



# Patientsäkerhetsberättelse för Kullens äldreboende

---

År 2013

Datum och ansvarig för innehållet

140127 Maria Olsson

---

*Mallen är anpassad av Vardaga AB utifrån Sveriges Kommuner och Landstings mall*

---

## Innehållsförteckning

Sammanfattning  
Övergripande mål och strategier  
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet  
Struktur för uppföljning/utvärdering  
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet  
Uppföljning genom egenkontroll  
Samverkan för att förebygga vårdskador  
Riskanalys  
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet  
Hantering av klagomål och synpunkter  
Sammanställning och analys  
Samverkan med patienter och närstående  
Resultat  
Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

---

## Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL. Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Runt varje boende finns ett team bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och kontaktperson. Genom ett gott samarbete mellan professionerna erhåller våra boende en god och säker vård. Teammöten har hållits regelbundet under året och har utökats till varje vecka.

Varje boende på Kullen har en egen omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) som ansvarar för omvårdnaden och för hälso- och sjukvårdsinsatser. Vid inflyttning utförs riskbedömningar avseende trycksår, undernäring, munhälsa och risk för fall. Om identifierad risk skapas omvårdnadsplan. Riskbedömningar görs var sjätte månad och förs in i Senior alert. Kullens sjuksköterskor har fått utmärkelsen registerstjärnor för deras registrering i senior- alert under 2013.

All personal ska skriva avvikelser. Avvikelse har under året skrivits på papper som sedan har förts in i systemet Qualimax. Målsättningen är att all personal skall skriva avvikelser direkt i systemet Qualimax. Enhetschef har skrivit in och följt upp läkemedelsavvikelse i samråd med OAS. Rehabpersonal skriver in och bearbetar fallrapporter. Omvårdnadsavvikelse skrivs in i systemet av enhetschef/verksamhetschef. Samtliga avvikelser avslutas av verksamhetschefen. Avvikelse behandlas på kvalitetsråd, sjuksköterskemöten, teammöten och arbetsplatsträffar.

Klagomål och synpunkter har hanterats direkt, och återkoppling sker muntligt eller skriftligt. Klagomål och synpunkter har behandlats i kvalitetsrådet och på arbetsplatsträffar.

För att säkerhetsställa boende och närståendes delaktighet i vården har regelbundna anhörigträffar, närståenderåd och boråd hållits.

Egenkontroll har utförts två gånger under året där uppkomna förbättringsarbeten har lett till nya rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet på Kullen.

Kullen har fortsatt haft en stor andel fallolyckor trots arbete i teamet och fallgrupp. Antalet fall har minskat efter installeringen av nytt larmsystem. Den palliativa vården har utvecklats under året genom att använda checklista för palliativ vård och genom skapandet av en vårdplan vid ett palliativt beslut. Alla dödsfall ska registreras i palliativa registret.

Fortbildning av personalen gällande basala hygienrutiner och ett aktivt arbete i hygienteam på enheten har resulterat i en större följsamhet till basala hygienrutiner enligt senaste PPM mätningen.

---

---

## Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Mål och strategier:

- Under 2013 har Kullen fortsatt arbetet med att förbättra den palliativa vården genom att registrera alla dödsfall i palliativa registret samt utöka antalet smärtskattningar av boende i palliativt skede.
- Riskbedömningar: Alla boende (som lämnat samtycke) ska finnas registrerade i Senior- alert.
- Förbättra omvårdnadsdokumentationen genom att arbeta mer med vårdplaner.
- Förbättra rutinen kring inkontinens genom att en sjuksköterska får förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Skapa vårdplan för de boende som har besvär med inkontinens.
- Fortsätta arbetet med fallprevention.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

### Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att vid

---

behov vidta kvalitets- miljö och arbetsmiljörelaterade åtgärder inom regionen.

I de fall Vardaga har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar Vardagas MAS för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. När kommunen ansvarar för MAS funktion efterlevs kommunens riktlinjer. Där Vardaga inte ansvarar för MAS funktionen är det företags kvalitetsutvecklare som följer upp verksamhetens kvalitet.

MAS upprättar och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

På Kullen följer vi kommunens MAS framtagna riktlinjer. Kommunens MAS gör årligen kvalitetskontroll av verksamheten.

Verksamhetschefen på Kullen har det överhängande ansvaret över att verksamheten följer de riktlinjer som kommunens MAS författar. Kullen har en ledningsgrupp som består av verksamhetschef, enhetschef, gruppchefer och legitimerad personal.

Enhetschefen arbetar nära verksamhetschefen och stödjer gruppcheferna i sitt arbete.

Gruppchefernas ansvar är att göra alla medarbetare delaktiga i kvalitetsarbetet. Gruppchefen leder det dagliga arbetet på sin enhet och säkerställer att gällande riktlinjer och rutiner är kända och följs av medarbetaren. Gruppchefen rapporterar direkt till verksamhetschef.

All personal har ansvar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera avvikelser.

---

Vardagas egna kvalitetsutvecklare gör stickkontroller och tillsyner efter behov.

Egenkontroll görs två gånger per år vilket innebär att ledningsgruppen besvarar frågor som Vardagas kvalitetsutvecklare har skapat kring verksamhetens kvalitetsarbete. Frågorna besvaras i Vardagas egna IT-stöd för ledningssystemet Qualimax.

Medicinska avvikelser skrivs av alla personalkategorier och dessa förs in i Qualimax av enhetschef och verksamhetschef. Uppföljning av varje enskild avvikelse görs av verksamhetschef och enhetschef i samråd med sjuksköterskorna. Fallavvikelse skrivs av all personal på papper. Fallavvikelse skrivs in av rehab personal och uppföljning görs i en fallgrupp där sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår. Varje avvikelse skrivs ut från Qualimax och skickas till kommunens medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS).

### **Struktur för uppföljning/utvärdering**

#### **SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §**

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS/kvalitetsutvecklare.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

På Kullen har vi ett kvalitetsråd där avvikelser och förbättringsarbete diskuteras. Tillsammans skapas handlingsplaner. I kvalitetsrådet ingår verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet träffas varje månad.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår samt munhälsa. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas dock minst två gånger/år.

På Kullen görs riskbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår och munhälsa vid inflyttning samt uppföljning var tredje månad. Om

---

identifierad risk skapas en vårdplan med planerade åtgärder.  
Riskbedömningarna förs in i senior-alert.

### **Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

MAS har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

MAS har genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Arbetsterapeut och sjukgymnast har arbetat mycket med förebyggande arbete framförallt med att minska antalet fall och fallrelaterade skador. På Kullen registreras alla händelser då boende ex. glidit ner på golvet som en fallavvikelse. Varje fallavvikelse har följt upp på teammöten för att identifiera eventuella orsaker till att en boende faller. Antalet fall som har orsakat skada har minskat under året. En anledning är att arbetsterapeut och sjukgymnast har utbildat all personal inkl. timanställda i förflyttningsteknik och fallförebyggande åtgärder.

Vi har arbetat med att förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen (HSL) genom att använda vårdplaner i större utsträckning. Vårdplan för inkontinens har upprättats för de boende som har besvär. Användandet av vårdplaner har resulterat i att det blir lättare att följa insatta åtgärder i dokumentationen.

Förbättringsarbete inom inkontinens har genomförts under året. Kullen har deltagit i ett projekt där bl. a målet var att säkerhetsställa att boende får rätt inkontinensskydd ordinerat. Genom att delta i framtagandet av en guide som ger stöd för sjuksköterskan i ordination av inkontinensskydd har vi säkrat att våra boende har individuell förskrivna inkontinensskydd. Valet av inkontinensskydd har även dokumenterats i en vårdplan vilket har underlättat för uppföljning och utvärdering av valet av skydd.

Representant från bättre liv för sjuka äldre utbildade Kullens sjuksköterskor i registrering i palliativa registret.

