

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	8
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten	9
Uppföljning genom egenkontroll	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Risikanalys	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	18
Hantering av klagomål och synpunkter	19
Sammanställning och analys.....	21
Samverkan med patienter och närstående.....	22
Resultat	23
Klagomål/Avvikelse lämnade av:.....	23
Klagomål/Avvikelse som avser:.....	24
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	28

Sammanfattning

Vår verksamhet utgår från en salutogen värdegrund och fokuserar på vad som är meningsfullt för den boende ur ett hälsoperspektiv samt att vi ska säkerställa en trygg och säker hälso-och sjukvård för varje enskild boende.

Genom ett systematiskt kvalitetsledningssystem "Leva", arbetar vi utifrån processer och aktiviteter. Dessa leder vidare till styrande dokument, riktlinjer och rutiner. Ledningssystemet omfattar alla processer med avvikelshantering kopplat till förbättringsåtgärder. Avvikelserna har registrerats i kvalitetsledningssystemet, tagits upp i kvalitetsforum och diskuterats på arbetsplatsträffar eller i mindre forum när behov så uppstått. Vi har jobbat med att sprida nödvändigheten av att skriva en avvikelse som ett led att förhindra att händelsen upprepas. Vi har också informerat om hur man skriver en avvikelse och vad man skriver i en avvikelse.

Tillsyn och uppföljningar internt och externt av uppdragsgivare har utförts enligt planering.

Genom samverkan med Vårdhygien har regelbundna uppföljningar genomförts för kontroll av efterlevnad i verksamheten av basala hygienregler och hygien av lokaler med förslag till förbättringar. Webbutbildningen "Basal vårdhygien" har alla medarbetare utfört under året samt interna egenkontroller har genomförts.

För att öka kvaliteten på HSL-dokumentationen har vi utfört egenkontroll i dokumentationsmodellen ICF som resulterat i en handlingsplan som sträckt sig genom hela 2016. Vi har följt handlingsplanen som medfört en förbättrad dokumentation.

Samverkan med läkarorganisationen, Legevisitten, har skett genom regelbundna besök på verksamheten där undersökningar, behandlingar och läkemedelsuppföljningar ingått. Detta har lett till en god patientsäkerhet för den boende och möjliggjort att den boende också fått god vård i livets slutskede.

Vi har samverkan med Apoteket AB genom årlig apoteksgranskning, för att säkerställa att verksamhetens läkemedelshantering har en god patientsäkerhet. Egenkontrollen sker genom checklistor och uppföljning av signeringslistor och delegeringar. Sammanfattande resultat från årets apoteksgranskning var: "Läkemedelshanteringen förefaller fungera utmärkt".

Samverkan med Flexident (upphandlad tandvård) innebär årlig munhälsobedömning och utbildningar till vård- och omsorgspersonal. Det har bidragit till att boendes munhälsa är av god kvalitet.

Registreringarna i Senior Alert har ökat till totalt 72 registrerade och totalt 45 registrerade åtgärder. Ett utvecklingsområde för verksamheten.

Registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, speciellt inom vissa prioriterade områden, se kap 5.

Sex omvårdnadspersonal har gått utbildning till Palliativa ombud genom Kungsholmens stadsdels försorg. Examination sker den 31/1 2017. En kompetenshöjning för verksamheten och en trygghet för boende som befinner sig i livets slutskede.

I överenskommelse med Röda Korset sjuksköterskeskola har vi tagit emot 12 ssk-studenter (fyra-veckors perioder). 2 KUSK-studenter (sjuksköterskor med utländsk examen som behöver komplettera till svensk legitimation) från Karolinska Institutet (KI). Vi har tagit emot en arbetsterapeutstudent från KI.

Genom samarbetet med Röda Korset har vi fått möjlighet att höja kompetensnivån hos omvårdnadspersonalen (tio personer) genom att de har fått delta i vissa av deras föreläsningar.

Qustaresultatet för 2016 har ökat med tre procent från 92 till 95%!

Utökat antal enhetschefer med HSL-bakgrund har lättare säkerställt uppföljning o utvärdering av HSL-insatserna.

Alla boende har haft en årlig läkemedelsgenomgång.

Under året har vi börjat med HSL-möten i stället för separata möten för sjuksköterskor och paramedicinare. Gemensamma möten har ökat möjligheterna till samarbete, stärka teamet och säkra rutiner som medför tryggare och säkrare hälso-och sjukvård för boende.

Boende och närstående informeras om hur klagomål och andra synpunkter kan lämnas. Blanketter för detta finns synligt på anslagstavlor. Återkoppling sker muntligt eller via mail.

Under 2016 anmäldes en Lex Maria.

Övergripande mål och strategier

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

Vården och omsorgen bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och den äldre personen ska få ett gott bemötande. Äldre personer ska i större utsträckning ha inflytande över när och hur beslutade insatser ska ges. Den 1 januari 2011 infördes också en ny patientsäkerhetslag. Syftet med lagen är att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att anmäla felbehandling. Vårdgivaren får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Mål för kvalitet och patientsäkerhet inom alla Temabos verksamheter, är en god och säker vård där antalet vårdskador minskar genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet på Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Den ska vara av god kvalitet och följa Temabos ledningssystem samt riktlinjer från Kungsholmens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). Dessa riktlinjer ska överensstämma med gällande lagstiftning.

