

**Patientsäkerhetsberättelse för
Attendo Flottiljens äldreboende
År 2015**

**Verksamhetschef
Elisabeth Forssén 160119**

Innehåll

ÖVERGRIPANDE MÅL	3
ANSVARSFÖRDELNING	4
MÄT- OCH UPPFÖLJNINGSMETOD	5
HUR PATIENTSÄKERHETSARBETET HAR BEDRIVITS OCH VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS	6
UPPFÖLJNING GENOM LOKALA OCH EXTERNA KONTROLLER OCH JÄMFÖRELSER	10
SAMVERKAN.....	10
RISKANALYS.....	10
RAPPORTERINGSSKYLDIGHET.....	11
SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	12
SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS.....	12
SAMVERKAN MED BRUKARE OCH NÄRSTÅENDE	12
RESULTAT	13
ÖVERGRIPANDE MÅL FÖR KOMMANDE ÅR.....	14

Sammanfattning

Under 2015 förändrades en avdelnings inriktning från växelvård till platser för personer med demenssjukdom. Flottiljens äldreboende består nu av 50 permanenta platser fördelade på fem avdelningar. Tre avdelningar är för personer med demenssjukdom och två med omvårdnadsinriktning

På Flottiljen arbetar vi aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Ett kvalitetsråd bestående av verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, sjukgymnast och fyra kvalitetsombud träffas en gång i månaden.

På kvalitetsrådet arbetar vi fram nya rutiner utifrån händelser, gör riskanalyser utifrån riskbedömningar, pratar om synpunkter och klagomål. Utifrån mötet görs en statistik på de händelser som varit under månaden. Denna statistik skickas till kommunens Medicinskt ansvariga sjuksköterska samt till kvalitetsavdelningen på Attendo.

Föregående månads kvalitetsprotokoll följs upp för att se om åtgärderna hade förväntat resultat eller om de skall omarbetas. Ett nytt protokoll skrivs för innevarande månad Alla medarbetare skall läsa och signera. Protokollet sätts sedan in i en kvalitetspärm på varje avdelning av kvalitetsombuden. Varje månad kommer ett kvalitetsindex till verksamhetschefen som visar hur enheten arbetat med kvalitén. Vidare tar verksamhetschefen och kvalitetssamordnaren upp händelser på arbetsplatsträffen varje månad. Kvalitet är en stående punkt på agendan.

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

Samtliga medarbetare har skrivit på Järfälla kommuns hygienkontrakt och verksamhetschefen har kontrollerat följsamheten av hygienriktlinjerna tre gånger under året.

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

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

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. I detta är ett fungerande kvalitetsarbete en förutsättning.

De konkreta målen var:

- Riskbedömning för fall, nutrition och trycksår på samtliga brukare inom två veckor efter inflyttning
- BMI på alla brukare var tredje månad.
- Få en godkänd HSL dokumentation i egenkontrollen

- Inga trycksår uppkomna på enheten
- Minska antalet fall med 5%
- Börja registrera i BPSD i Q1

Varje månad på arbetsplatsträffen är kvalitet en punkt på agendan vilket gör kvalitetsarbetet levande. Flottiljen har även arbetat med värdegrund och värdegarantier under året för att öka kvaliteten. Stor vikt har även varit på Etik och bemötande.

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. Verksamhetschefen har en biträdande verksamhetschef till sin hjälp och verksamhetschefen har delegerat HSL ansvaret till sin biträdande verksamhetschef. 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, 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 händelserapporten 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 avvikelse skrivs på allt som avviker. Blanketten lämnas sedan till sjuksköterska och sjukgymnast som direkt påbörjar utredning av vad som hänt och planerar ibland åtgärder direkt och ibland väntas det till kvalitetsrådet beroende på typ av händelse. Alla händelser kommer upp på kvalitets mötet varje månad och resultatet av åtgärderna följs sedan upp månaden därefter. Samtliga händelser och åtgärder dokumenteras.

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

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

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

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

På APT redovisas varje månad Kvalitetsindex.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Nedan beskrivs hur Flottiljen har arbetat med patientsäkerhetsarbete.

Olika typer av händelser:

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

Fallavvikelser-alla typer av fall.

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

Avvikelser i vårdkedjan: Internt eller externt, att det brustit i vårdkedjan. Vid externa avvikelser skriver verksamhetschef i blanketten ”Avvikelse rapport i vårdkedjan” och skickar den till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen för vidare handläggning.