---

Personalen har fått utbildning i munhälsa och tandvård. Sjuksköterskorna har arbetat med att göra munhälsobedömningar med hjälp av Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

Vi har börjat arbeta med registret för BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Två sjuksköterskor och personal från en avdelning har gått utbildning och blivit administratörer. Målet med arbetet är att boendens BPSD symtom ska minskas och således öka våra boendens livskvalité. Ett annat mål är att hitta omvårdnadsåtgärder som kan minska symtom vilket leder till ett minskat behov av lugnande läkemedel.

Samtliga verksamheter ska registrera i Senior Alert där samtycke finns och i Palliativa registret. På Kullen görs riskbedömningar gällande fall, nutrition, trycksår och munhälsa vid inflyttning samt uppföljning var tredje månad. Om identifierad risk skapas en vårdplan med planerade åtgärder. Riskbedömningarna förs in i senior-alert. Kullens sjuksköterskor fick ta emot utmärkelse för sitt arbete i senior-alert från bättre liv för sjuka äldre.

Samtliga verksamheter deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår. Punktprevalensmätningar av förekomsten av trycksår och fall har utförts under året i senior-alert. Följsamheten till basala hygienrutiner har mätts och registrerats. Resultatet tyder på en bättre följsamhet under 2013 jämfört med 2012.

Resultatet från PPM mätningen för basala hygienrutiner diskuterades på hygienmöte där representanter från varje avdelning, sjuksköterska och verksamhetschef ingår. Spridning till all personal skedde via teammöten och arbetsplatsmöten. Arbetet med att minimera vårdrelaterade infektioner fortsatte under året genom att diskutera vikten av basala hygienrutiner. En självskattning av följsamheten till basala hygienrutiner genomfördes två gånger under året.

Vårdrelaterade infektioner mätts genom att föra statistik över antalet uppkomna infektioner. Mätningen utförs av sjuksköterskorna och görs månadsvis samt redovisas till kommunens MAS.

### *Utbildningar*

Under året gjordes en utbildningsinventering av personalens genomförda utbildningar för att få en bild över vilka utbildningar personal har genomfört. All personal ska ha utfört obligatoriska webb utbildningar.



---

Majoriteten av personalen har genomfört utbildning i demens via demensförbundet (demens ABC), den goda dagen, utbildning i vårdhygien via [www.vardhygien.nu](http://www.vardhygien.nu) samt utbildning i måltidssituationen.

All personal har genomgått utbildning i demensvård via Silviahemmet. Reflektionsledare har fått utbildning i reflektion. Legitimerad personal har fått arbetsledarutbildning via Silviahemmet.

Kullens sjukgymnast och arbetsterapeut har utbildat all personal i ergonomi och förflyttningsteknik både teoretiskt och praktiskt.

Sjuksköterskor har utbildats i senior-alert och palliativa registret och för användandet av statistik.

Flera sjuksköterskor har varit på föreläsningar via Stockholms läns landsting (janusinfo).

Läkemedelsgenomgångar tillsammans med läkare har skett under året. Där målet är att se över boendes medicinering.

Enhetschef har erhållit specialistsjuksköterskeexamen i vård av äldre.

Utbildning i inkontinensvård till personal.

Sjuksköterska har erhållit förskrivningsrätt för inkontinens.

Utbildning i munhälsa och tandvård.

En arbetsgrupp har gått utbildning i BPSD registret.

### **Uppföljning genom egenkontroll**

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

Egenkontroll har genomförts två gånger under det gångna året, maj och november.

Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare. Frågorna besvaras i Q-maxit, IT-stödet för ledningssystemet Qualimax.

---

Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Utifrån egenkontrollen dokumenteras allt förbättringsarbete löpande i Förbättringsloggen i Q-maxit. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS/kvalitetsutvecklaren inför tillsyn.

Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

Efter utförd kvalitetstillsyn av vår kvalitetsutvecklare har resultatet behandlats av ledningsgruppen inklusive sjuksköterskor och rehab personal. Ledningen har tillsammans med legitimerad personal sett över bristande rutiner och skapat nya eller förtydligat oklara rutiner. Brister har förts över till förbättringsloggen i kvalitetssystemet och åtgärder har upprättats. Resultaten diskuteras även på APT och i de olika råden ex. kvalitet-, kost- och aktivitetsråd. Medarbetarna involveras i förbättringsarbetet både som ombud i de olika råden och på gemensamma APT.