Vi har fokus på den enskilde individen och utgår från varje persons behov av vård och omsorg och sätter in de åtgärder som behövs samt följer upp åtgärderna. Vi arbetar med ständiga förbättringar på ett systematiskt sätt genom att utföra riskanalyser och egenkontroller gällande fall, trycksår, nutrition och vårdrelaterade infektioner.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar genomförs tillsammans med läkarorganisationen för att säkerställa adekvat och säker medicinering av patienten.

Målet för hälso- och sjukvården vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att patienten ska:

1. känna sig trygg med att HSL-personalen har god kompetens
2. få god personlig omvårdnad och säker, individuell sjukvård
3. uppleva delaktighet/autonomi och känna att integriteten bevaras
4. vara välnärd, inte skadas av fall eller få trycksår
5. få en hälsofrämjande vardag

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §.

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §) Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Befattningsbeskrivningar tydliggör ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef vid Temabo har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

Temabo har intern MAS utsedd för verksamheten vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL. Dennes ansvar för patientsäkerhetsarbetet följer avtal om ansvarsfördelning mellan intern MAS och medicinskt ansvariga sjuksköterskan vid Kungsholmens stadsdelsförvaltning. MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef ansvarar för att patienten och deras närstående görs delaktiga i analys och i förbättring. Verksamhetschef ansvarar för att de aktiviteter som berör patientsäkerhetsarbetet och som finns planerade i verksamhetsplanen genomförs och att målen följs upp i verksamhetsrapporten. I det ingår också utveckling och följsamhet av rutiner kring avvikelshantering.

Kvalitetschef inom Temabo AB och intern MAS ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning. Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada ansvarar verksamhetschefen tillsammans med intern MAS för att utredning sker av händelsen. Extern Mas ska informeras om att utredning sker och även få kopia av anmälan och beslut från IVO.

Verksamhetschef ansvarar för att delge medarbetarna händelsen och resultat av utredning, samt vid anmälan även resultat från denna. Genom en lärandeprocess i teamet kring de boende, ta fram handlingsplaner för att förebygga att händelsen sker igen. Ansvaret för att ta fram handlingsplan med uppföljning och egenkontroll, utses av verksamhetschef.

Enhetschefer ansvarar för att processer, riktlinjer och rutiner som är beslutade implementeras och är väl kända i verksamheten. Enhetschef arbetar tillsammans med verksamhetschef i ovanstående ansvarsområden. Ansvaret följs upp på ledningsgrupp varje vecka och på kvalitetsforum 1 gång i månaden där alla yrkeskategorier är representerade.

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument och att rapportera avvikelser och följa upp dessa. Leg. sjuksköterska ansvarar för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering, utbilda, informera och delegera och följa upp delegering enligt rutin. Samt vid behov handleda vård- och omsorgspersonal för att öka den individuella boendes patientsäkerhet. Detta gäller även övriga behov som tillgodoses enligt HSL.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad sjukgymnast ansvarar för att utifrån var och ens specifika yrkesprofession, tillse att den individuella patientens behov av rehabilitering eller bibehållande av funktioner, tillgodoses för att vara ett stöd och öka dennes patientsäkerhet. I ansvaret ingår också att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument, att rapportera avvikelser och följa upp de som ingår i professionen. De ansvarar för att nyanställd personal får den utbildning som krävs för att kunna ge en god vård och omsorg till den boende. Detta innebär att tillse att var och en får kunskap i de medicinsktekniska hjälpmedel som används och övriga hjälpmedel. I ansvaret ingår även att följa upp att dessa används på ett patientsäkert sätt.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att den vård och omsorg som ges till den individuella boende sker utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. I detta ingår även personligt delegerade HSL uppgifter, följa givna ordinationer och att rapportera eventuella avvikelser. I ansvaret ingår att följa aktiviteter och fastställda processer.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelse rapporteras av medarbetarna och dokumenteras av sjuksköterska i dokumentationssystemet VODOK. Där beskrivs också bedömning och åtgärd. Uppföljning ska ske av den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession. Därefter gör verksamhetschefen sin bedömning. Verksamhetschef utreder eller tar fram handlingsplan för att förbättra metoder eller arbetssätt. Varje månad har intern MAS ansvar för att utifrån sin roll, göra en bedömning av avvikelserna och följa upp eller avsluta, beroende av utfall på den åtgärd som är gjord. Antalet, typ av avvikelser, inklusive riskbedömning följs upp varje månad på kvalitetsforum där alla yrkesprofessioner deltar.

För att eliminera vårdskador, arbetar Alströmerhemmet i tvärprofessionella team vilket är ett sätt för att säkerställa att den vård och omsorg som ges är ändamålsenlig, individuell, kunskapsbaserad, patientsäker och jämlik. Teamforum är ett arbetssätt för att alla medarbetare kring en boende ska veta vad vi gör- vem som gör det-hur gör vi det och vi följer upp resultatet. Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring utgår från att alla medarbetare ska ha en relevant kunskap om och vara uppmärksam på dessa risker för alla individuella boende. För att ytterligare förstärka patientsäkerheten har vi under året börjat med gemensamma möten för ssk och paramedicinare.

Temabos interna MAS genomför internrevision av hälso- och sjukvård. Internrevision är en del av Temabos egenkontrollprogram och kontrollen utgår från vårt kvalitetsledningssystem LEVA. Det är ett verktyg för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten och levandegöra vårt planerings- och uppföljningsarbete. I och med detta får vi en illustrativ röd tråd för hur vision, värdegrund, mål och arbetssätt är kopplade till varandra. Ledningssystemet baseras på Socialstyrelsens riktlinjer Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9).

Vårt nuvarande arbetssätt med interna revisioner kommer att kvarstå som en del i verksamhetens egenkontroll, vilket är en central del i SOSFS 2011:9. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer krav på kvalitet i utförandet av alla tjänster inom HSL och fokus har legat på patientsäkerhet, riskbedömning, internt kvalitetsarbete och efterlevnad av befintliga rutiner.

Metod: Granskning, uppvisande av dokument, stickprovskontroller samt beskrivningar av arbetsuppgifter utifrån dokumenterade processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet samt i verksamhetens lokala rutiner.

Verksamhetschef och enhetschefer gör internkontroller utifrån årshjulet. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv kontrolleras efterlevnad av hygienföreskrifter, att egenkontroll av livsmedel genomförs, att larmkontroll genomförs, att medarbetarna känner till avvikelserutiner, att hygienregler följs i tvättstugor, att städningen fungerar i allmänna utrymmen.

Extern MAS och extern MAR gör årligen en översyn av verksamheten.

Qusta används som kvalitetsinstrument. Det består av ett antal kvalitetsfrågor avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeform.

Avvikelse tas upp på ledningsgrupp, planmöten, kvalitetsforum och arbetsplatsträffar (APT)

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas i ledningsgruppen och handlingsplan upprättas om så behövs samt redovisas varje tertiäl till stadsdelen tillsammans med avvikelser inom SoL.

Månatlig statistik för infektionsregistrering skickas in till stadsdelens MAS.

Varje år genomförs granskning från Apoteket AB och vartannat år från Vårdhygien.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

När något blir fel och patientsäkerheten hotas, är det viktigt att verksamheten använder sig av händelsen för att lära av det som skett. Det ger underlag för ett förbättringsarbete och ökar den fortsatta kvaliteten och patientsäkerheten.

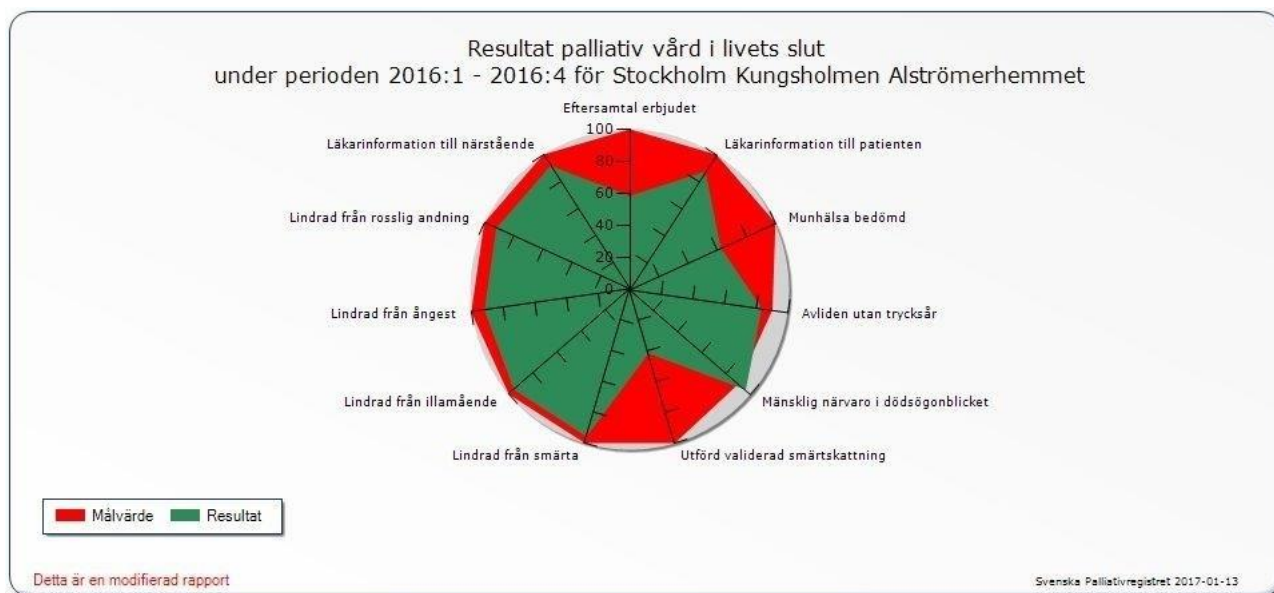
För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården överförs till HSL-personalens dokumentationssystem av mottagande sjuksköterska. Avvikelse registreras enligt Temabos ledningssystem och följs upp vid månatliga arbetsplatsträffar, kvalitetsforum och HSL-möten.

