomålet. Ibland sker flera möten.

Verksamhetschefen sammanställer två gånger per år inkomna synpunkter och klagomål och gör en analys för att se om det finns något mönster

### **Sammanställning och analys**

SOSFS 2011:9 5 kap. 6§

Har beskrivits i texterna ovan.

### **Samverkan med brukare och närstående**

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Fyra gånger per år hålls ett förtroenderåd med representanter från brukarna. Där har brukarna möjlighet att ta upp olika frågeställningar samt få information från Fristad av verksamhetschefen.

Varje vecka skickas ett veckobrev ut till närstående via mail och ett veckobrev sätts upp på Fristad så alla som vill kan läsa.

Två gånger per år hålls ett närståendemöte på Fristad och till dagvården Träffen. Närstående bjuds in till huset.

### **Resultat**

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Patientsäkerhetsarbete, händelser under 2015

Händelse/ Avvikelse	Fristad
Läkemedel	28
Utebliven läkemedels dos	6

Fel läkemedels dos	0
Förväxling av lm och p	0
Annat	2
Fall	127
Ingen skada	101
Skada	12
Sjukhusvård	14
Trycksår	0

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

Antalet fall under året har varit färre än föregående år.

- Synpunkter och klagomål: Antalet synpunkter och klagomål var 12 under året.
- Hygienföljsamhet: Medarbetarna på Fristad följer hygienrutinerna mycket bra. Vid fyra tillfällen har verksamhetschefen undersökt följsamheten gällande hygienriktlinjerna.

#### Infektioner i särskilt boende

	2015 Antalet brukare ca 137
Antal boende m suprapubis urinkateter	3
Antal boende m urinkateter via urinröret	4 - 6 brukare
<b>Fall av antibiotika behandling</b>	
Pneumoni	0
UVI hos vårdtagare m suprapubisk urinkateter	0
UVI hos vårdtagare m urinkateter via urinröret	0
UVI hos vårdtagare utan kateter	7
Sårinfektion	2 -6 /månad
Annan hud-o mjukdelsinfektion	1 - 2/ månad
Annan infektion	0
<b>Utbrottsbenägna virusinfektioner</b>	
Virusorsakad magsjuka	0

#### Resultat HSL målen 2015

- HSL dokumentationen blev inte godkänd i egenkontrollen mars och september 2015.
- Riskbedömningar, fall, nutrition och trycksår: samtliga brukare har aktuella riskbedömningar gjorda inom två veckor.
- Inga trycksår uppkom på enheten.
- Antalet fall minskade under 2015 från 139 fall till 127.

## Övergripande Mål för kommande år

Under 2016 kommer vi att arbeta vidare med samma mål som föregående år då vi inte nått alla mål.

### Målsättning 2016

- Godkänd HSL och SoL dokumentation i egenkontrollen 2016
- Riskbedömningar fall, nutrition och trycksår inom 14 dagar vid inflyttning
- BMI på alla brukare var tredje månad
- Inga trycksår uppkomna på enheten
- Minska antalet fall ytterligare med 5 %