



2015 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2016 för Kullens särskilda boende

Datum och ansvarig för innehållet

Viviana Letelier 160129

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

Risikanalys

Hälso- 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 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

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.

Varje boende på Kullens särskilda boende har en egen kontaktperson samt en egen omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) som har ansvaret gällande 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 åtgärderna på detta följs upp var tredje månad och förs in i Senior alert.

All personal på Kullens särskilda boende skriver avvikelser i systemet som heter Qualimax. Personalen skriver inga avvikelser på papper utan alla kan använda Qualimax och skriver avvikelser direkt i systemet. Detta innebär att avvikelserna hanteras på ett enhetligt och säkert sätt. HSL ansvarig sjuksköterska har skrivit in och följt upp läkemedelsavvikelser i samråd med OAS. Rehabpersonal är involverade i alla fallrapporter och gör en skriftlig bedömning i alla fallrapporter i Qualimax. Omvårdnadsavvikelser skrivs in i systemet av personal och följs upp av gruppchef/enhetschef eller verksamhetschef. Samtliga avvikelser avslutas av verksamhetschefen. Avvikelseerna 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. Anhöriga och de boende har även fått information om Vardagas kundombudsman som nås via epost eller telefon.

Under 2015 har man haft regelbundna anhörigträffar, närståenderåd och boråd. Genom dessa möten säkerställer vi att boende och närstående ska kunna känna sig delaktiga i vården och boendes vardag på Kullen. Varje månad skriver verksamhetschef ett månadsbrev som skickat till närstående per mail eller via posten. Dessa månadsbrev läggs även in i närståendepärmar som finns utanför varje avdelning.

Egenkontroll har utförts två gånger under året där uppkomna förbättringsarbeten har lett till nya rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet på Kullen. Kullen hade även en kvalitetstillsyn från Vardagas kvalitetsavdelning i juni 2015.

Kullens särskilda boende har fortsatt haft en stor andel fallolyckor trots arbete i teamet och fall grupp. Antalet fall med fraktur har dock minskat från 4 fraktur 2014 till 1 fraktur 2015.

Den palliativa vården har fortsatt förbättras. Samarbetet med läkare och därmed brytpunktsamtal görs nu rutin mässigt. Alla dödsfall registreras i palliativa registret.

Personalen har fått fortbildning. Alla personal har fått utbildning från Vardagas demensakademi om bemötande vid demens/hot och våld samt utbildning från Vårdhygien gällande basala hygienrutiner. Hygienmöten är inplanerade till en gång per kvartal och på dessa närvarar ansvarig hygiensjuksköterska.

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.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6e månad.
- Alla boende där man finner en risk ska ha en omvårdnadsplan upprättad och den ska följas och kontinuerligt följas upp och revideras

- Alla boende som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla registreras i Palliativa registret som avlider på boendet.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier.
- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

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.

Verksamhetschefen (§29) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån 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.

Vårdgivare (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården samt inneha anmälningsansvar för allvarlig vårdskada.

På Kullens äldreboende 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.

Kullens verksamhetschef är socionom och har övergripande verksamhetsansvaret men vissa arbetsuppgifter, enligt § 29 Hälso-och sjukvårdslagen, har lämnats över till en utsedd sjuksköterska som även är gruppchef i sjuksköterska gruppen.

Enhetschefen arbetar nära verksamhetschefen och stödjer gruppcheferna i sitt arbete och är ställföreträdande vid verksamhetschefens frånvaro.

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. Gruppcheferna ansvarar för att stödja och leda medarbetare genom delaktighet och förtroende. Gruppchefen rapporterar i första hand till enhetschef.