Teamforum: För att säkerställa att den medicinska informationsöverföringen är tillgänglig för omvårdnadspersonalen i sitt dagliga arbete så arbetar vi med att förbättra teamarbetet kring boendes sociala och medicinska behov. Syftet med teamforum är att förbättra arbetsmetoder och förhållningssätt kring den boende både medicinskt och socialt. Alla verksamma kring den boende kan initiera till teamforum vid behov. Teamforum är schemalagt var 4 vecka för samtliga enheter.

Tillgänglighet för riktlinjer: Samtliga medarbetare har åtkomst till ledningssystem med riktlinjer för hälso- och sjukvården och sociala omsorgen. Lokal rutinpärm med aktuella utskrifter för riktlinjer inom diagnostik, vård och behandling finns tillgänglig för tillfälligt anställd legitimerad personal.

Palliativa registret

Alströmerhemmet registrerar i Palliativa registret. Under året har vi jobbat med fyra viktiga delar. Det är lindring från ångest, från rosslig andning, från illamående och smärta. Vilket också har gett resultat. Se diagram.



Senior Alert

Boende registrerade den första december 2016

Vi har fortsatt arbetet med att registrera i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert.

Sammanlagt 72 boende är registrerade varav 45 med tillhörande åtgärder.

Verksamheten kommer att fortsätta sitt arbete med att utveckla/förbättra detta område genom fortsatt registrering i Senior Alert.

Egenkontroll av utförda riskbedömningar under 2016:

Verksamheten utför interna egenkontroller av bl.a. utföra riskbedömning d.v.s. ROAG, Down town, MNA.

Utvecklings/förbättringsområde är smärtskattning/Abby pain Scale.

Genomförda åtgärder för att öka patientsäkerheten under 2016:

Egenkontroll av dokumentationsmodellen ICF har utförts som resulterat i en handlingsplan som vi följt under hela året. Detta har inneburit en ökad kvalitet på HSL-dokumentationen som i sin tur gett ökad patientsäkerhet.

Efter sommaren infördes HSL-möten där både sjuksköterskor och paramedicinare deltar. Ett syfte är att samla legitimerad personal för att klargöra teamets ansvar och befogenheter kring patienten för att öka patientsäkerheten. Som exempel kan nämnas att paramedicinarna numera blir kallade till vårdplaneringar i högre utsträckning än tidigare.

Kommunikation/Rapportering har säkerställts genom att implementera rutinen för överrapportering mellan olika arbetspass. Följsamheten kontrolleras i olika forum.

Vi har utbildat ytterligare 4 medarbetare att bli administratörer i BPSD-registret och använder det som ett arbetsredskap på våra demensenheter.

Vi har satt upp anslagstavlor på varje enhet där kontaktuppgifter till sjuksköterskorna framgår tydligt. Blanketter för synpunkter och klagomål finns lättillgängliga på anslagstavlorna.

Sex medarbetare har uppnått undersköterskekompetens vilket ökat andelen utbildad omvårdnadspersonal.

Samarbetet med Röda Korsets Högskola har gett oss möjlighet att delta i olika utbildningar som t.ex sårvård, vård i livets slut och äldres psykiska hälsa. Utbildningar som ökat kompetensen hos medarbetarna.

Vi har utökat antalet enhetschefer med HSL-bakgrund vilket lättare säkerställer uppföljning och utvärdering av HSL-insatser i högre utsträckning.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Uppdragsgivaren utför uppföljning genom granskning av journaler och annan dokumentation. Det åligger intern MAS att lokalt utföra journalgranskning. Checklistan för upprättande av en patientjournal hålls uppdaterad med att ge anvisning om hur sjuksköterskan i dokumentation säkerställer att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga för omvårdnadspersonalen samt hur omvårdnadspersonalens iakttagelser och observationer dokumenteras för att säkra att vårdplaner upprättas. Journalgranskning sker genom egenkontroll och uppdragsgivarens uppföljning, kontroll av läkemedelshantering samt brukarundersökningar och Socialstyrelsens "Öppna jämförelser om vården och omsorgen om äldre".

Resultat av QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) uppföljning 2016

Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA har utförts av extern MAS och extern MAR. Innan ett uppföljningsbesök görs, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinare för att svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS och MAR besöker sedan verksamheten och går igenom de besvarade frågorna med berörda. MAR följer upp de områden som rör medicintekniska produkter, fall och rehabilitering.

1. Läkarkontakt.

Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska hållas aktuella. Kopior på aktuella avtal för läkarinsatserna ska finnas tillgängliga.

Verksamheten har kontaktlistor för hur hälso- och sjukvårdspersonal och läkarorganisation kan nå och har också fler forum för samverkan och informationsöverföring.

Samarbetet med läkarorganisationen följs upp i samverkansmöten med berörd organisation, verksamheten och Kungsholmens stadsdel.

Bedömning/Förbättringsåtgärd

Verksamheten är nöjd med samarbetet med läkare som ansvarar för de boende på Alströmerhemmet

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshanteringen sköts korrekt är mycket viktigt. MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshanteringen ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har en säker läkemedelshantering.

3. Delegering

Utfärdaren av delegering ansvarar för att mottagaren fått utbildning, har de kunskaper som behövs samt har god kännedom om de boende som det gäller. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp och förnyas en gång/år.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten har bra rutiner för att delegera hälso-och sjukvårdsuppgifter. Verksamheten behöver säkerställa att kunskapskontroll alltid används vid förnyat beslut om delegering.

