

Patientsäkerhetsberättelse

Gäller för: Attendo Kista vård och omsorgsboende	Dokumentansvarig: Verksamhetschef, Attendo Kista vård och omsorgsboende	Upprättad: 2017-01-23
Version: 1	Utarbetad av: Petra Lindhe & Eva Ström	Reviderad av:

Patientsäkerhetsberättelse

Patientsäkerhetsberättelse för

Attendo Kista vård och omsorgsboende

2016

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål	3
Ansvarsfördelning.....	3
Mät- och uppföljningsmetod	8
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts	9
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser	10
Samverkan	10
Riskanalys.....	11
Rapporteringsskyldighet.....	11
Synpunkter och klagomål	13
Samverkan med brukare och närstående.....	14
Resultat.....	14
Övergripande mål för kommande år	15

Sammanfattning

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är strukturerade och regelbundna teammöten.
- Patientsäkerheten har följts upp genom Egenkontrollen, dokumentationsgranskning, brukarundersökning, verksamhetsuppföljning, kvalitetsgranskning från Apotek Hjärtat, inspektion från livsmedelshygien samt händelserapportering i vårt system Attendo ADD.
- De viktigaste resultaten som uppnåtts är att hälsoplaner inte alltid upprättas när risker utifrån fall, nutrition och trycksår identifieras.

Övergripande mål

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

Ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet är att minska antalet fall på både demensavdelningarna och på de somatiska avdelningarna. Under 2015 har vi sett ett mönster att man ramlar på kvällar och nätter. Det är viktigt med ökad tillsyn och om man är fallbenägen bör fallpreventiva hjälpmedel och åtgärder sättas in. Vår arbetsterapeut och fysioterapeut har två (2) gånger i veckan lånat gymmet i servicehuset för att träna styrka med en sluten grupp brukare, vilket vi hoppas ska få positiv effekt på fallrisk och antalet fall.

Målet har, utöver det övergripande målet, varit att minska antalet läkemedelshändelser jämfört med 2015.

Målet har även varit att bibehålla, och för HSL, förbättra resultatet gällande dokumentation. (2015; SoL: 100%, HSL: 98%)

Ansvarsfördelning

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

Verksamhetschef: Petra Lindhe & Eva Ström

Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.

Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.

Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet.

Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten.

Utredning av händelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.

Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.

Minst en gång årligen utföra Lokal kontroll/verifiering. Se avsnittet om Lokal kontroll/verifiering.

Dokumenterar arbetet i en verksamhetsberättelse/plan, kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.

Verksamhetschefen har det totala ledningsansvaret för Hälso- och sjukvården och kan endast överlåta (inte delegera) vissa uppgifter. Dessa uppgifter ska vara tydligt angivna och det ska också anges om inskränkningar i befogenheterna finns för uppdragstagaren. Den som tilldelats vissa ledningsuppgifter bär själv ansvaret för att syftet med uppgiften uppnås. Verksamhetschefen har även ett ansvar att följa upp att personen som överlåtits uppgifterna sköter uppdraget. Särskild blankett finns, överlåtande av enskilda ledningsuppgifter enligt 30§ Hälso- och sjukvårdslagen.

Biträdande verksamhetschef: Helena Winter

Ansvarar för utredningar och marknadsföring.

Kvalitetssamordnare: Zeynep Yilmaz & Anette Pitkänen

Arbetsuppgifterna ges som skriftligt uppdrag. Verksamhetschefen har huvudansvaret. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att samla in alla händelser under månaden och sammankalla verksamhetens kvalitetsgrupp en gång varje månad. Kvalitetsgruppen består av ett kvalitetsombud per våningsplan, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och verksamhetschef. Kvalitetssamordnaren förebred ärendedragning utifrån inkomna händelser samt skriver protokoll i Attendo ADD. Kvalitetssamordnaren har alltid en punkt på enheternas arbetsplatsträffar. Där redovisas föregående månads händelser och eventuella ändringar av rutiner utifrån kvalitetsmötet. Kvalitetssamordnaren administrerar och sammanställer medarbetartermometern som görs två (2) gånger per år.

Sjuksköterska: Tighisti Afeworki, Moa Fryk, Angelica Persson, Mojibur Rahman, Musie Tesfaiorgis, Katarina Ullström

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

1. framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
2. risk- och händelsehantering
3. uppföljning av mål och resultat
4. rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador
5. bidra till att hög patientsäkerhet uppnås
6. handleda och utbilda omsorgspersonal

Fysioterapeut: Caroline Andersson

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

1. framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
2. risk- och händelsehantering
3. uppföljning av mål och resultat
4. rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador
5. bidra till att hög patientsäkerhet uppnås
6. handleda och utbilda omsorgspersonal

Arbetsterapeut: Klara Bergqvist

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

1. framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
2. risk- och händelsehantering
3. uppföljning av mål och resultat
4. rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador
5. bidra till att hög patientsäkerhet uppnås
6. handleda och utbilda omsorgspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:

1. att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
2. förebygga att brukare drabbas av vårdskada
3. följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

Vård- och omsorgspersonal (Undersköterska, vårdbiträde m.m.)

Medarbetare ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att rapportera och delta i:

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder samt följa verksamhetens rutiner
- risk- och händelsehantering, vilket innebär att medarbetarna ska rapportera händelser och missförhållande/risk för missförhållanden samt ha kunskap om verksamhetens lokala rutiner för detta
- ska vara delaktig i framtagandet av verksamhetens mål och arbeta för att dessa uppnås samt uppföljning av mål och resultat

Vad är en händelse?

En händelse är allt som inte är en förväntad händelse och som avviker från verksamhetens riktlinjer och lokala rutiner och som innebär skada eller risk för skada för brukaren.

Exempel på händelser som ska rapporteras är: fall, aggressioner, hot och våld mellan brukare, läkemedelshändelse, brister i rutiner eller rutiner som inte följs, utebliven omsorgsinsats eller brister i hur en omsorgsinsats utförts samt livsmedelsavvikelse.

Dokumentation vid händelse

När en händelse eller risk för händelse upptäcks ska händelsen dokumenteras. En ***händelserapport*** i Attendo ADD ska alltid skrivas och händelsen ska dokumenteras i brukarens journal. I händelserapporten ska man ange om någon medarbetare skadats vid händelsen. Det är den person som uppmärksammar händelsen som är ansvarig för att en händelserapport skrivs och dokumentation sker i journalen.

Gäller händelsen fysiska ingripanden ska även en särskild blankett för detta fyllas i och bifogas med händelseblanketten.

Gör så här:

1. När en händelse inträffat informera tjänstgörande sjuksköterska omedelbart. Om händelsen bedöms som en särskild händelse ska alltid verksamhetschefen informeras och eventuellt blankett för Lex Sarah eller Lex Maria fyllas i (se lokal rutin Särskild händelse).
2. I en akut situation vidtas omedelbara åtgärder för att minska skada eller risk för skada.
3. All personal som upptäcker en händelse skriver snarast ner händelsen i Attendo Add. För att logga in i Attendo Add och skriva händelsen gör följande:
 1. Logga in på datorn i avdelningens dokumentationsrum
 2. Gå in på "Mötesplatsen"
 3. Klicka på "Händelserapport Add" i den vänstra kanten

4. Logga in med följande uppgifter:

A-sidan

Användarnamn: Kista demensboende

Lösenord: attendo

B-sidan

Användarnamn: Kista ålderdomshem

Lösenord: attendo

Börja med att skriva **rumnummer** i beskrivningen av händelsen.

Gäller händelsen fysiska ingripanden ska en särskild blankett för detta fyllas i och lämnas till verksamhetschefen. Fyll i alla frågor på blanketten. Lämnna den ifyllda händelserapporten till tjänstgörande sjuksköterska.