Förbättringsområden från kvalitetstillsynen var omvårdnadsdokumentationen och framförallt vårdplaner. Kullen behöver arbeta mer med vårdplaner och förbättra uppföljningen av dessa. Detta har vi arbetat med i sjuksköterskegruppen och skapandet av vårdplaner har ökat.

Apoteket genomförde i mars en granskning av Kullens läkemedelshantering. Granskningen visade på att Kullen hade en god läkemedelshantering men det fanns möjlighet till förbättring. I den lokala rutinen för läkemedelshantering behövde vissa delar förtydligas och andra delar läggas till som exempelvis rutin för hantering av medicinska gaser. Vid tiden för granskningen kontrollräknades alla narkotika preparat av en sjuksköterska vilket var tidskrävande. Efter granskningen delades ansvaret mellan två sjuksköterskor. Den lokala rutinen för läkemedelshantering har setts över och de föreslagna åtgärderna har vidtagits.

Ekerö kommuns MAS genomförde kvalitetsuppföljning i maj. Kvalitetsuppföljningen innefattar uppföljning vad gäller personalbemanning, läkemedelshantering, hygien, rehabilitering/aktivering, mun/tandvård och avvikelshantering. Den sammanfattande bedömningen utifrån uppföljningen är att det ges en god och säker hälso- och sjukvård vid Kullen. Det fanns områden som kunde

---

förbättras som att öka antalet validerade (kvalificerade) smärtskattningar hos boende i det palliativa skedet. Att öka följsamheten till redan upprättad lokal rutin och att alltid skriva brytdatum (när läkemedelsflaska öppnats).

Kullen skulle även se över rutin att ansvarig sjuksköterska alltid skriver in aktuell medicin i ordinationshandlingen (då ett läkemedel har bytts ut av apoteket, innehållande samma verksamma substans).

Förtydliga den redan upprättade rutinen hur kontakten med läkare under jourtid ska dokumenteras samt förbättra följsamheten att sprita händerna före vårdkontakt.

Sjuksköterskorna på Kullen har arbetat med förbättringsområdena genom att försöka göra fler kvalificerade smärtskattningar under palliativ vård. Vi har tydliggjort rutinen för läkarkontakt. På hygienmötena har vi diskuterat vikten av att sprita händerna före vårdkontakt.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

#### **Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse**

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

I vissa fall har MAS/kvalitetsutvecklaren haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

Under 2013 har kommunens MAS haft regelbundna samverkansmöten med berörd läkarorganisation.

Kullen har samarbete med Ekerö Vårdcentral där samma läkare kommer för rond två dagar i veckan. Övrig kontorstid kontaktas patientansvarig läkare (PAL) via Ekerö vårdcentral. PAL deltar i läkemedelsgenomgångar, och har inskrivningssamtal. Under jourtid hade vi samarbete med Legevisitten. Jourläkare kontaktas via telefon och kommer ut till enheten för akuta bedömningar. Samverkansavtal har slutits mellan Kullen och Ekerö vårdcentral där innehåll och ansvarsfördelning av avtalet finns specificerat. I december genomfördes en genomgång och uppföljning av samverkansavtalet vilket resulterade i en revidering av avtalet.

---

### **Samverkan med uppdragsgivare**

Verksamhetschefen (och MAS i vissa fall) har under året haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren då man vid behov har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

Kullen har ett gott samarbete med uppdragsgivaren Ekerö Kommun. Vid uppkommen brist eller avvikelse gällande patientsäkerheten har ledningen omedelbart tagit kontakt med kommunens MAS. Interna utredningar har utförts tillsammans med kommunens MAS. Uppföljningsmöten med vår uppdragsgivare har skett regelbundet under året.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Varje vecka hålls teammöten på alla avdelningar. På teammöten deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast då varje boende diskuteras. Varje yrkeskategori tillför sådan information som tillhör sin profession. Under mötet diskuteras boendes ADL-status, behov av hjälpmedel samt behov av hälso- och sjukvård.

Vid inflyttning hålls ett välkomstssamtal där sjuksköterska, rehab personal och kontaktman deltar. Vårdplanering erbjuds inom två veckor från inflyttning där alla yrkeskategorier samlas för att planera vården. Vårdplanering erbjuds sedan en gång per år.

Läkemedelsgenomgångar erbjuds årligen där patientansvarig läkare, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktman träffas tillsammans med boende och anhörig för att diskutera boendes medicinska status samt aktuell läkemedelsbehandling.

Via de olika rådsfunktionerna på Kullen samverkar alla yrkesgrupper kontinuerligt. På Kullen har vi kvalitetsråd, hygienråd, kostråd och aktivitetsråd. Vi har även närståenderåd och boråd.

Varje månad har Kullen HSL möten där samarbetet mellan alla legitimerade yrkesgrupper diskuteras. Målet är att ha en enad HSL grupp och att utveckla hälso- och sjukvården på Kullen.

---

## **Risicanalys**

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §*

Riskbedömningar görs vid inflyttning av legitimerad personal. Risk för undernäring, trycksår, nedsatt munhälsa samt fall identifieras och åtgärder skapas i en vårdplan. Riskbedömningarna utvärderas var tredje månad. Riskbedömningarna registreras i senior- alert.

Arbetsterapeut gör ADL bedömning vid inflyttning och eventuella risker leder alltid till en handlingsplan för åtgärder.

Risicanalys genomförs vid inflyttning och risker som t ex risk för att boende skadar sig eller avviker från enheten identifieras och åtgärder skapas. Risicanalysen uppdateras vid varje förändring. Risicanalyserna förvaras i avsedd pärm på varje enhet.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§*

### **Rapportering av händelser/ Avvikelser**

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivare. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS/kvalitetsutvecklare.

Identifierade risker meddelas ledningsgruppen. Risker eller avvikelser skrivs ned på avsedd avvikelseblankett. Avvikelsen skrivs in i Qualimax av ledningsgruppen. Åtgärder diskuteras i ledningsgruppen och dessa skrivs in som uppföljning i Qualimax. Varje enskild avvikelse skrivs ut och lämnas till MAS på kommunen. Avvikelsen och dess åtgärder tas upp på teammöten, arbetsplatsmöten, gruppmöten och HSL möten. Om allvarlig händelse sker tas omedelbart kontakt med kommunens MAS och Vardagas kvalitetsutvecklare.

Om avvikelser mot primärvård eller sjukhus tar enhetschef kontakt med kommunens MAS.

Det har under året skett avvikelser som har medfört intern utredning av kvalitetsutvecklare tillsammans med kommunens MAS.

Handlingsplaner har skapats för att undvika att liknande händelser sker igen. Handlingsplanerna har delats på kvalitetsråd.

## **Hantering av klagomål och synpunkter**

### **Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6*

---

---

Alla medarbetare har kunskap om Vardagas hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

Klagomål och synpunkter tas om hand omedelbart. Kullen uppmanar anhöriga att fylla i en blankett för klagomål och synpunkter och lämna blanketten till personal eller ledningen på enheten. Klagomål och synpunkter skrivs in i Qualimax och återkoppling till berörd part sker skyndsamt. Klagomål från anhöriga har tagits om hand direkt och har resulterat i möten på enheten där synpunkterna har diskuterats. Uppföljningsmöten har bokats i samband med mötet.

Synpunkter som gäller hälso- och sjukvård har skyndsamt meddelats kommunens MAS.

### **Sammanställning och analys**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §*

På Kullen använder vi vårt kvalitetssystem till att sammanställa, utvärdera och förbättra de avvikelser som inkommer till Kullen. Statistik dras ut från kvalitetssystemet och diskuteras på Kullens olika rådsfunktioner.

### **Samverkan med patienter och närstående**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

#### **Samverkan med patient och närstående**

Vardaga arbetar med boende- och närståenderåd på varje verksamhet. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar. För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient och närstående.

Vardaga har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende från våra verksamheter.

På Kullen bjuds närstående in att vara så delaktiga i verksamheten som de själva och den boende vill. I samband med inflyttning går vi igenom med den boende och dennes närstående vilka förväntningar och tankar

som finns. Det görs också en plan för hur delaktighet och information mellan parterna ska hanteras och hur kontakterna ska följas upp.

Under 2013 höll Kullens ledning tre närståendeträffar. Närståenderådet och borådet har haft fyra möten under året.

Anhöriga och boende inbjuds till att delta i läkemedelsgenomgång en gång under året tillsammans med läkare, sjuksköterska och kontaktperson.

Anhöriga och boende deltar i skapandet av åtgärder för att minska vårdskador i form av fall, trycksår, munhälsa och nutrition.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	Kategori	Antal /år	2012	2013
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner.	Omvårdnadspersonal -----	60  Antal medarbetare	50 -----	55  Antal medarbetare som genomfört E-utbildning
Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal Enligt gällande checklista	Leg. SSK -----	81  Totalt antal patienter (vid mättillfället)	76 av 78 boende. -----	79  Antal patienter med fullständig omvårdnadsjournal (vid mättillfället)
Antal omvårdnadsplaner i förhållande till antal patienter med identifierade nutritionsproblem.	Leg. SSK -----	44  Antal dokumenterade nutritionsproblem	28 av 32 nutritionsproblem	44  Antal dokumenterade omvårdnadsplaner utifrån dokumenterade nutritionsproblem
Antal dokumenterade	Leg. SSK	81 boende	Ingen mätning	40 boende

överenskommelser angående nattfasta för alla patienter på verksamheten				
Antal registrerade patienter i palliativa registret i förhållande till antalet dödsfall i verksamheten	Leg.SSK -----	21  Totalt antal avlidna patienter år 2013	13 av 13 avlidna -----	17 av 21. 4 dödsfall på sjukhus.  Antal registrerade patienter 2013
Antal registrerade patienter i Senior Alert	Leg SSK	80 boende	77 av 77 boende	80 st Antal registrerade patienter 2013
Antal Lex Maria anmälningar under året.	Leg .SSK -----	81 boende	0  Totalt antal anmälningar enligt Lex Maria	0  Totalt antal anmälningar enligt Lex Maria

### Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit

Frågeställning	2012	2013
<b>Läkemedel</b>	35	36
Utebliven dos	18	17
Dubbel dos	0	1
Felaktigt iordningsställande	1	1
Förväxling	2	2
Utebliven signering	6	1
<b>Fall</b>	246	256
Fall i verksamheten	246	256
Frakturer pga fall (räknas manuellt)	5	7
<b>Synpunkter och klagomål</b>		
Synpunkter och klagomål från anhöriga	15	14
<b>Trycksår</b>		
Trycksår uppkomna inom verksamheten	3	3

### Mål för 2014

- Minska antalet fallolyckor genom fortsatt arbete i upprättad fallgrupp som kommer att utökas med fler medarbetare.



- 
- Att alla medarbetare registrerar alla avvikelser direkt i systemet Q-maxit.
  - Starta upp registrering i BPSD registret på samtliga avdelningar.
  - Sjuksköterskorna ska utöka användandet av vårdplaner.
  - Hygienteamet ska arbeta mot målet 100 % följsamhet till basala hygienrutiner.
  - Egna nattsjuksköterskor har anställts vilket ska förbättra kvaliteten ytterligare. Samarbete för att säkerhetsställa att boende inte har längre nattfasta än 10 timmar. Större insyn i hur vårdarbetet ser ut under natten.
  - Alla avlidna ska registreras i palliativa registret.
  - Använda smärtskattningsinstrument vid validering av smärta vid palliativvård.
  - Arbeta vidare med ett aktivt klagomål och synpunktsarbete.