Två personal har blivit av med sin delegering under året som i sig är en bekräftelse på att vår egenkontroll fungerar.

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk- och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

Verksamheten har rutiner och ett kvalitetsforum som en del i avvikelshandlingen.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Avvikelshandlingen fungerar bra. Fallavvikelser skrivs med stor följsamhet. Inrapportering av avvikelser kring läkemedelshandling kan förbättras.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicinteknisk utrustning/hjälpmiddel som används ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av fysioterapeuter/sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller sjuksköterska. Övrig personal ska undervisas och instrueras i hur produkter används. Bruksanvisningar ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. En inventarieförteckning där bland annat intervaller för översyn/kontroll framgår ska finnas.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamhetens rutiner för att säkra hjälpmedelshandling kan ytterligare förtydligas avseende frekvens av tillsyn för produkter.

6. Hygien

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning ska det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Att det är tydligt vem som ansvarar för mathandlingen, att den personen använder förkläde samt inte går mellan köksutrustningarna och direkt omvårdnadsarbete.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska det framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Säkra att vårdtagaren alltid erbjuds att delta i brytpunktssamtal.

Upprätta vårdplan inför vård i livets slut.

Säkra att smärtskattning med evidensbaserat bedömningsinstrument används.

Dokumentera resultatet av smärtskattningen i patientens journal.

Registrera i palliativa registret.

8. Inkontinens

Många av de som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Bedömning/Förbättringsåtgärd

Verksamheten kan bli bättre på att göra inkontinensutredningar.

9. Trycksår

För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen, och utifrån vad bedömningen visar vidta preventiva åtgärder.

Bedömningar/Förbättringsåtgärder

Verksamheten arbetar teambaserat med patienter som har trycksår. Boende kan ha trycksår när de flyttar in på boendet men oftast läker dessa ut under några veckor.

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Vi behöver säkerställa att ingen boende har en nattfasta som överstiger 11 timmar. Konsultera arbetsterapeut/sjukgymnast vid nutritionsproblematik, som bl.a kan härledas till dålig sittställning.

11. Fall och fallskador

Enheter bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. Vid fallolyckor där skada eller symptom är svårbedömda ska kontakt tas med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten uttrycker att de behöver arbeta mer systematiskt med personer som faller ofta samt att inrikta sig mer på förebyggande insatser. På kvalitetsforum i mars 2017 kommer temat vara fallprevention.

12. Demens

Personal som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens

inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur beslut tas om individuella larm. Boende/närstående ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournal.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten arbetar på ett strukturerat sätt med personer med demens.

Verksamheten är ansluten till BPSD-registrering och fyra av personalen har utbildats till administratörer under 2016.

13. Rehabilitering

Alla nyinflyttade ska erbjudas bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast avseende funktionsförmåga och aktivitet/delaktighet inom områdena förflyttning och personlig vård. Boende som har behov av åtgärder från arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast ska erbjudas det. Vid vårdplaneringar ska sjuksköterska, sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och nytta och funktion av hjälpmedel ska följas upp.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Verksamheten uppfyller kriterierna enligt QUSTA.

14 Mun- och tandhäsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Munstatus ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Viktigt att sjuksköterskan upprättar munstatus och gör riskbedömning vid inflyttning.

Egenkontroll av utförda riskbedömningar under 2016

Verksamheten utför egenkontroller av antalet utförda riskbedömningar d.v.s. ROAG, Downtown och MNA.

Utvecklings/förbättringsområde är smärtskattning/Abby pain scale.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 3 § p 3.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet.

Läkarkontakten är reglerad enligt de riktlinjer som finns i överenskommelsen mellan Alströmerhemmet och Legevisitten. Stadsdelens MAS kallar ett par gånger per år till samverkansmöten med läkarorganisationen.

Sjuksköterskor och paramedicinare deltar i nätverksmöten inom Temabo som äger rum vid minst två tillfällen per år. Dessa möten syftar till att medarbetarna får träffa kollegor inom sin profession och utbyta erfarenheter och goda exempel.

Verksamhetschefen ingår i ett nätverk av andra verksamhetschefer. Nätverket diskuterar bl a patientsäkerhetsfrågor för erfarenhetsutbyte och att lära av varandra. Verksamhetschefsmöten äger rum fyra gånger/termin.

Skriftliga rutiner finns för läkarkontakt. Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder - då kontaktas ansvarig läkare i efterhand. Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. För boende som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd medföljer en akutrapport boende, telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter samt ansvarar för att boende märks med ID-band.

Vid utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Genom att den legitimerade personalen tar del av och deltar i omsorgspersonalens dokumentation säkerställs att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga i den sociala dokumentationen och att dessa överensstämmer med sjuksköterskans, arbetsterapeutens, sjukgymnastens och läkarens ordinationer.

Omsorgspersonalen skriver löpande anteckningar i den sociala journalen. Genom att sjuksköterskan aktivt läser de löpande anteckningarna i sociala journalen kan han/hon tidigt identifiera risk för vårdskada. Likaså borgar rutinerna kring avvikelssystemet för att insatser ska kunna sätta in i tid för att minska risken för vårdskada.