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 även 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 förs in i Qualimax. Uppföljning av varje enskild avvikelse görs av HSL ansvarig sjuksköterska i samråd med OAS (omvårdnadsansvarig sjuksköterska) och verksamhetschef. Fallavvikelser skrivs av alla personal och förs in i Qualimax. Åtgärder på fallavvikelser skrivs av rehab personal och sjuksköterska, uppföljning görs i en team där sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ingår. Medicinska avvikelser och fall avvikelse med skada eller sår skrivs ut från Qualimax och skickas till kommunens medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS).

Kullen har under 2015 haft två avvikelser som har utreds av kommunens MAS enligt Lex Maria. Den ena utredningen är skickat till IVO. Båda utredningarna har lett till handlingsplaner.

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. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

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.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalite och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Kvalitetsrådet på Kullen är ett forum där man tillsammans med verksamhetschefen 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.

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 kontinuerlig 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

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga 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.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativa registret. Samtliga verksamheter deltar i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner, trycksår och munhälsa i Senior Alert.

MAS har under året reviderat och implementerat nya rutiner. MAS har även hjälpt till med att forma vissa lokala rutiner för Kullen.

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

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.

Personalen har fått utbildning i munhälsa och tandvård i november 2015 efter att mobila tandläkarteamet upplevde en försämring av tandstatus hos vissa boende under sitt besök på Kullen tidigare under hösten. Sjuksköterskorna har arbetat med att göra munhälsobedömningar med hjälp av Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

En sjuksköterska vid Kullens särskilda boende blev certifierad utbildare 2014 för BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Utöver henne finns det utbildade administratörer för BSPD på varje avdelning. 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. Personal använder BPSD som verktyg vilket ger möjlighet att arbeta på ett systematiskt arbetssätt.

BPSD har använts vid flera fall på Kullen under 2015 med gott resultat. Med rätt utformade omvårdnadsåtgärder och bemötandeplan har exempelvis ropbeteende, oro

och aggressivitet, hallucinationer samt sömnstörningar minskat. Bemötandeplaner samt omvårdnadsplaner har dokumenterats i boendes genomförandeplaner så att all personal kan arbeta utifrån handlingsplaner BPSD.

Under 2015 har den certifierade utbildaren stöttat två av Vardagas särskilda boende i Uppsala samt utbildat personal från Ekerö kommuns särskilda boende samt från Kullen under hösten/vintern 2015.

Kullen är sedan 2013 Silviacertifierade och reflektioner med reflektionsledare och personal hålls regelbundet. Ny anställd personal anmäls till utbildning Silviacertifiering. Verksamhetschef och enhetschef har gått på en dags utbildning för chefer under 2015. Reflektionshandledare får kontinuerlig handledning.

Kullen har deltagit i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår. Punktprevalensmätningar av förekomsten av trycksår och fall har utförts under året i senior- alert.

Resultat från PPM mätningar för basala hygienrutiner tas upp på hygienmöte där representanter från varje avdelning, sjuksköterska och verksamhetschef ingår. Spridning till all personal sker via teammöten och arbetsplatsmöten.

Under första kvartalet 2015 deltog Kullens på PPM mätning gällande följsamheten av basala hygienrutiner. Resultatet var mycket lägre jämfört med året innan gällande vissa områden. I början av september genomfördes en utbildning av Vårdhygien om basala hygienrutiner till all ordinarie personal på Kullen. Då utbildningen var mycket uppskattad genomfördes samma utbildning till alla timanställda för att få en gemensam grund till alla anställda.

Kullen genomförde under hösten egna observationer och självskattningar gällande basala hygienrutiner. Resultatet var bättre jämfört med vårens PPM-mätning men man ser fortfarande förbättringspotential bla i ”sprita händerna före användning av handskar.”

Arbetet med att minimera vårdrelaterade infektioner fortsätter löpande genom att vi diskuterar vikten av basala hygienrutiner och följer upp efterlevnaden av basala hygienrutiner.

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

Utbildningar under 2015

- Kliniska bedömningar steg 2 för alla sjuksköterskor
- Två sjuksköterskor har deltagit i Betania-Stiftelsens seminariedag om palliativvård
- Alla sjuksköterskor, paramedicin och omvårdnadspersonal har deltagit i Vårdhygiens utbildning om basala hygienrutiner
- Alla sjuksköterskor, paramedicin har deltagit i Vardagas utbildning om ICF-dokumentation
- Vardagas demensakademins utbildning om Bemötande vid demens/hot och våld för samtlig personal.
- Arbetsterapeuten har deltagit i utbildning om hur man arbetar med vårdhundar genom remiss.
- Två sjuksköterskor har deltagit i utbildning gällande ALS.
- Verksamhetschef och enhetschef har gått på en dags utbildning för chefer Silviacertifiering.
- Munhälsoutbildning för ordinarie personal alla yrkeskategorier.
- Webutbildningar arbetsmiljö, Senior Alert, demens-ABC, vårdhygien, ergonomi, diabetes mfl
- Sjukgymnast har gått en 3-dagars utbildning i förflyttningskunskap
- Alla sjuksköterskor, paramedicin, arbetsledning och omvårdnadspersonal har gått brandskyddsutbildning
- Interna förflyttningsutbildningar för all omvårdnadspersonal

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

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 ledningsgruppen och övrig personal. 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 bl.a. 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 Vardagas 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 kvalitetsavdelningens tillsyn var framförallt hälso-och sjukvårdsdokumentationen. Kullen behöver arbeta mer med vårdplaner och förbättra uppföljningen av dessa. Detta har vi arbetat med i sjuksköterskegruppen aktivt sedan kvalitetstillsyn 30 juni 2015 och i dagensläge har alla boende aktuella omvårdnadsplaner. Under kommande året gäller det att hitta rutinerna för att hålla omvårdnadsplanerna levande och omvårdnadstatus uppdaterade.

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.

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 kontaktas jourläkare 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. Genomgång av samverkansavtalet och uppföljning av samverkansavtalet sker årligen vilket resulterar 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. MAS Ekerö kommun deltog vid det kvalitetstillsyn som gjordes av Vardagas kvalitetsavdelning i 30 juni 2015.

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.

Avtal med Apoteket hjärtat

Apoteket hjärtat ansvarar för läkemedelsgranskningen en gång per år. Vid granskningen närvarar verksamhetschef, gruppchef HSL samt MAS Ekerö kommun.

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. Eventuella fall och medicinska avvikelser kan även tas upp under dessa möten.

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, aktivitetsråd, dokumentationsråd, och inkontinensråd. Vi har även närståenderåd och boråd.

Sjuksköterskorna har möte varje måndag och varannan vecka är all legitimerad HSL personal med på dessa möten.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

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

Risikanalys genomförs vid inflyttning och risker som t ex risk för att boende skadar sig eller avviker från enheten identifieras och åtgärder skapas. Risikanalysen uppdateras vid varje förändring. Risikanalyserna 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/ Avvikelse

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

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 in i Qualimax. Åtgärder diskuteras i ledningsgruppen och dessa skrivs in som uppföljning i Qualimax.

Medicinska avvikelse och fallavvikelse med skada och sår 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 verksamhetschef kontakt med kommunens MAS.

Det har under året skett två avvikelser som har medfört intern utredning enligt Lex Maria av kommunens MAS. Handlingsplaner har skapats för att undvika att liknande händelser sker igen.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

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 §

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

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

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.

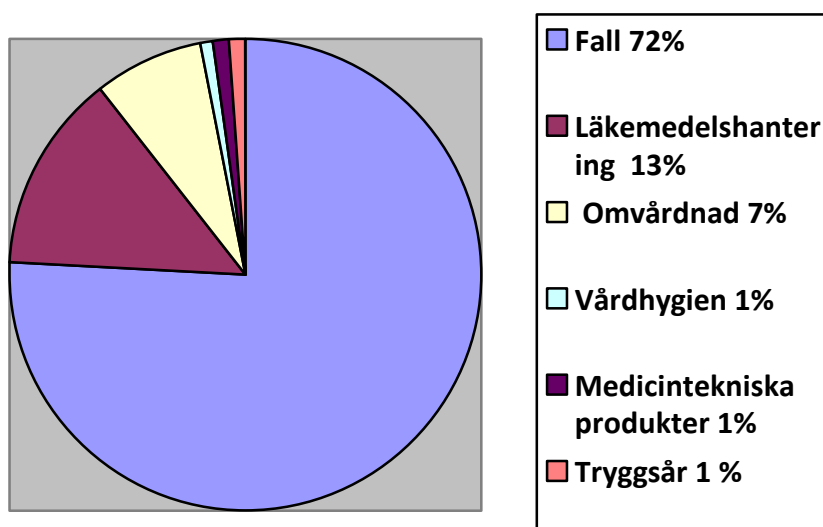
På Kullens äldreboende har vi haft en Närstående-och boendefest under 2015. Närståenderådet har haft fyra träffar likaså boenderådet. Anhöriga och boende får ett erbjudande om att delta i läkemedelsgenomgång en gång under året tillsammans med läkare, sjuksköterska och kontaktperson. Anhöriga och boende deltar i skapandet av åtgärder för att minska vårdskador i form av fall, trycksår, munhälsa och nutrition.

Kullen bjöd in närstående till en föreläsning om demens av Vardagas demensakademi i oktober 2015. Totalt kom 18 närstående till utbildningen som uppskattades av de närstående. Under 2016 kommer vi att anordna ytterligare två föreläsningstillfällen till de närstående i februari och i mars.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Registrerade avvikelser i Q-maxit. Totalt 342 avvikelser under året 2015 gällande fall, läkemedelshantering, omvårdnad, vårdhygien, medicintekniska produkter samt tryggsår.



Resultat 2015

Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	Rutiner och riktlinjer för fallprevention Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal	Alla fall rapporteras i avvikelssystemet. Lokalt arbete med fallprevention: Utökning av Rehabpersonal med en 50% sjukgymnast under perioden 1 oktober till 31 december 2015 genom	Antal fall 2015: 256 st 30,4% av fall har lett till skada i form av sår, muskelskada etc. Positiv resultat gällande fall med	Alla patienter har fallriskbedömningar. Fortsatt många fall men endast en fraktur under 2015. Fortsatt arbetsområde under

		Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador	stimulansbidrag. Aktivt arbetet med riskbedömningar. Förflytningsutbildning ges varje år till alla medarbetare.	fraktur. Endast en fraktur under 2015.	2016.
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning • Självskattning av följsamheten 	Utbildning till alla personal så väl ordinarie som timanställda. Två sjuksköterskor har tagit på sig ansvarområdet hygien. Genomfört PPM mätning första kvartal 2015. Genomfört självskattningar och observationer under hösten 2015.	Bättre resultat vid självskattningar och observationer jämfört med PPM mätningen i början av 2015. Över 90% har genomgått webbutbildning om basala hygienrutiner. 100% har deltagit i Vårdhygiens utbildning om basala hygienrutiner.	Bättre följsamhet till basala hygienrutiner dock fortsatt låg följsamhet till att sprita händerna före användning av handskar.
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och riktlinjer	Rutiner och riktlinjer för hantering av händelser.	All personal rapporterar i Q-maxit. Finns med som en punkt på checklista-introduktion.		Medarbetare är aktiva med att skriva avvikelser och ser det som en viktig del av arbetet.
Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet

Läkemedels- hantering och delegerings- processen	Att alla medarbetare: <ul style="list-style-type: none"> • kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt • En säker läkemedelshantering 	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshanteringen	Delegerings sköts enligt rutin. Samverkansavtal finns med läkarorganisation för att säkerställa en läkemedelsgenomgång en gång per år.	Antal medicinavvikelser 2015: 48 st	Kontinuerlig förbättringsområde för att öka säkerheten kring läkemedelshanteringen.
Trycksår	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning • Utbildning i sårvård • Samverkan vid teammöte 	Utbildning om trycksår vid natt-APT samt dag-APT. Rehab och ssk har haft sårforebyggande utbildning till dag och nattpersonal. PPM	Under året finns det en allvarlig avvikelse om ett uppkommet trycksår på Kullen.	0-vision gällande trycksår.
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Handledning från en annan Vardaga enhet gällande vårdplaner och dokumentation i Safedoc. Kontroll av dokumentation är genomfört vid Kvalitetsuppföljningen från Vardagas kvalitetsavdelning 2015. Verksamhetschef genomför loggkontroller.	Alla boende har aktuellt dokumentation som tex. vårdplaner som följs upp med 6 månaders mellanrum eller oftare vid behov.	Fortsatt arbete med att hitta rutinerna för fortsatt dokumentationsarbete med tex vårdplaner.
Vård i livets slut	<ul style="list-style-type: none"> • En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. 	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud	Kullen registrerar i det palliativa registret. Brytpunktssamtal genomförs.		Målet är att arbeta aktivt med ett palliativt team med 2 sjuksköterskor, paramed, undersköterskor

	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentera i en omvårdnadsplan/ NVP/LCP 	Använd palliativa registret	Kullen har två sjuksköterskor med pallitivård som sitt ansvarsområde. Dessa två sjuksköterskor har varit i väg på ett seminarie om palliativvård.		och läkare att handleda och utbilda vid vård i livets slut.
MNA (kost/nutrition/vikt)	<p>Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning</p> <p>Nyinflyttade patienter skall bedömas inom tre dygn</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal.</p> <p>Handledning/utbildning i klinisk nutrition</p>	<p>Riskbedömning vid inflytt och kostregistrering enligt rutin.</p> <p>Kosten anpassas efter boendes munhälsa och förmåga.</p> <p>Sjuksköterskan leder omsorgspersonal</p>		<p>Fortsatt utvecklingsområde. Alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor kommer i början av 2016 genomgå en utbildning om Nutrition och undernäring.</p>
Munhälsa	Alla boende ska erbjudas en god munvård	<p>Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Dokumentera i Senior Alert ROAG</p> <p>Handledning och utbildning i munvård</p>	Utbildning från Folkandvården till all personal ägde rum under sista kvartalet 2015.		Kullen ingår i ett projekt med Folkandvården. Som innebär att de ser över boendes munhälsa fyra gånger om året.
Inkontinens	Alla boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med forskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	<p>Kullen följer rutiner och styrdokument. Det finns en sjuksköterska med forskrivningsrätt gällande inkontinensskydd.</p> <p>Det finns ett aktivt inkontinensråd på Kullen som träffas varje månad.</p>	Alla boende har individuellt utprovade hjälpmedel för inkontinens.	Inkontinens kommer att vara ett fokusområde även under 2016.

Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla boende som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Kullen registrerar alla boende där det finns samtycke.		
Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	Teammöten är varje vecka på varje avdelning.		Teammöten leder till ett ökat samarbete mellan olika yrkeskategorier och leder till att man arbetar tydligt mot samma mål gällande enskilda boende.
Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måloppfyllelse: Resultat kopplat till målet

Rehabiliterade synsätt	Att förbättra boendes egen livskvalitet och funktionsförmåga fysiskt, psykiskt och socialt. Att hjälpa boende nå egen självständighet och	Rutiner och riktlinjer Kompetens hos HSL- och övrig personal. Fallpreventivt arbete av sjukgymnast och	Följa nationella värdegrunden. Salutogent förhållningssätt.		Fortsatt arbetsområde för 2016.
-------------------------------	--	--	--	--	---------------------------------

	<p>delaktighet.</p> <p>Att skapa förutsättningar för egenvård.</p>	<p>arbetsterapeut</p> <p>Fortlöpande handledning av paramed till boende och personal.</p>			
<p>Medicinsk Teknisk Produkter</p>	<p>En trygg och säker användning av MTP</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för användning av MTP.</p> <p>Anvisningar och manualer finns tillgängligt för personalen.</p> <p>Kompetens hos förskrivare/ordinatörer Handledning/utbildning för all personal</p>			<p>Mål att ständigt kvalitetssäkra att alla har kunskap om MTP samt vet var information finns att hitta.</p>

Patientsäkerhetsplan 2016 för verksamheten

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Vardagas verksamheter ska under 2016 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2016 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla boende ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid	Målet är att alla följer skrivna mål från Vardaga och kommunen att upprätta risk- och preventionsbedömningar och aktivt arbeta med dessa på teammöte varje vecka. Uppföljning minst var 3:e månad eller vid behov av Oas enligt rutin och uppföljning månadsvis på ssk möte med HSL-ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef.
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	<p>Aktivt arbeta teammässigt med riskerna som finns i riskbedömningarna på teammöte. Det kvalitetsarbete som genomförs dokumenteras och följs upp i Vardagas kvalitetsledningssystem Qualimax, Senior Alert, omvårdnadsplaner och genomförandeplaner i Safe Doc.</p> <p>Kullen arbetar aktivt med BPSD-arbete och följer upp med skattningar och på teammöte. BPSD registrering leder till ökad kunskap/förståelse och åtgärder för denna grupp av boende. BPSD utbildare finns på Kullen för att utbilda och handleda. Varje avdelning har en utbildad BPSD-administratör som gör skattningar med kontaktperson och team runt boende. Utbildare kommer att hålla vidare administratörsutbildning under våren och hösten 2016 samt uppföljning av administratörsutbildningarna. Mål för 2016 är att använda BPSD-statistiken som en grund för förbättringsarbetet.</p> <p>Munhälsa förbättras genom projektarbete och samarbete med Folk tandvården. Antal munhälsobedömningar utökas under 2016 till 4 ggr per</p>

	<p>år.</p> <p>Arbete med palliativt team som handleder och utbildar personal minskar risk för trycksår och munohälsa. Utbildning Kost för äldre för all personal i början av 2016 och kommer att följas upp med resultat under året.</p> <p>Fortsatt arbete med fallpreventivt arbete med paramedicinare.</p>
Basala hygienrutiner – All personal ska följa de basal hygien i vård och omsorg	Fortsatt arbetet med att minska antalet vårdrelaterade infektioner. Hygienteamet kommer fortsätta sprida kunskap och göra egna kontroller. Regelbundna tätare hygienmöten under 2016, varannan månad.
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation	Fortsätta arbeta aktivt med dokumentationen på dokumentationsråd och med utsedd dokumentationsstödjare. Uppföljning görs månadsvis på ssk möte med HSL-ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Oas följer rutiner för nytt kunskapstest för samtlig personal vid ny- och omdelegering.
Minska läkemedelsavvikelser	Minska antalet läkemedelsavvikelser genom att varje Oas följer upp medicinavvikelser i Q-maxit och samtalar med berörd personal och att avvikelser gås igenom på teammöten. Statistik och genomgång avvikelser på kvalitetsråd varje månad.
Rapportering av händelser – Vårdskada	Mål att fortsätta följa rutin Vardaga för rapportering, utredning och anmälan Vårdskada.
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden.	Aktivt arbeta i det palliativa teamet som består av representanter från olika yrkeskategorier; sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinare och läkare. Mål 4 möten per år samt stöd och utbildning till personal vid palliativ vård och eftersamtal. Alla boende ska ha en uppdaterad omvårdnadsplan samt genomförandeplan för vård i livets slutskede i syfte att få optimal vård i livets slutskede.

vardaga