



2016 års patientsäkerhetsberättelse för Kullens särskilda boende

Datum och ansvarig för innehållet

170112 Charlotte Blomström

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 Kullen 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 äldreboende 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. Varje OAS har följt upp fall och medicinavvikelser som har skett på deras avdelningar. 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 och 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 2016 har man haft regelbundna närstående råd som har varit öppna möten till alla närstående på Kullen. Vi har även haft regelbundet boenderåd dit alla boende har bjudits. Genom dessa möten säkerställer vi att boende och närstående ska kunna känna sig delaktiga i vården och boendes vardag på Kullens äldreboende. Varje månad skriver verksamhetschef ett månadsbrev som har skickats 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 16 maj 2016.

Kullen har arbetat aktivt med fallprevention vilket syns tydligt i antal fall som är 28,1% mindre i antalet jämfört med 2015.

Antalet fall med fraktur under de gångna åren har sett ut enligt följande:

4 fraktur 2014

1 fraktur 2015

2 fraktur 2016

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

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. Vardagas teammöten.
- 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, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall.

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 tillsammans med alla yrkeskategorier 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 medicinskt avvikelse görs av OAS samt HSL ansvarig och verksamhetschef.

Fallavvikelser skrivs av alla personal och förs in i Qualimax. Åtgärder på fallavvikelser skrivs av rehab personal och sjuksköterska, uppföljning görs i 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 inte haft någon Lex Maria utredning under 2016.

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.

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. Sjuksköterskorna på Kullen har haft omvårdnadsplaner och riskbedömningar som ett förbättringsområden under 2015/2016. 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. Kullen 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 genomfört systematisk uppföljning av de avvikelser som inkommit och återkopplat till verksamhetschefen för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Personalen har fått utbildning i munhälsa och tandvård under hösten 2016. Sjuksköterskorna har arbetat med att göra munhälsobedömningar med hjälp av Revised Oral Assessment Guide (ROAG). Personalen har även fått fortlöpande hjälp/utbildning från folktandvården när de har varit på sina besök på Kullen.

En sjuksköterska vid Kullens äldreboende 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.

Kullen har deltagit i PPM-studier gällande basala hygienrutiner och trycksår.

Resultat från PPM mätningar för basala hygienrutiner har tagits upp på hygienmöte, via teammöten och arbetsplatsmöten.

Resultatet från PPM mätningar från våren 2016 jämfört med de två senaste åren såg ut enligt följande:

*Korrekt i samtliga 8 steg 54,55% (31% under 2015, samt 79% under 2014)

*Desinfektion före 72,73% (18% under 2015, 90% under 2014)

Rent allmänt ser man att personalen på Kullen följer klädreglerna samt användning av handskar men har fortsatt förbättringsbehov gällande desinfektion av händer före patientnära arbete.

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 2016

- Två sjuksköterskor samt undersköterskor från avdelning Vitsippan deltog i utbildningseftermiddag om ASL
- Nutritionsutbildning till sjuksköterskor från dietist i februari 2016
- mindre lunchutbildningar från Ekerö VC under hösten 2016 gällande bland annat: diabetes, öronspolning, provtagning etc.
- Rikskonferens för sjuksköterskor i december 2016
- Vardagas demensakademi har gett handledning och stöd under året till alla personalkategorier.

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 (cirka 170 stycken) 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 rehabpersonal. 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. Vid tillsynet framkom det att det finns en del olikheter hur de enskilda sjuksköterskorna dokumenterar. Ett identifierat förbättringsområde utöver de förslag på åtgärder utifrån tillsynsfrågorna är därför att arbeta för en samsyn i sjuksköterskegruppen när det gäller dokumentationen av hälso-och sjukvårdsinsatserna.

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 patientansvarig läkare kommer för rond två dagar i veckan. Kullen har i december 2016 fått en ny patientansvarig läkare. 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 av MAS Ekerö kommun.

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. 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 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.