Inom två veckor efter inflyttning ska vårdplanering hållas. Vid vårdplanering deltar representanter från samtliga yrkeskategorier; om möjligt kontaktman och ansvarig sjuksköterska, samt arbetsterapeut och sjukgymnast. Rehabpersonalen träffar dock alltid den boende direkt i samband med inflyttning samt regelbundet under året. I fall den boende vid inflyttning befinner sig så långt i demenssjukdomen, eller av annan orsak inte kan berätta om sig själv uppmuntras närstående att fylla i en levnadsberättelse.

Ett viktigt instrument för att upprätthålla patientsäkerheten är teamforumen. Teamforum hålls kontinuerligt, en gång i månaden. Enskilt möte kring den boende hålls vid behov, som till exempel när avvikelserapporter föranlett riskbedömningar eller handlingsplaner, brister i omsorgen eller brister i bemötande, alternativt vid önskemål från boende eller närstående.

Initiativ till att sammankalla ett vårdplaneringsmöte kan komma från vem som helst i teamet men

det är sjuksköterskan som ansvarar för att det bokas och är den som håller i mötet..

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risicanalys genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. De genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med MTP där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Inflyttningsdagen gör sjuksköterskan en första bedömning av patientens status omfattande kommunikation, elimination och nutrition. Boende träffar utan dröjsmål arbetsterapeut och sjukgymnast för en grundlig bedömning av förflyttning och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Den ansvariga sjuksköterskan skall vid nyinflyttning samt vid förändringar i boendes hälsotillstånd identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förhindra malnutrition samt trycksår. Sjukgymnasten skall identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förebygga fallskador.

Detta ska sedan dokumenteras i HSL- journalen vilket skall kompletteras med registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, givet att medgivande för registrering finns.

Vi arbetar i BPSD-registret, som i sig är ett sätt att bedriva demensvård på ett metodiskt och evidensbaserat sätt.

Risicanalys genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. Det genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med medicintekniska produkter där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Avvikande händelser inom hälso- och sjukvård dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas av tjänstgörande sjuksköterska i samverkan med omvårdnadsansvarig. Verksamhetschef tar kontinuerligt del av avvikelserapporter och ger återkoppling till ansvarig sjuksköterska, rehab och enhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet.

Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter i hälso- och sjukvården och för över dessa till journalen/VODOK där bedömning redovisas med vidtagna och planerade åtgärder. Informationsöverföring sker minst tre gånger per dygn mellan de olika arbetspassen

Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada gör verksamhetschefen utredning av händelsen och skickar denna till Temabos MAS. Temabos MAS gör därefter en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad samt fattar beslut om huruvida en anmälan enligt Lex Maria ska göras till IVO.

Under året har vi anmält en Lex Maria.

Hantering av klagomål och synpunkter

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid Temabos VD samt uppdragsgivare informeras omgående. Då boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa d.v.s. ej direkt påverka den boendes situation och är en engångsföreteelse, frågar vi om den som lämnar synpunkten vill att den ska hanteras enligt vår synpunkts- och klagomålshantering. Om de inte önskar det är det möjligt att frångå handlingsplanen och endast föra in synpunkten på synpunkts- och klagomålsblanketten och vidta åtgärd. Då boende eller närstående har permanenta synpunkter ska verksamhetschefen bedöma om det ska erbjudas kontinuerliga möten för planering och avstämning.

Anvisningar vid skriftliga synpunkter och klagomål

Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras på avsedd blankett med inlämnat skrivelse som bilaga. Detta för att säkerställa att vi har namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.

Mottagandet av synpunkt/ klagomål bekräftas till avsändaren. Det sker genom direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå. Ärenden skall analyseras och utredas med hjälp av en handlingsplan. Handlingsplanen redovisar vari missförhållandet består, vilka de faktiska omständigheterna är och vilka befintliga rutiner som finns. Planen innehåller också en bedömning av händelsen samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder med målformulering. Om ärendet är omfattande med många inblandade utförs en händelseanalys.

Aktuella medarbetare informeras. Verksamhetschefen informerar VD samt uppdragsgivaren om denne bedömer att ärendet är allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS.

Baserat på analysen alternativt händelseanalysen görs en handlingsplan som förankras hos aktuella medarbetare.

Återkoppling via handlingsplan sker även på Kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade så att det inte upprepas igen.

Synpunkter och klagomål registreras som statistik på sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål.

Typ	Klagomål/synpunkter/avvikelser	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse	
Klagomål/Avvikelser lämnade av:	Boende			0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	4	
	Närstående/God man/Förvaltare	1	2	0	0	0	10	0	2	2	3	2	2	24	
	Annan (tex okänd)		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Personal på enhet	52	35	23	12	13	4	7	31	25	42	10	35	289	
Summa		53	38	23	12	13	17	7	33	27	45	13	37	318	
Klagomål/Avvikelser som avser:	Felaktig läkemedelshantering		4				1		5	3	7	3	2	25	
	Undersökning/Behandling som uteblivit/fördrojts eller utförts felaktigt					1								1	
	Brister i nutrition/vätsketillförsel														
	Trycksår														
	Fall	42	28						22	23	36	7	30	188	
	Då medicintekniska produkter varit inblandade					1								1	
	Brister i omsorgen	4	1	2	2	3			3		2		2	19	
	Brister i informationsöverföring (ex mobiler)					1	1							2	
	Brister i tillsyn av boende	1		8	1	2							2	14	
	Arbetsmiljö												2	2	
	Leverantörsavvikelse														
	IT/Teknik					2								2	
	Begäran om utredning och eventuell åtgärd vid klagomål (SDF)														
	Städning				3				1						1
	Brister i egenkontroll	4				1	1		2	2					10
	Bemötande				1			2							3
	Annat	2	5	10	4	6	11	3	1	1		3			46
	Bemannning														
	Larm							2	1						3
	Summa		53	38	24	12	13	17	7	33	27	45	13	38	317
Totalt		106	76	47	24	26	34	14	66	54	90	26	75	635	