Avvikelse rapport för läkarinsatser: Kan gälla bristande eller utebliven service som gäller läkarinsatser. Verksamhetschef fyller i blankett som snaras vidarebefordras till kommunens MAS.

Specifik omvårdnad/Rehabilitering: Kan gälla tex matning, rehabilitering, sondmatning mm

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

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

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

Kvalitetsmöte

En gång i månaden håller vi ett Kvalitetsmöte.

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

Syftet med mötet

Att säkra, följa upp och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Vår lokala kvalitetsgrupp består av:

- Kvalitetssamordnare
- Kvalitetsombud (en från varje våningsplan) eller representant från avdelningen.
- Sjuksköterska
- Verksamhetschef 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, under 2015 fick vi ett nytt bättre system ADD. Indexet är ett instrument som sammanställer ett antal parametrar för att mäta kvaliteten på våra enheter. De delar som 2015 mättes var:

- Händelser/avvikelser
- Särskilda händelser
- Brukarundersökningar
- Värderingsarbete
- Projekt
- Egenkontroll
- Externa granskningar
- Dokumentation, SOL och HSL
- Riskanalyser

- Genomförandeplaner

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

Riskbedömningar

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

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

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

Förebygga trycksår, ser på status utifrån Norton, jobbar med tryckavlastning (tex antidecubitus madrass) och rätt näring och vätska, kontroll av hud kostym och arbetar med god inkontinensvård.

En säkrare hantering för utdelning av läkemedel på avdelningen gjordes under året med en läkemedelsansvarig per avdelning och dag som säkerhetsställer att läkemedlen är givna och signerade.

Flottiljen har under året jobbat med att förbättra arbetet med risk och händelseanalys och rapporterar in detta till kvalitetsavdelningen på Attendo. Som utgångspunkt har Socialstyrelsens metod för Risk och Händelseanalys använts. Händelseanalys genomförs på alla allvarigare händelser. Kvalitetssamordnaren är ansvarig under verksamhetschefen att initiera riskanalyser och kommer även att hålla i möten med kvalitetsombuden ett antal gånger per år för att leda arbetet med riskanalyser. Verksamhetschefen har gått utbildningen tidigare. Ett nytt kvalitetssystem, ADD infördes i företaget under året.

Utbildningar

Demensutbildning med Kajsa Båkman, för samtliga medarbetare som arbetar på demensenheter.

Utbildning i Värdegarantier, både chef, medarbetare och värdegrundsledare.

Värdegrundsledarna har hållit i mindre grupper på enheten.

BPSD utbildning

ROAG munhälsa 15 personer

Kost och nutrition utbildning, två sjuksköterskor

Central introduktion för sjuksköterskor, 2 st

Grundläggande patientsäkerhets- verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, två sjukgymnaster och två sjuksköterskor

Förflyttningsutbildning, Durewall, en sjukgymnast

Inkontinensutbildning, ett trettiotal medarbetare

Inkontinens/sårvård: tre medarbetare

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

Sen har medarbetarna även gått diverse interna utbildningar och deltagit i nätverksträffar.

Rutiner

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

Kvalitetsregister

Vi har under året registrerat dödsfall i Palliativa registret. Registrering i Senior Alert görs men inte fullt ut. Under året har vi påbörjat arbetet med BPSD.

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.

- En jämförelse från föregående år är gjord i Palliativa registret. En analys av jämförandet är gjord. 18 brukare har avlidit under året, 14 på enheten och resterande fyra på sjukhus.
- Uppföljning från kommunen gjordes i början på året och utifrån detta gjordes en handlingsplan.
- Egenkontrollen av HSL och SOL dokumentationen gjordes under våren av kvalitetsavdelningen på Attendo. På denna fick vi 100%.
- Socialstyrelsen gjorde en brukarundersökning 2015 och den visar att andelen nöjda sammantaget är 85%. Då vi inte fick några enskilda resultat i Järfälla föregående år kunde ingen jämförelse göras med föregående år. Gör man jämförelse med andra enheter i kommunen på de enskilda brukarfrågorna så har Flottiljen fler svar med högre positivt omdöme än andra enheter.
- Under året har vi haft fyra synpunkter. Tre av dessa har gällt bemötande och det gäller två enskilda medarbetare som verksamhetschefen haft samtal med.
- Verksamhetschefen har två gånger per år kontrollerat hygienfölsamheten, om medarbetarna följer de hygienrutiner som finns. Detta har gjorts vid morgonrapport på fredagar. Vid egenkontrollen fanns inte heller någon anmärkning gällande hygienfölsamheten.
- Varje kvartal lämnar sjuksköterskorna in blanketten Infektioner i särskilt boende.

Samverkan

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

Flottiljen har sjuksköterska dygnet runt. Läkareorganisationen 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.

Verksamheten har haft fyra samverkansmöten/dialogmöten med MAS under året, i övrigt finns en god kontakt både via mail och telefon. Ett antal möten har även hållits gällande en ny avvikelsemodul o dokumentationssystemet Procapita.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

En riskanalys görs exempelvis

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

Kvalitetsgruppen träffas varje månad och gruppen arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. På arbetsplatsträff har riskanalys genomgåts. Verksamhetschef och 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.

Varje månad sammanställer verksamhetschefen samtliga risker och händelser som skett. Statistik skickas till MAS. Varje månad jämförs med föregående månad och om något avviker görs en analys av orsak samt en åtgärdsplan. Varje halvår sammanställer verksamhetschefen händelserna.

Synpunkter och klagomål

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

För att kunna utveckla verksamheten är det mycket viktigt att ta till vara på de synpunkter som brukare och dess närstående har. Vi har därför i vårt 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 2015

Händelse/ Avvikelse	Flottiljen
Läkemedel	51
Utebliven läkemedels dos	49
Fel läkemedels dos	1
Förväxling av lm och pat	0
Annat	1
Fall	77
Ingen skada	66
Lättare skada	9
Fraktur	2
Trycksår	0

Analys av händelser på Flottiljen: Antalet läkemedelsavvikelser har varit fler än föregående år och det är framför allt en avdelning som stått för många. Gällande rutiner har inte följts och det har berott dels på kommunikationsbrist till nya timanställda som inte haft delegering.

Antalet fall under året har varit ytterligare färre än det två föregående åren. Om fall och balansprojektet har spelat in eller om det ligger på brukarnivå är svårt att utvärdera, men enheten arbetar mycket med fallförebyggande åtgärder. Projektet är klart men fall och balansgruppen har blivit en stående grupp två gånger i veckan på Flottiljen.

Resultat externa och interna kontroller och jämförelser

- Palliativa registret: En jämförelse från föregående års förbättringsplan är gjord. Områden som analyserades var exempelvis: förekomst respektive lindring av smärta, illamående och ångest, om brukaren hade närstående, närstående och personal eller personal närvarande vid dödsögonblicket.
- Vid egenkontrollen 2015 blev fick enheten 100% på både HSL och SoL dokumentation.
- Synpunkter och klagomål: Har varit färre än föregående år, kan kanske bero på att tidigare år har korttids/växelvårdsavdelningen fått de flesta synpunkterna men den gjordes under året om till en demensavdelning.
- Hygienföljksamhet: Medarbetarna på Flottiljen följer hygienrutinerna mycket bra. Vid fyra tillfällen har verksamhetschefen undersökt följksamheten gällande hygienriktlinjerna och vid två tillfällen har spasamordnaren haft klocka och ring på sig.

Infektioner i särskilt boende

	2015 Antalet brukare 40 st
Antal boende m suprapubis urinkateter	1 under en kortare tid
Antal boende m urinkateter via urinröret	2 brukare/ månad
Fall av antibiotika behandling	
Pneumoni	2
UVI hos vårdtagare m suprapubisk urinkateter	0
UVI hos vårdtagare m urinkateter via urinröret	0
UVI hos vårdtagare utan kateter	68
Sårinfektion	1-2 i månaden
Annan hud-o mjukdelsinfektion	3
Annan infektion	14
Utbrottsbenägna virusinfektioner	
Virusorsakad magsjuka	6

Resultat HSL målen 2015

- HSL dokumentationen blev godkänd i egenkontrollen
- Riskbedömningar, fall, nutrition och trycksår: samtliga brukare har aktuella riskbedömningar gjorda inom två veckor.
- Ett trycksår uppkommit på enheten, men utläkt
- Antalet fall minskade under 2015 med 49% från 151 fall föregående år till 77 fall. Förklaringen är att korttids/växelvårdsavdelningen stod för många fall och att avdelningen gjordes om till en demensavdelning.
- Registrering i BPSD har påbörjats men vi har en hel del att arbeta vidare på.

Övergripande mål för kommande år

Målsättning 2016

- Godkänd HSL dokumentation även i EK 2016
- 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 BPSD och Senior Alert, informera och visa nyrekryterade direkt.

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