

**Patientsäkerhetsberättelse för
Attendo Flottiljens äldreboende
År 2016**

**Verksamhetschef
Ninozka Uribe
20170130**

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| ÖVERGRIPANDE MÅL | 3 |
| ANSVARSFÖRDELNING | 3 |
| MÄT- OCH UPPFÖLJNINGSMETOD..... | 4 |
| HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS OCH VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS | 5 |
| UPPFÖLJNING GENOM LOKALA OCH EXTERNA KONTROLLER OCH JÄMFÖRELSER | 8 |
| SAMVERKAN..... | 8 |
| RISKANALYS..... | 8 |
| RAPPORTERINGSSKYLDIGHET..... | 9 |
| SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL | 9 |
| SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS..... | 10 |
| SAMVERKAN MED BRUKARE OCH NÄRSTÅENDE | 10 |
| RESULTAT | 10 |
| ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR KOMMANDE ÅR..... | 11 |

Sammanfattning

I början av 2016 låg fokus på att rekrytera erfarna och kompetenta sjuksköterskor till Flottiljen. En stabil sjuksköterskegrupp är nödvändig för att skapa hög patientsäkerhet, god kvalitet och trygghet i arbetsgrupperna.

Senare har fokus flyttats till uppföljning och uppdatering av både HSL- och SoL dokumentation samt riskbedömningar inom de olika områdena.

Andra områden som prioriterats har varit avvikelse- och klagomålshanteringen.

Avvikelse har följts upp och åtgärdats omgående. Avvikelse av vikt har senare återkopplats och diskuterats på APT.

Klagomålshanteringen har, även den, följts upp, åtgärdats och återkopplats omgående till de berörda.

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. Alla medarbetare skall känna till vårt kvalitetsarbete.

Målen för patientsäkerhetsarbetet har reviderats under året, utifrån behov och resurser.

Varje månad på arbetsplatsträffen är kvalitet en punkt på agendan vilket gör kvalitetsarbetet levande. De olika arbetsgrupperna turas om att berätta för sina kollegor om olika rutiner/riktlinjer som berör verksamheten och våra brukare. Flottiljen har även arbetat med värdegrund och värdegarantier under året för att öka kvaliteten. Diskussioner sker på veckans gemensamma fika, APT samt värdegruppsmöten.

Ansvarsfördelning

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

På Flottiljens äldreboende har verksamhetschef det yttersta ansvaret för att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt. Sjuksköterskan på respektive avdelning är medicinsk- och omvårdnadsansvarig på sin avdelning, men det är verksamhetschefen som har det yttersta medicinska ansvaret. På verksamheten finns sjuksköterskor dygnet runt. Varje avdelning har en egen patientansvarig sjuksköterska. En sjukgymnast 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 enheten har en kvalitetsgrupp som månadsvis träffas för att gå igenom föregående månads samtliga händelser.

Gruppen består av verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, sjukgymnast 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 Flottiljen 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

Sjukgymnast

- 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/sjukgymnast som tar emot händelserappen ansvarar att det dokumenteras i SoL respektive HSL journalen.

I kvalitetsarbetet använder vi Järfälla Kommuns blanketter samt att vi använder Attendos kvalitetssystem ADD där varje avvikelse inrapporteras också. En rapport skrivs på allt som avviker. Alla händelser kommer upp på kvalitetsmötet varje månad och resultatet av åtgärderna följs sedan upp månaden därefter. Samtliga händelser och åtgärder dokumenteras.

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.

APT är ett viktigt forum för information till medarbetare så att samtliga arbetar på samma sätt i patientsäkerhetsarbetet. På varje avdelning finns ett kvalitetsombud och denne ansvarar för att motivera kollegorna att varje månad även läsa protokollet från kvalitetsrådet samt signera att de läst.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

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 eller biträdande verksamhetschef
- Sjukgymnast

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 och statistik skrivs in i vårt kvalitetsystem ADD efter varje möte av kvalitetssamordnare.

- Verksamhetschefen ansvarar för att ta emot avvikelser i Procapitas avvikelssystem och behandla dem.

Efter inrapportering i vårt ADD system kan vi varje månad se 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 mäts är:

- 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 (tex antidecubitus madrass) och rätt näring och vätska, kontroll av hud kostym och arbetar med god inkontinensvård.

Utbildningar

Seminarieum, Framtidens Äldreomsorg: 2 st

HBTQ-utbildning: 2 st

Äldres behov i centrum: 1 st

Värdegrundsträffar: Samtliga anställda

Förflyttningsutbildning med sjukgymnast

Webbutbildningar

Demens ABC

Demens ABC plus

E-utbildning i Basala hygienrutiner

Nollvision

Arbetsmiljöverkets ergonomiutbildning

Ergonomiutbildning

80% av den fast anställda omsorgspersonalen är utbildande undersköterskor och de övriga är vårdbiträden. Två specialistutbildade undersköterskor, Silviasystrar finns på enheten. 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

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 av en av vårdavdelningarna så att alla skall bli delaktiga.

Kvalitetsregister

Vi har under året registrerat dödsfall i Palliativa registret.

Registrering i Senior Alert har kommit igång ordentligt.

Arbetet med BPSD har inte fungerat optimalt. Planen är att återuppta arbetet under 2017.

Utifrån registren kan verksamheten få ut intressant statistik som klart och tydligt visar vilka förbättringsområden som finns inom verksamheten.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Flottiljens äldreboende har haft uppföljning externt från kommunen och utifrån resultat och analys har handlingsplaner skapats.