4. Skriv ut händelsen och lämna i sjuksköterskornas fack på plan 1 vid fall- och läkemedelshändelser. Övriga händelserapporter lämnas i kvalitetssamordnarens fack på plan 1. Åtgärder som vidtas skrivs för hand på utskrivna händelserapport.
5. Om händelsen involverar en brukare ska det dokumenteras både i ParaSoL och VODOK.
6. Kvalitetsgruppen sammanträder en gång varje månad och tidigare händelser följs upp och utvärderas. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att gruppera händelserna samt inhämta information om hur tidigare månads förbättringsåtgärder har fungerat. Förbättringsåtgärder och nya rutiner arbetas fram för aktuella händelser. Vid behov görs riskanalyser. I kvalitetsgruppen ingår: verksamhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut, kvalitetssamordnare och kvalitetsombud från varje våningsplan. Silviasystrar ingår vid behov. Efter mötet skriver kvalitetssamordnaren protokoll i Attendo ADD, senast den 28:e varje månad som kvalitetsutvecklaren i regionen tar del av. Om ordinarie kvalitetssamordnare är ledig eller sjuk ansvarar verksamhetschef för att ersättare utses och att protokoll skrivs i tid.
7. På arbetsplatsträffen varje månad ansvarar kvalitetssamordnaren för att gå igenom händelser som inträffat och nya rutiner som eventuellt tagits fram. Kvalitetssamordnaren går även igenom uppföljning och utvärdering av tidigare månaders händelser. Protokollet från kvalitetsmötet finns i Attendo ADD.

Varje år sammanställs alla händelser i en patientsäkerhetsberättelse och en kvalitetsberättelse. Där redovisas också vilka åtgärder man vidtagit för att händelserna inte ska upprepas.

När du får ta emot synpunkter/klagomål **gå aldrig in i försvarstal eller försvarsställning utan:**

- lyssna utan att avbryta

- ta reda på vad som har hänt. Visa att du är öppen för att ta emot synpunkter/klagomål genom att ställa frågor som "hur, varför, när, vad?"
- svara så gott du kan
- om du inte kan svara hänvisa till sjuksköterska eller verksamhetschef
- rekommendera att en synpunktsblankett fylls i och erbjud vid behov din hjälp med att fylla i blanketten

Synpunktsblankett "Vi vill bli bättre" hittar du i blankettstället i hisshallen.

Alla synpunkter/klagomål ska dokumenteras skriftligt:

- i brukarens journal om det berör brukaren
- i Attendo ADD

Om du får ta emot en muntlig synpunkt/ klagomål, erbjud alltid den som lämnar synpunkten/klagomålet att skriva ner det på avsedd blankett. Om endast muntlig synpunkt lämnas ansvarar du för att skriva ner synpunkten/klagomålet så snart som möjligt och lämna till verksamhetschefen.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till brukare/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt men inom 48 timmar.

Verksamhetschefen gör också en åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar och avdelningsmöten.

Om synpunkten/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärden, hänvisa till företagets kvalitetschef.

Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet. Synpunkter/klagomål sparas hos verksamhetschefen. Verksamhetschefen informerar kund kontinuerligt om de synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Sammanställning av synpunkter/klagomål

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

När en brukare flyttar in görs riskbedömningar utifrån fall, nutrition och trycksår. Samma riskbedömningar görs sedan minst var 6:e månad och/eller vid förändrat hälsotillstånd.

Vid risk för fall, trycksår eller undernäring upprättas en hälsoplan med problem, mål och åtgärd samt uppföljning.

Avdelningarna har teammöte var 5:e vecka och bland annat där följs hälsoplanerna och riskbedömningarna upp.

Ett annat forum för identifiering av risker och eventuella vårdskador är det månatliga kvalitetsmötet. På kvalitetsmötet är samtliga avdelningar representerade samt arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och verksamhetschef. Rapportering från kvalitetsmötet är en stående punkt på verksamhetens APT.

När fallrapport inkommer träffas HSL-gruppen för ett "fallmöte" där orsak och åtgärder diskuteras för att sedan tas vidare till omvårdnadspersonalen för vidare diskussion.

Samtliga brukare har i grund och botten en förebyggande madrass i sängarna, men beställer givetvis en förebyggande eller behandlande madrass för högre kategori av sår om så behövs.

Eventuella vårdskador följs framförallt upp genom statistik från vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter.

Kunskap om vidtagna åtgärder återförs, förutom via APT, även på teammöten och avdelningsmöten för att om möjligt motverka att fler brukare drabbas av de eventuella vårdskadorna.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2015 infördes ICF gällande HSL-dokumentationen. Projektet kring ICF har fortlöpt även under 2016 då det är ett nytt sätt att tänka och dokumentera på. Tillsammans med dokumentationssystemet VODOK har det varit en utomordentligt stor utmaning. Stadsdelen har haft en processledare som har träffat verksamhetens dokumentationshandledare regelbundet samtidigt som Stockholm Stad har anordnat chefsseminarium och utbildningar för ökad förståelse för både ICF och VODOK.

Sjuksköterskorna arbetar med att hålla delegeringar för bland annat läkemedelsadministrering aktuella och fräntagit delegering för de medarbetare som inte klarat av uppdraget.

Alla medarbetare har uppmanats att gå förutbestämda webbutbildningar. För patientsäkerheten har det varit Basala hygienrutiner och Äldre med diabetes.

Vi har i slutet av 2016 haft en specialistsjuksköterska från STRAMA på APT för att prata om antibiotika r/t urinvägsinfektion då verksamheten överanvänt urinstickor och

sjuksköterskorna inte varit uppdaterade på gällande riktlinjer i Stockholms Läns Landsting.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Verksamheten har registrerat i Svenska palliativregistret sedan mitten på 2016.

Jämförelser mellan verksamhetens egna resultat och tidigare resultat har framförallt gjorts via resultatet i den årliga Egenkontrollen som görs internt i företaget. Dokumentation för SoL och HSL ingår i granskningen. Dokumentationsgranskning har utöver Egenkontrollen gjorts internt i verksamheten; SoL: varje kvartal, HSL: varje månad.

Livsmedelshygien från Stockholms Stad har varit på en granskning. Det här en granskning som blir förannonserad någon dag innan, vilket också innebär att det inte, för verksamheten, är en regelbunden kontroll.

Årlig brukarundersökning via Socialstyrelsens enkät har genomförts.

Synpunkter från framförallt närstående har framförts på olika sätt till verksamhetscheferna och följts upp så fort som möjligt både via mailkontakt och/eller telefon beroende på vilken kommunikationsväg budbäraren önskat få återkoppling.

Värderingsarbetet är ett ständigt pågående arbete. Vi väljer ett kort ur värdeleken varje måndag som sedan följer med på avdelningarna och i övriga arbetsgrupper hela veckan. Vi fokuserar på ett värderord i kvartalet. Kortet presenteras på den morgonrapport som äger rum kl. 08.15 måndag-fredag där alla avdelningar och arbetsgrupper är representerade. Vi diskuterar konkreta exempel kopplat till värdekortet. Diskussioner kring värderingar förs även på medarbetarsamtal, teammöten och avdelningsmöten.

Kvalitetsgranskning från Apotek Hjärtat har genomförts och ska så ske vartannat år.

Årlig verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kista Stadsdelsförvaltning.

Samverkan

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

Samverkan sker med läkarorganisation – regelbundna samverkansmöten med Legevisitten två gånger per år där verksamhetschef Anna Rådesjö sammankallar. Uppföljning av arbetssätt, gemensamma rutiner och avvikelser, samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård.

Samverkan med La Romain för planering av besök rörande tandvård.

Samverkan med MAS/MAR – verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kistas Stadsdelsförvaltning en gång per år.

Informationsöverföring säkerställs i och samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten, avdelningsmöten och ledningsgruppsmöten.

Överenskommelse finns med Attendos Mobila Sjukskötersketeam för sjuksköterska nattetid (21.00-07.30, måndag-söndag)

Samverkan sker med beställarenheten, i huvudsak Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning – verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kistas Stadsdelsförvaltning en gång per år.

Risکاناليس

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar görs vid inflyttning för varje boende av omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med boende och i samarbete med kontaktman, arbetsterapeut och/eller fysioterapeut. Riskbedömning görs för fall, nutrition och trycksår. Riskbedömning görs även för behov av skyddsåtgärder både på individnivå och utifrån ett verksamhetsperspektiv. Åtgärder dokumenteras och följs upp i boendes journal.

Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kvalitetssamordnare samt kvalitetsombud. Gruppen träffas varje månad och arbetar bland annat med att identifiera risker, göra riskanalyser samt följa upp vidtagna förbättringsåtgärder.

Verksamheten gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser, inför verksamhetsförändringar eller vid införandet av en ny metod/arbetsätt. Vi bedömer riskernas storlek utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande samt bedömer åtgärdsförslagets effekt utifrån en riskmatrismall. Verksamhetschefen granskar arbetsskador och tillbud och bedömer risker ur ett boendeperspektiv och verksamhetsperspektiv. Åtgärder vidtas och följs upp.

Verksamhetschef/regionchef beslutar om åtgärder som ska vidtas mot bakomliggande orsaker och därefter följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten. Alla åtgärder följs upp för att säkerställa att de har avsedd effekt.

Verksamhetschef/regionchef informerar alltid den regionala kvalitetsutvecklaren som arbetar centralt och som i sin tur ansvarar för spridning av kunskaperna i företaget.

Rapporteringskyldighet

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

Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av verksamhets- eller regionchefen.

Med allvarlig skada eller sjukdom menas att det som inträffat medfört eller kunde ha medfört att brukaren avlidit, fått livshotande tillstånd, svår kroppskada, sjukdom eller betydande funktionsnedsättning. Liknande händelser som återkommit och som var för sig inte betraktas som allvarligt kan tillsammans bedömas som allvarlig händelse som ska anmälas enligt Lex Maria.

Exempel på händelser som ska leda till anmälan är följande;

- fallskador som fått allvarliga konsekvenser för brukaren och som orsakats av brister i samband med undersökning, vård eller behandling.
- förväxling, felaktig förskrivning, feldosering och felexpediering av läkemedel
- fördröjd undersökning eller felaktig utförd undersökning eller behandling
- otillräcklig eller felaktig information till brukare eller närstående
- brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation och i samarbete mellan olika enheter
- vissa infektioner som uppkommit i vården
- självmord/försök till självmord som orsakats av brister i undersökning, vård eller behandling
- felaktig funktion/konstruktion, felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter

När ska anmälan göras till IVO?

Lex Mariaanmälan ska inkomma till IVO inom två månader från att händelsen inträffade. Om det är av patientsäkerhet betydande att händelsen snabbt kommer till IVO:s kännedom ska anmälan göras direkt dit för att sedan kompletteras.

Information till brukare eller närstående

Har det inträffade inneburit risk för brukaren att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom ska denne underrättas om att anmälan gjorts till IVO. Om brukaren är oförmögen att ta emot eller förstå information ska närstående informeras. Den anmälningsskyldige, det vill säga Attendos interna MAS, är ansvarig för att informera brukare eller närstående om beslut i ärendet, om detta inte bedöms som olämpligt av någon anledning.

Verksamhetens chefs ansvar

- Rapportera till Attendos interna MAS
- Skicka kopia på rapport till Attendos interna MAS, originalet bifogas med journalen
- Påbörja en risk- och händelseanalys

Dokumentation

- Skriv händelserapport i Attendo ADD. Skriv ner det inträffade så fort det är möjligt så att inte viktiga detaljer glöms bort.
- Brukaren ska i samband med att en anmälan upprättas ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.
- Dokumentera i HSL-journalen.

- Anteckning ska göras i journalen att anmälan är gjord samt att brukare eller närstående underrättas samt att regionchef, kvalitetsutvecklare, informationschef och kund informerats.

Synpunkter och klagomål

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

När du får ta emot synpunkter/klagomål **gå aldrig in i försvarstal eller försvarsställning utan:**

- lyssna utan att avbryta
- ta reda på vad som har hänt. Visa att du är öppen för att ta emot synpunkter/klagomål genom att ställa frågor som "hur, varför, när, vad?"
- svara så gott du kan
- om du inte kan svara hänvisa till sjuksköterska eller verksamhetschef
- rekommendera att en synpunktsblankett fylls i och erbjud vid behov din hjälp med att fylla i blanketten

Synpunktsblankett "Vi vill bli bättre" hittar du i blankettstället i hisshallen.

Alla synpunkter/klagomål ska dokumenteras skriftligt:

- i brukarens journal om det berör brukaren
- i Attendo ADD

Om du får ta emot en muntlig synpunkt/ klagomål, erbjud alltid den som lämnar synpunkten/klagomålet att skriva ner det på avsedd blankett. Om endast muntlig synpunkt lämnas ansvarar du för att skriva ner synpunkten/klagomålet så snart som möjligt och lämna till verksamhetschefen. Vid synpunkter från myndigheter inkommer de uteslutande skriftligt. Synpunkter från andra vårdgivare kan inkomma antingen muntligt eller skriftligt. Vid muntligt framförande, be rapportören skriva ner det och överlämna det.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till brukare/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt men inom 48 timmar.

Verksamhetschefen gör också en åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar och avdelningsmöten.

Om synpunkten/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärden, hänvisa till företagets kvalitetschef.

Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet. Synpunkter/klagomål sparas hos verksamhetschefen. Verksamhetschefen informerar kund kontinuerligt om de synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Sammanställning av synpunkter/klagomål

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Rutin finns för hur boende görs delaktig i sin planering av vård/behandling och omsorg. Information ska ges på ett sätt så att boende och närstående upplever delaktighet och att de kan medverka i vården/omsorgen.

Vårdplanering ska ske minst 1 gång/år eller oftare vid förändrat hälsotillstånd. Vårdplaneringen är ett utmärkt forum för brukare och eventuella närstående att framföra synpunkter avseende hur vi kan förebygga vårdskador eller på annat sätt förbättra patientsäkerheten.

Då en vårdskada inträffat informerar vi alltid brukare och närstående som då får möjlighet att medverka i arbetet kring vårdskadan.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antalet läkemedelshändelser 2016 (64 st) har minskat jämfört med 2015 (77 st). Antalet fallrapporter har också minskat 2016 (172 st) jämfört med 2015 (272). Däremot anser vi inte att någon av minskningarna är tillräckliga för att det ska vara patientsäkert.

Brukarundersökningen har dessvärre sämre resultat 2016 jämfört med 2015 och handlingsplan är upprättad. Framförallt gäller det kontakt med sjuksköterska och läkare utifrån patientsäkerhetssynpunkt.

Verksamhetsuppföljningen från Rinkeby-Kista Stadsdelförvaltning visade endast på att rutin kring medicinsk fotvård inte fanns.

Webbutbildningarna har gett mersmak hos många medarbetare som på eget initiativ gjort fler än verksamheten haft krav på. Det har varit varierat hur mycket information man tagit till sig, vilket också har gett uttryck i verksamheten då alla inte alltid talat "samma språk".

I den årliga Egenkontrollen erhöll verksamheten ett något lägre, men godkänt resultat för både SOL- och HSL-dokumentationen. Däremot fanns det punkter så som kontrollräkning av narkotika, uppdaterade/giltiga delegeringar, generella ordinationer för läkemedel samt temperaturmätning r/t livsmedelshygien.

Kvalitetsgranskningen från Apotek Hjärtat visade på brister i vårt nya läkemedelsrum, några av bristerna var vi medvetna om redan från början då våra centrala riktlinjer inte stämmer helt överens med apotekarens.

Dessvärre har inte hälsoplaner inte alltid upprättats när riskbedömningar har visat på en risk för till exempel fall, undernäring och/eller trycksår.

Samverkan med läkarorganisationen Legevisitten fungerar bra. Verksamhetschefen önskar få direkt återkoppling om något inte fungerar och tar då tag i våra synpunkter på en gång och återkopplar snabbt. Legevisitten är duktiga på att informera om förändringar och har en utmärkt webbsida där det finns väldigt mycket matnyttig information och hjälp.

Målen för minskat antal fallrapporter och läkemedelshändelser är uppnått, men vi anser att antalet händelser är tillräckligt låg för att det ska vara patientsäkert. Målet gällande dokumentationen är dessvärre inte uppnått då både SoL- och HSL-dokumentationen försämrats 2016 jämfört med 2015.

Övergripande mål för kommande år

Ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet är att minska antalet fall på både demensavdelningarna och på de somatiska avdelningarna. Dessvärre har vi inte under 2016 sett något mönster för när brukarna faller utan de "bara" faller.

Målet är, utöver det övergripande målet, att minska antalet läkemedelshändelser jämfört med 2016.

Målet är även att förbättra både SoL- och HSL-dokumentationen som försämrats under 2016.