En utredning enligt Lex Maria genomfördes som föranledde en anmälan till IVO. Inget beslut har inkommit än.

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs enligt Temabos ledningssystem i tabellform för avvikelsestatistik under ett kalenderår. Mönster och trender synliggörs i tabellen och redovisas på kvalitetsforum och arbetsplatsträffar där alla yrkeskategorier närvarar. Resultatet tas till vara och leder till lokala handlingsplaner.

Vid kvalitetsforum behandlas alla inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål. Handlingsplan upprättas beroende på arten av avvikelse. I vissa fall för en specifik avvikande händelse och i andra fall en plan för att bryta ett mönster eller trend som framkommer vid studie av avvikelsestatistiken.

Verksamhetschef och enhetschef är ansvarig för att synpunkterna/klagomålen blir återkopplade till den som inkommit med synpunkten.

Samverkan med patienter och närstående

Alströmerhemmet ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott bemötande genom god informationsgivning.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till enhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten. Information om Klagomål och synpunktshantering finns med i materialet.

Alströmerhemmet bjuder in och uppmuntrar boende och närstående att medverka i olika forum. Genom närståendes deltagande vid forum som exempelvis vårdplanering samt vårdprocessens olika skeden medverkar de i patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Likaså har varje boende en utsedd kontaktman bland omvårdnadspersonalen. Det råder givetvis alltid tystnadsplikt om den boendes personliga förhållanden. Den boende, alternativt god man, avgör vilken insyn de närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs.

Verksamhetsledningen är dagligen ute i verksamheten och hälsar på boende och personal samt deltar i olika aktiviteter och arrangemang där det finns möjlighet att möta boende och närstående.

Verksamhetsledningen finns dagligen nåbar för närstående på plats, mail- eller telefonledes. Ett informationsbrev till närstående skickas ut varje månad. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten under månaden som gått och vad som planeras inför nästkommande månad, viktiga förändringar samt annat av intresse.

En gång per termin inbjuds närstående till möte på Alströmerhemmet. Sen hösten delar vi upp träffarna per enhetschef. Vi tror att det ökar möjligheterna till diskussion och utbyte mellan alla närvarande.

Resultat

Följande kompetensutvecklingsaktiviteter har genomförts baserat på analys av individuella kompetensutvecklingsplaner i medarbetarsamtalet, avvikelser, klagomål, synpunkter, brukarundersökning.

Utbildning

Undersköterskeutbildning, 6st vårdbiträden har under året gått utbildning på KUI (Kunskapsinstitutet) och tagit poäng på omvårdnadsprogrammet.

Sju undersköterskor har genomgått handledarutbildning på Åsö vuxengymnasium. Det ger en ökad kvalitet för våra undersköterskestudenter men också för ssk-studenterna.

Dokumentationsakademin, 12 medarbetare har gått utbildning i social dokumentation och lagstiftning.

Vi har genomfört förflyttningsutbildning för nyanställda och sommarvikarier.

Ytterligare 4 medarbetare har under 2016 genomgått administratörskurs för BPSD-registret (enhetschef, sjukgymnast och två undersköterskor).

Sjuksköterskorna har haft utbildningskalendarium under våren och hösten 2016.

Under våren har tyngdpunkten varit på palliativ omvårdnad, smärta och smärtbehandling samt läkemedelshantering.

En sjuksköterska har gått kursen "Psykiatriska diagnoser" på KUI.

Två ssk har gått "Att bemöta demens och förvirring inom demenssjuksvården: Hur gör man"

En ssk och en usk har gått kursen " Att undvika tvång och begränsningar vid kognitiv svikt"



Undersköterskor har deltagit i föreläsningar på Röda Korsets Högskola i







- Bedömning av hud och sår
- Omvårdnad i livets slut
- Äldres psykiska hälsa

Vi har fortsatt arbetet med att öka användandet och registreringen i Senior Alert och BPSD samt Palliativa registret.





Vi har ökat antalet boende som har individanpassade inkontinenshjälpmedel.

Klagomål/Avvikelse lämnade av:

Kla gom ål/s ynp unkt er/a vvik else r	Enh et	Antal												Su mm a/Av vike lse	
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec		
Boe nde	Alstr öme rhe mm et			0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	4	 

Klagomål/synpunkter/avvikelser	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse	
Närstående/ Godman /Förvaltare	Alströmerhemmet	1	2	0	0	0	10	0	2	2	3	2	2	24	 
Annan (textokänd)	Alströmerhemmet		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	 
Personalen	Alströmerhemmet	52	35	23	12	13	4	7	31	25	42	10	35	289	 

Klagomål/Avvikelser som avser:

Klagomål/synpunkter/avvikelser	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse	
Felaktig läkemedelshantering	Alströmerhemmet		4				1		5	3	7	3	2	25	 
Undersökning/Behandling som uteblivit/fördröjts eller utförts felaktigt	Alströmerhemmet				1									1	 

Klagomål/synpunkter/avvikelse	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse
Brister i nutrition/vätsketillförel	Alströmerhemmet													188
Trycksår	Alströmerhemmet								22	23	36	7	30	188
Fall	Alströmerhemmet	42	28											188
Dåmedicintekniska produkter varit inblandade	Alströmerhemmet				1									1
Brister i omsorgen	Alströmerhemmet	4	1	2	2	3			3		2		2	19
Brister i informationsöverföring (ex mobiler)	Alströmerhemmet					1	1							2
Brister i tillsyn av boende	Alströmerhemmet	1		8	1	2							2	14

Klagomål/synpunkter/avvikelse	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse	
Arbetsmiljö	Alströmerhemmet												2	2	☐ ☒
Levnanter/avvikelse	Alströmerhemmet														☐ ☒
IT/Teknik	Alströmerhemmet				2									2	☐ ☒
Begäran om utredning och eventuella åtgärder vid klagomål (SDF)	Alströmerhemmet														☐ ☒
Städning	Alströmerhemmet			3				1						1	☐ ☒
Brister i egenkontroll	Alströmerhemmet	4			1	1		2	2					10	☐ ☒
Bemötande	Alströmerhemmet			1			2							3	☐ ☒

Klagomål/synpunkter/åvvikelse	Enhet	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Summa/Åvvikelse	
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec			
Annat	Alströmerhemmet	2	5	10	4	6	11	3	1	1			3		46	☐ ☒
Bemanning	Alströmerhemmet															☐ ☒
Larm	Alströmerhemmet						2	1							3	☐ ☒

Övergripande mål och strategier för kommande år

2017 har vi en verksamhetsplan med fokus på inflyttningsprocessen. Vi vill synliggöra och stärka teamet där alla inblandade känner sig säkra på vad de ska bidra med när en ny boende flyttar in. Det leder till ett professionellt bemötande av boende som skapar trygghet och en säker hälso- och sjukvård samt en god omvårdnad. Ett led att stärka teamet är att sjuksköterskorna får enhetscheferna som närmaste chef från den 1 mars. Det kortar beslutsvägarna, ökar samarbetet mellan sjuksköterskorna och enhetscheferna som i sin tur leder till att stärka gruppen närmast boende.

Då vi under 2016 utbildade sex palliativa ombud kommer ett annat fokusområde vara vård i livets slutskede. Ombuden kommer att få till uppgift att föra vidare sina kunskaper till övrig personal och i samråd med sjuksköterskorna utveckla/förbättra den palliativa omvårdnaden.

Nedanstående är delar av våra övergripande mål för kommande år när det gäller patientsäkerheten:

All mötesplanering sker som under 2016 med teamforum som högsta prioritet för ssk och rehab.

Samverkan med Röda korsets högskola fortsätter under 2017 med erbjudande om att ta emot studenter samt erbjudande från högskolan att det finns möjlighet för Alströmerhemmets medarbetare att delta i föreläsningar på högskolan.

Även samverkan med KI kommer att fortsätta.

Fortsätta att utveckla avvikelshanteringen så att den avspeglar verkligheten.

Säkra internkontrollen genom att tydliggöra ansvaret mellan cheferna på verksamheten, mellan intern MAS och externa uppföljare.

Fortsätta egenkontrollen av dokumentationen.

Att ha patientsäkerhet som en stående punkt på våra HSL-möten.

Sjuksköterskorna är ansvariga för att vårdplanering genomförs inom 14 dagar efter att ny boende har flyttat in samt att alla professioner är kallade till mötet.

Att samtliga boende får en bedömning av munhälsa och inkontinens genom att bedömningsinstrumentet ROAG och NICOLA används i samma utsträckning som bedömning av risk för trycksår, fall och undernäring. Uppföljning genom registrering av kvalitetsindikatorer varje månad med månatlig återkoppling till ansvarig sjuksköterska.

Sjuksköterskorna är ansvariga för att registrera i kvalitetsregistret Senior alert och använda sig av det för bedömningar av risker för fall, malnutrition och trycksår. Registreringarna i Senior alert ska också kopplas till åtgärder.

Att registrera och använda oss av resultatet från Palliativa registret för att utveckla arbetet med den palliativa vården.

Öka användandet av validerade smärtskalor.

Förbättra resultatet vad gäller efterlevandesamtal.

Se till att läkarinformation/läkarkontakt till patienten blir ett prioriterat område då det är ett utvecklingsområde enligt brukarundersökningen.

Att uppmärksamma antalet fall på kvalitetsforum bl.a genom att fallprevention blir ett tema på mars månads möte.

Samverkan med Röda korsets högskola fortsätter under 2017 med erbjudande om att ta emot studenter samt erbjudande från högskolan att det finns möjlighet för Alströmerhemmets medarbetare att delta i föreläsningar på högskolan.

Även samverkan med KI kommer att fortsätta genom att vi kommer att ta emot KUSK-studenter.