- Egenkontrollen av HSL och SOL dokumentationen gjordes under våren av kvalitetsavdelningen på Attendo. Det uppmärksammades en del brister i både HSL- och SoL dokumentationen.
- Socialstyrelsens brukarundersökning 2016 visar att vi behöver arbeta med information gällande klagomålshantering, information kring förändringar samt läkarens tillgänglighet.
89% av de svaranden är nöjda med Flottiljen som äldreboende.
- Under året har vi haft flera synpunkter. Synpunkterna har gällt bemötande samt brister i rutiner.

Samverkan

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

Flottiljen har sjuksköterska dygnet runt. Läkargruppen är Legevisitten som Järfälla kommun har avtal med. Rond sker en gång i veckan läkaren, utöver detta kontaktas läkaren per telefon vid behov. Läkaren kan komma på hembesök andra dagar än rondens om behov finns.

Flottiljen samverkar med Järfälla kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterska. Samtliga rutiner utgår från MAS riktlinjer. Verksamheten har en mycket bra kontakt med MAS.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikobedömningar har ovan beskrivits en 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

kvalitetssamordnaren har gått utbildning i Risk och händelseanalys. Risk och händelseanalyser rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis.

Rapporteringskyldighet

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. Vi använder Järfälla kommuns blanketter.

Om en händelse är allvarligare så skrivs en avvikelseblankett och lämnas till verksamhetschef direkt. Verksamhetschef kontaktar inblandande omgående, informerar kommunens äldreomsorgschef och MAS samt regionchef och kvalitetsavdelning i Attendo. Regionchef utser en person att utreda händelsen och en händelseanalys och åtgärdsplan görs sedan. Kommunens MAS gör en anmälan om Lex Maria till Socialstyrelsen vid behov.

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.

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 välkomstmateriel lagt in blanketten ”Vi vill bli bättre” samt verksamhetschef, regionchefs och vd telefonnummer.

Verksamhetschef skriver även månadsbrev till de boende samt de närstående som lämnat sina mailadresser och där uppmanar verksamhetschef några gånger per år om vikten att i tid påtala eventuella synpunkter.

När vi får klagomål eller synpunkter lyssnar vi utan att avbryta och försöker ta reda på vad som hänt och svarar på synpunkterna.

Kan medarbetaren inte svara hänvisar denne till sjuksköterska eller verksamhetschef/biträdande verksamhetschef.

Om synpunkt eller klagomål inkommer skriftligt kontaktas de inblandade snarast, men senast inom två arbetsdagar och försöker lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och tid för utvärdering skall ske inom 2 veckor. Om situationen ej kan lösas på plats kontaktar verksamhetschefen sin tur regionchef.

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

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

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 brukarråd där representanter från avdelningarna deltar. Där har brukarna möjlighet att ta upp olika frågeställningar samt få information från Flottiljen.

Två gånger per år hålls ett närståendemöte på Flottiljen. Närstående bjuds in till enheten. En agenda för innehållet på mötet finns. Varje vecka skriver aktivitetsansvarig ett veckobrev som verksamhetschefen sedan mailar ut. I det mailet har verksamhetschefen möjlighet att informera om vård skador, Patientnämnden eller om Socialstyrelsens arbete eller annat som kan vara viktigt att informera om.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Patientsäkerhetsarbete, händelser under 2016

| Händelse/ Avvikelse | Flottiljen |
|--------------------------|------------|
| Läkemedel | |
| Utebliven läkemedels dos | 29 |
| Fel läkemedels dos | 3 |
| Förväxling av lm och pat | 0 |
| Annat | 4 |
| Fall | |
| Ingen skada | 46 |
| Lättare skada | 11 |
| Fraktur | 1 |
| Trycksår | 3 |

Analys av händelser på Flottiljen:

Antalet inrapporterade avvikelser har minskat i helhet på Flottiljen. Vi arbetar kontinuerligt med att påminna om vikten av att arbeta förebyggande genom att lära från uppmärksammade brister.

Infektioner i särskilt boende

| | |
|--|----------------------------|
| | 2016 Antalet brukare 50 st |
| Antal boende m suprapubis urinkateter | 0 |
| Antal boende m urinkateter via urinröret | 2 brukare/ månad |
| Fall av antibiotika behandling | |
| Pneumoni | 4 |
| UVI hos vårdtagare m suprapubisk urinkateter | 0 |
| UVI hos vårdtagare m urinkateter via urinröret | 2 |
| UVI hos vårdtagare utan kateter | 72 |
| Sårinfektion | 1-2 i månaden |
| Annan hud-o mjukdelsinfektion | 2 |
| Annan infektion | 15 |
| Utbrottsbenägna virusinfektioner | |
| Virusorsakad magsjuka | 10 |

Resultat HSL målen 2016

- HSL dokumentationen har visat på en del brister. Framför allt p.g.a. många vikarier i väntan på ordinarie sjuksköterskor.
- Riskbedömningar, fall, nutrition och trycksår: samtliga brukare har aktuella riskbedömningar gjorda inom två veckor.

Övergripande mål för kommande år

Målsättning 2017

- Godkänd HSL dokumentation i egenkontrollen 2017
- Riskbedömningar fall, nutrition och trycksår inom 14 dagar vid inflyttning
- BMI på alla brukare var tredje månad
- Inga trycksår uppkomna på enheten
- Inte öka antalet fall
- Fortsatt arbete med Senior Alert och Palliativa registret. Påbörja arbetet med BPSD.

En utmaning under året och kommande år är att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor.