

Kvalitets- patientsäkerhetsberättelse för

Attendo Viksjö

År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

2018-03-01 Jeanette Danielsen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
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	6
Samverkan	8
Risikanalys	8
Rapporteringskyldighet.....	9
Synpunkter och klagomål	9
Samverkan med brukare och närstående	10
Resultat.....	10
Övergripande Mål för kommande år	13

Sammanfattning

- På enheten har vi kvalitetsmöte varje månad med kvalitetssamordnare, kvalitetsombud, verksamhetschef, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. På dessa möten görs riskanalyser och åtgärdsplaner utefter händelser som har skett föregående månad. Vid behov utarbetas även nya rutiner för att öka patientsäkerheten. Protokoll från kvalitetsmötena skickas varje månad till kvalitetsavdelningen som sedan sammanställer uppgifterna i ett kvalitetsindex. Verksamhetschefen informerar medarbetarna om resultatet på arbetsplatsträffarna som är en stående punkt på träffarna.
- Kontinuerliga riskbedömningar och aktivt kvalitetsarbete gör det möjligt att identifierar risker för vårdskador. Även teamträffar varje vecka med paramedicinare möjliggör snabba insatser då risker föreligger.
- Medarbetarna har en positiv syn till rapportering av händelser, risker och tillbud. Det är ett återkommande inslag på arbetsplatsträffarna att diskutera händelser som har uppstått och alla medarbetare är delaktiga i förbättringsarbetet när det gäller kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete.
- Vi har mottagit många synpunkter och klagomål under första halvåret men som nu har minskat markant. Vi har en öppen och kontinuerlig dialog med missnöjda brukare och närstående tillsammans med Järfälla kommun.
- Brukare och närstående är alltid delaktiga och i samråd utgår vi från deras önskemål när vi arbetar med patientsäkerhetsarbetet.
- Verksamheten deltog inte i den stora egenkontrollen 2017.

Övergripande mål

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

Verksamheten öppnades i mars 2017 och har inte hat några övergripande mål.

Ansvarsfördelning

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

På Attendo Viksjö har verksamhetschefen det yttersta ansvaret för att vården bedrivs på ett patientsäkert sätt och att den finns ett lokalt kvalitetssystem. Sjuksköterskan är medicinskt- och omvårdnadsansvarig på enheten men det är verksamhetschefen som har det yttersta medicinska ansvaret.

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 riskanalyser
- Att händelser diskuteras och återkopplas på arbetsplatsträffar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Attendo Viksjö.

Kvalitetssamordnare

- Leder den lokala kvalitetsgruppen
- Sammanställer statistik och skickar till kvalitetsavdelningen
- Skriver protokoll efter varje kvalitetsråd

Sjuksköterska/sjukgymnast/arbetsterapeut

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

Det lokala kvalitetsarbetet

Patientsäkerhetsarbetet består till stor del av vårt lokala kvalitetsarbete.

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

Gruppen består av verksamhetschef, kvalitetssamordnare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal som är representanter från respektive våningsplan.

Statistik och minnesanteckningar skickas varje månad till kvalitetsavdelningen på Attendo via det elektroniskt kvalitetssystem AttendoAdd. Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska får via kommunens dokumentationssystem Procapita information om avvikelserna. Protokollet innehåller en kort beskrivning av händelserna, orsak, beslutade åtgärder, ansvarig, datum för uppföljning och uppföljning från föregående månad. Stor vikt läggs på att kedjan är komplett samt att regelbunden uppföljning sker. Kvalitetsavdelningen sammanställer sedan statistiken och rapporterar till ledningen. Alla protokoll sparas elektroniskt i systemet.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Vi mäter vårdskador genom statistik från vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter.

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

På arbetsplatsträffarna redovisas även resultatet av månadens kvalitetsindex.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Kvalitetsmöte

Syftet med mötet är att säkra, följa upp och utveckla kvaliteten i verksamheten.

- Kvalitetssamordnaren kallar och håller i mötet
- Uppföljning av föregående månads händelser
- Utvärdering av tidigare åtgärder
- Genomgång och analys av nya händelser

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. Delarna som 2017 mättes var:

- Händelser/avvikelser
- Särskilda händelser
- Egenkontroll
- Externa granskningar
- Brukarundersökning
- Värderingsarbete
- Riskanalys
- Genomförandeplan

De olika parametrarna är viktade på olika sätt och sammanställs sedan till ett index. Sammanställningen utgörs av månadsrapporter där vi kan följa dels de olika delarna och dels det totala värdet på kvalitén i verksamheten 12 månader tillbaka.

Riskbedömningar

När brukare flyttar in på enheten görs riskbedömningar gällande fall, trycksår, munhälsa och nutrition inom 14 dagar. Även längd och vikt tas samt uträkning av BMI görs i samband med inflyttning.

Fallriskbedömning görs utifrån Downton var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita.

Trycksårsbedömning görs utifrån Norton var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita.

Nutritionsbedömning görs utifrån MNA var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita. Då tas även vikt och uträkning av BMI görs.

Munhälsobedömning görs utifrån ROAG var tredje månad eller vid behov och dokumenteras i Procapita.

Kvalitetsregister

Vi har under året registrerar dödsfall i palliativa registret samt gjort riskbedömningar var tredje månad. Vi har inte kommit igång att registrera i Senior Alert men riksbedömningar görs för fall, nutrition, trycksår och munhälsa.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

- **Öppna jämförelser:** Det finns inga resultat för 2017.
- **Brukarundersökning:** Det finns inga resultat för 2017.
- **Senior Alert:** Attendo Viksjö arbetar aktivt med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring samt munhälsa. Aktuella riskbedömningar finns för alla brukare i verksamheten och flera av brukarna har någon form av risk och mest förekommande är fallrisk. 30 av brukarna har fallrisk, 10 har risk för trycksår och 18 har risk för undernäring. Förbyggande åtgärder finns på alla och uppföljningar är gjorda. Riskbedömningar görs var 6:e månad samt vid behov.
- **Palliativa registret:** Attendo Viksjö har under 2017 haft 8 brukare som avlidit var av 1 brukare avled på sjukhus. 2 av de 7 dödsfallen på enheten är registrerade i palliativa registret och alla var väntade dödsfall. 65 % av de avlidna var helt eller delvis smärtlindrade i Stockholms län och 100 % var helt eller delvis smärtlindrad på Viksjö. Hos 32 % av brukarna i Stockholms län förekom inte smärta och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö 11 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot illamående i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 82 % av brukarna i Stockholms län förekom inte illamående och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö. 48 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot ångest i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 45 % av brukarna i Stockholms län förekom inte ångest och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö. 1 brukare avled med trycksår grad 4 på Viksjö. 100 % av de avlidnas närstående fick erbjudande om eftersamtal och i Stockholm erbjöds 74 % ett samtal.
- **Synpunkter och klagomål:** I samband med nybyggnation av Viksjö har vi fått många klagomål som rör fastigheten. Vi har även fått klagomål att överflytten från Almen till Viksjö ej fungerade optimalt och att det saknades personal på planen när brukarna flyttade in. Avdelningar var inte iordningställda och det saknades inredning. Det saknades tavlor och gardiner. Många klagomål rörde bemanning under året och man påpekade att det var underbemannat. Sammanlagt tog verksamheten emot 18 stycken klagomål under 2017. Vi har även tagit emot flera klagomål att maten inte var ordentligt tillagad och serverades kall. Detta gäller främst helger då personal värmer maten själv. Övrig tid får brukarna varm mat direkt från köket på Viksjö.
- **Avtalsuppföljning kund:** Vi har haft en avtalsuppföljning där kund har tittat på personaltäthet samt våra rutiner gällande, dokumentation, kontaktmanaskap, riskanalys, samverkan, arbetsledning, introduktion, Lex Sarah, klagomålshantering, egenkontroll, alkohol och droger samt misstanke om brott.
- **IVO:** Vi har två anmälningar till IVO från en och samma närstående som gällde klagomål på bemanning och missade ögondroppar. IVO har begärt in handlingar gällande ögondroppar och lämnat meddelande gällande bemanningen.
- **Hygienrond:** vi har haft en hygienrond under 2017.
- **Årlig egenkontroll:** under 2017 har vi inte haft någon årlig egenkontroll.

- **Värderingsarbete:** under 2017 har fyra personer gått utbildning i värdegrund. Vi har även haft nätverksträffar för reflektionsledare som håller i vårt arbete med reflektion för personal.
- **Granskning läkemedelshantering:** under 2017 har vi inte haft någon läkemedelsgranskning.

Orsaksanalys

- **Öppna jämförelser:** Attendo Viksjö öppnades mars 2017 och deltog inte i Socialstyrelsens Öppna jämförelser 2017.
- **Brukarundersökning:** Attendo Viksjö öppnades mars 2017 och deltog inte i Socialstyrelsens Brukarundersökning 2017.
- **Senior Alert:** Verksamheten har inte registrerat riskbedömningar i det nationella registret under 2017. Orsaken är att enheten inte är registrerad i Senior Alert.
- **Palliativa registret:** Verksamheten var nystartad 2017 och hade ingen rutin på att registrera dödsfall samt att första halvåret fanns det inga fasta sjuksköterskor.
- **Synpunkter och klagomål:** Eftersom huset är nybyggt så uppstod det flera fel som är åtgärdade nu vad gäller fastigheten. Orsaken till personalfrågan var att Almens personal skulle gå över samtidigt med brukarna så det var brist i planeringen vad gäller mottagandet av brukarna och att avdelningar blev iordningställda innan brukarna kom. Angående klagomål på maten så har personalen utbildats i uppvärmning av maten och de fungera väl. Vi har inhandlat helgporslin för att öka trivseln.
- **Avtalsuppföljning kund:** Avtalsuppföljning är godkänd och kommunen har tagit del av personaltäthet alla rutiner som de begärde.
- **IVO:** Händelseanalys och begärda handlingar är skickad till IVO. Ingen åtgärd är tagen från IVOs sida angående missade ögondroppar. Orsaken till händelsen var att vid överflytt så fick inte sjuksköterska rapport om att receptet för ögondropparna skulle förnyas och då vi hade haft tillfälliga sköterskor inne så missade vi detta. Vi åtgärdaet det genom att hämta ut läkemedel på en gång och brukaren fick ej droppar vid et tillfälle. Kommunens MAS är även informerad om händelsen. Angående bemanningen så har schemaomläggning gjorts så att det inte är några luckor i bemanningen och det är alltid två personal på planet mellan kl 07:30-20:30.
- **Hygienrond:** Hållare för handskar och förkläde saknas och köps in av kommunen. Stänkskydd och andningsskydd FFP3 ska vara lättillgängliga. Spol- och diskdesinfektorer ska användas regelbundet och rena gods förvaras i skåp. Utbildning av personal behöver genomföras. Egenkontroll av maskinerna ska utföras en gång i veckan och rutin utarbetas. Avställningsytor ska märkas upp med ren och oren yta. Verksamheten behöver också skapa rutin för rengöring av dammsugare.
- **Årlig egenkontroll:** egenkontroll utförs under 2018
- **Värderingsarbete:** vi har fyra värderingscoacher som ansvarar för sina plan och som håller i diskussioner på planet. De deltar också i reflektion av personal.

Nätverksträffar utförs regelbundet med kommunens värdegrundsledare och reflektionsledare.

- **Granskning läkemedelshantering:** granskning utförs under 2018

Granskning av dokumentation

Verksamheten dokumenter utifrån Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Ingen granskning har skett under 2017. Järfälla kommun har granskat genomförandeplaner och 100 % av brukarna har en aktuell genomförandeplan.

Orsaksanalys

Verksamheten kommer granska dokumentation under 2018.

Samverkan

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

Attendo Viksjö har gott samarbete med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska och regelbundna möten sker tillsammans med Attendos sjuksköterska, verksamhetschef samt övriga intressenter i Järfälla kommun. En god samverkan finns mellan stab och biståndshandläggare.

Attendo Viksjö har sjuksköterska dygnet runt. Vi har rond varje vecka med läkare från Legevisitten. Övrig tid finns jourläkare att tillgå om behov finns.

Arbetsterapeut och sjukgymnast finns att tillgå fyra dagar i veckan och vid akuta ärenden finns de på telefon vardagar. Vi har teamträffar varje vecka för att snabbt identifiera risker och åtgärda inträffade händelser.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys är en systematisk identifiering av en risk. En riskanalys förs för att upptäcka risker som kan leda till 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 allvarlig händelse 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 arbetsplatsträffarna har genomgång av riskanalyser.

Verksamhetschef, sjuksköterskor och kvalitetssamordnare har genomgått utbildning i risk- och händelseanalys. Medarbetare får utbildning i riskanalys i sin introduktion. Risk- och händelseanalys rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis via det elektroniska kvalitetssystemet AttendoAdd.

Rapporteringskyldighet

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

Alla medarbetare har vid anställning fått både skriftlig och muntlig information om rapporteringskyldighet. Verksamhetschefen ansvarar även för att alla medarbetare har kännedom om och kontinuerligt informeras om rutinerna två gånger per år.

Alla medarbetare rapporterar risker för vårdskador och händelser i kommunens och Attendos elektroniska avvikelshanteringssystem. Via systemen får kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska samt Attendos kvalitetsutvecklare information om avvikelserna.

När en händelse bedöms som allvarlig ska en Lex Maria eller en Lex Sarah anmälan göras till Socialstyrelse. En händelseanalys ska initieras omgående av verksamhetschefen som informerar regionchef för ställningstagande för utredning av Lex Sarah. Vid utredning av Lex Maria så är det kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska som gör utredningen och begär in då dokumentation från boendet.

Alla händelser tas upp en gång i månaden på kvalitetsmötet. Resultat och åtgärder återkopplas till medarbetare på arbetsplatsträffarna.

Synpunkter och klagomål

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

För att verksamheten ska utvecklas är synpunkter från brukare och närstående av stor vikt. Vi har därför valt att lägga blanketten ”vi vill bli bättre” i vårt välkomstmateriel till varje ny brukare som flyttar in på boendet. Denna blankett finns även på varje våningsplan samt i broschyrstället i entrén. Denna blankett kan lämnas till verksamhetschef eller skickas till Attendos kvalitetsavdelning. Den som lämnar synpunkter eller klagomål kan vara anonym.

När vi får synpunkter eller klagomål muntligt så lyssnar vi utan att avbryta. Vi försöker även ta reda på vad som har hänt och svar så gott vi kan. Om vi inte kan svara så hänvisar vi vidare till sjuksköterska eller verksamhetschef beroende på klagomålets art.

Den som tar emot klagomål erbjuder sig att hjälpa till att fylla i blanketten ”vi vill bli bättre”. Ifylld blankett lämnas till verksamhetschef som kontaktar de inblandade inom två arbetsdagar för att försöka lösa situationen. De beslut som tas dokumenteras och tid för utvärdering sker inom två veckor. Uppföljning och återkoppling sker direkt till den som framfört synpunkten eller klagomålet. En uppföljning av ärendet sker inom två månader.

Synpunkter och klagomål tas upp på kvalitetsmötet varje månad och återkopplas på arbetsplatsträffar varje månad. En sammanställning görs också varje år.

Samverkan med brukare och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Två gånger per år bjuds närstående in till ett närståendemöte på Attendo Viksjö. För att delge och involvera närstående i patientsäkerhetsarbetet beskriver vi vårt kvalitetsarbete på våra närståendemöten.

Vid individuella händelser eller avvikelser kontaktas närstående i samråd med brukare för att upplysa om inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Vi har alltid en dialog med brukare och närstående för att förebygga vårdskador och tillsammans kommer vi fram till vad som passar bäst för brukaren. Om brukaren har drabbats av vårdskada bjuder vi in både brukare och närstående att delta i händelseanalysen. Vi informerar även om möjligheten att vända sig till patientnämnden eller Socialstyrelsen.

Uppföljning av informationssäkerheten

Vi har inte tillgång till NPÖ då vi har Järfälla kommuns dokumentationssystem. Det är Järfälla kommun som utför loggning på vår personal. Det finns ingen obehörig som har tillgång till journalsystemet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser och resultat från andra verksamheter.

Det finns inga resultat från Socialstyrelsens Öppna jämförelse. Anledningen är att Attendo Viksjö öppnades mars 2017 och deltog inte i Socialstyrelsens Öppna jämförelser det året.

Jämförelser med verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala register

Senior Alert:

Attendo Viksjö arbetar aktivt med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring samt munhälsa.

Aktuella riskbedömningar finns för alla brukare i verksamheten och flera av brukarna har någon form av risk och mest förekommande är fallrisk. 30 av brukarna har fallrisk, 10 stycken har risk för trycksår och 18 stycken har risk för undernäring. Förbyggande åtgärder finns på alla och uppföljningar är gjorda. Riskbedömningar görs var 6:e månad samt vid behov.

Verksamheten har inte registrerat riskbedömningar i det nationella registret under 2017. Orsaken är att enheten inte är registrerad i Senior Alert.

Palliativa registret:

Attendo Viksjö har under 2017 haft 8 brukare som avlidit var av 1 brukare avled på sjukhus. 2 av de 7 dödsfallen på enheten är registrerade i palliativa registret och alla var väntade dödsfall. 65 % av de avlidna var helt eller delvis smärtlindrade i Stockholms län och 100 % var helt eller delvis smärtlindrad på Viksjö. Hos 32 % av brukarna i Stockholms län förekom inte smärta och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö

11 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot illamående i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 82 % av brukarna i Stockholms län förekom inte illamående och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö.

48 % av brukarna var helt eller delvis lindrade mot ångest i Stockholms län medan 100 % var helt eller delvis lindrade på Viksjö. Hos 45 % av brukarna i Stockholms län förekom inte ångest och motsvarade siffra var 100 % på Viksjö.

1 brukare avled med trycksår grad 4 på Viksjö

100 % av de avlidnas närstående fick erbjudande om eftersamtal och i Stockholm erbjöds 74 % ett samtal.

Verksamheten var nystartad 2017 och hade ingen rutin på att registrera dödsfall samt att första halvåret fanns det inga fasta sjuksköterskor.

Brucar- och närståendeundersökningar

Det finns inga resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning för 2017. Inga andra undersökningar har gjorts.

Attendo Viksjö öppnades mars 2017 och deltog inte i Socialstyrelsens brukarundersökning för det aktuella året.

Granskning dokumentation

Verksamheten dokumenter utifrån Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Ingen granskning har skett under 2017.

Järfälla kommun har granskat genomförandeplaner och 100 % av brukarna har en aktuell genomförandeplan.

Verksamheten fortsätter arbetet med dokumentation och mål för 2018 är att alla brukare ska ha en veckoanteckning samt godkänd dokumentation för SoL och HSL i egenkontrollen 2018.

Förhållningssätt och attityder hos medarbetare som kan leda till brister i kvaliteten

Det har inte förekommit några synpunkter eller klagomål på bemötande och vi har överlag ett bra bemötande på enheten mot brukare, närstående och kollegor emellan. Vi har förankart våra värderingar engagemang, kompetens och omtanke i personalgruppen. Under året har personal utbildats i den nationella värdegrunden och kontaktmanaskap.

Vi har även en hög trivsel på enheten och personal skattar sin trivsel 4,4 av 5.

Vi arbetar kontinuerligt med värderingar och har en stående punkt på APT där vi diskuterar värderingar i det dagliga arbetet. Vi behöver fortsätta vårt arbete med kontakmanaskap

Synpunkter från närstående, brukare och andra

I samband med nybyggnation av Viksjö har vi fått många klagomål som rör fastigheten. Vi har även fått klagomål att överflytten från Almen till Viksjö ej fungerade optimalt och att det saknades personal på planen när brukarna flyttade in. Avdelningar var inte iordningställda och det saknades inredning. Det saknades tavlor och gardiner. Många klagomål rörde bemanning under året och man påpekade att det var underbemannat. Sammanlagt tog verksamheten emot 18 stycken klagomål under 2017.

Vi har även tagit emot flera klagomål att maten inte var ordentligt tillagad och serverades kall. Detta gäller främst helger då personal värmer maten själv. Övrig tid får brukarna varm mat direkt från köket på Viksjö.

Eftersom huset är nybyggt så uppstod det flera fel som är åtgärdade nu vad gäller fastigheten.

Orsaken till personalfrågan var att Almens personal skulle gå över samtidigt med brukarna så det var brist i planeringen vad gäller mottagandet av brukarna och att avdelningar blev iordningställda innan brukarna kom.

Angående klagomål på maten så har personalen utbildats i uppvärmning av maten och de fungera väl. Vi har inhandlat helgporstin för att öka trivseln.

Externa granskningar

Avtalsuppföljning av kund:

Vi har haft en avtalsuppföljning där kund har tittat på personaltäthet samt våra rutiner gällande, dokumentation, kontaktmanaskap, riskanalys, samverkan, arbetsledning, introduktion, lex Sarah, klagomålshantering, egenkontroll, alkohol och droger samt misstanke om brott.

Avtalsuppföljning är godkänd och kommunen har tagit del av personaltäthet alla rutiner som de begärde

IVO:

Vi har två anmälningar till IVO från samma anhörig som gällde klagomål på bemanning och missade ögondroppar. IVO har begärt in handlingar gällande ögondroppar och lämnat meddelande gällande bemanningen.

Händelseanalys och begärda handlingar är skickad till IVO. Ingen åtgärd är tagen från IVOs sida angående missade ögondroppar. Orsaken till händelsen var att vid överflytt så fick inte sjuksköterska rapport om att receptet för ögondropparna skulle förnyas och då vi hade haft tillfälliga sköterskor inne så missade vi detta. Vi åtgärdaet det genom att hämta ut läkemedel på en gång och brukaren fick ej droppar vid et tillfälle. Kommunens MAS är även informerad om händelsen.

Angående bemanningen så har schemaomläggning gjorts så att det inte är några luckor i bemanningen och det är alltid två personal på planet mellan kl 07:30-20:30.

Händelsehantering

Vi har haft 35 händelser under 2017 varav 17 stycken är fall där 3 krävt sjukhusvård. Vi har haft 11 stycken läkemedelshändelser där man har vid 7 tillfällen glömt ge läkemedel och 1 tillfälle har man glömt signera.

Vi har även haft en avvikelse från landstinget där man upptäckt att ett gammalt smärtplåster sitter kvar och att sköterska på Viksjö inte har tagit bort innan nytt applicerats med följd att en hudrodnad uppstått.

Vi har väldigt få händelser vad gäller läkemedel och största orsaken är att vi har sjuksköterska dygnet runt samt alla vid behovsläkemedel och plåster ges av sköterska

Risikanalys

Vi har gjort 6 stycken riskanalyser under året. Det har varit rixanalyser rörande ögondroppar, lås på badrum, knivar, kyl och skafferi, balkongdörr och läkemedelsnycklar.

Vi har ändrat rutin för ögondroppar och det fungerar bra och alla droppar byts ut vid ett fastslaget datum. Vi har även bytt ut lås på badrumsdörrar då brukare låst in sig av misstag. Knivar är inlåsta för att förhindra att brukare får tag på knivar och gör illa sig själv eller personal. Lås finns på kyl, frys och skafferi för att förhindra spridning av smitta och att livsmedelslagen efterlevs. Balkongdörrar har utrustats med låskedja för att förhindra att brukare kan öppna upp och kasta ut saker eller själv falla ut.

Läkemedelsnycklar har försvunnit då personal lagt dem på olika ställen när de inte använts. Nycklarna sitter nu på kedja som fästs i kläderna samt kvitters ut och in hos sköterska. Trots detta så har en nyckel försvunnit under ett nattpass där personal ej följt rutinen.

Allvarliga händelser

Inga allvarliga händelser har inträffat under 2018.

Övergripande Mål för kommande år

- Delta i Socialstyrelsens öppna jämförelser 2018.
- Deltar i Socialstyrelsens brukarundersökningen 2018.
- Granska SoL-dokumentation 2 ggr/år. Godkänd i egenkontrollen.
- Granska HSL-dokumentation 2 ggr/år. Godkänd i egenkontrollen.
- Alla brukare som avlider på enheten registreras i palliativa registret.
- Börja registrera i nationella registret för Senior Alert.
- Börja registrera trycksår i AttendoADD.
- Komma igång med reflektionssamtal varje månad.