Riskanalys

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

Risikanalyser genomförs vid inflyttning och risker som t ex risk för att boende skadar sig eller avviker från enheten identifieras och åtgärder skapas. Riskanalysen uppdateras vid varje förändring. Riskanalyserna 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

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 avvikelser och fallavvikelse med skada 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.

Vid eventuella avvikelser mot primärvård eller sjukhus tar verksamhetschef kontakt med kommunens MAS.

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. Alla närstående får även information om Vardagas kundombudsman som når per telefon eller epost.

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

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Kullens närståenderåd har välkomnat alla närstående till sina möten.

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 hösten 2016.

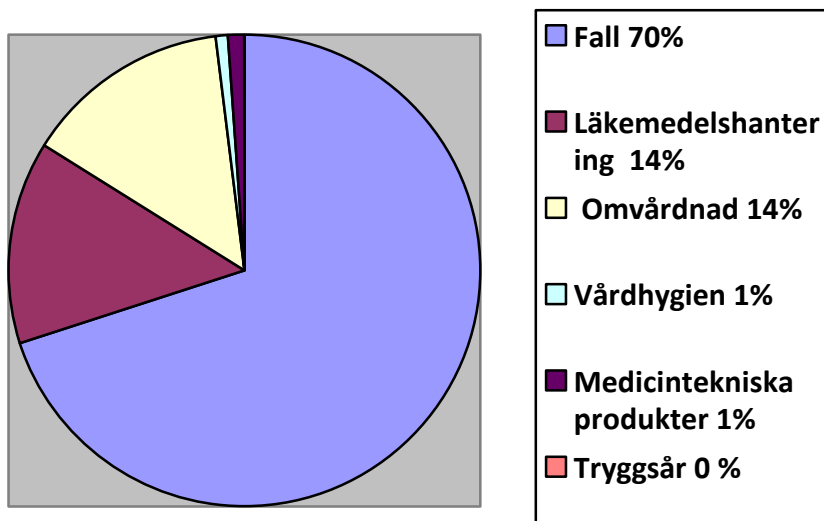
Anhöriga blev under hösten 2015 samt våren 2016 inbjudna på demensutbildningar av Lise-Lott Björk, Vardagas demensakademi (totalt 4 tillfällen).

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.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Registrerade avvikelser i Q-maxit. Totalt 252 avvikelser (342 avvikelser under 2015) under året 2016 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.	<p>Rutiner och riktlinjer för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador</p>	<p>Alla fall rapporteras i avvikelssystemet.</p> <p>Aktivt arbetet med riksbedömningar.</p>	<p>30,4% av fall har lett till skada i form av sår, muskelskada etc.</p> <p>Positiv resultat gällande fall med fraktur. Endast två frakturer under 2016.</p>	<p>Alla patienter har fallriskbedömningar .</p> <p>28,1% färre fall under 2016 än under 2015.</p> <p>Fortsatt arbetsområde under 2017.</p>
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	<p>Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning • Självskattning av följsamheten 	<p>Utbildning gavs till all personal så väl ordinarie som timanställda under augusti 2015-december 2015.</p> <p>Två hygienansvariga sjuksköterskor.</p> <p>Genomfört PPM mätning första kvartal 2016.</p>	<p>Bättre resultat vid PPM under 2016 än under 2015, dock fortsatt lägre siffror än under 2014.</p>	<p>Bättre följsamhet till basala hygienrutiner dock fortsatt låg följsamhet till att sprita händerna före användning av handskar.</p>

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.	Under året 2016 var det 22% mindre avvikelser som skrevs gällande alla kategorier än under 2015. Det skriv dock fortfarande många avvikelser på Kullen vilket ledningar har uppmuntrat och sett positivt på. Avvikelser är en viktig del av förbättringsarbetet.	Medarbetare är aktiva med att skriva avvikelser och ser det som en viktig del av arbetet.
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 läkemedelshantering	Delegerings sköts enligt rutin. Samverkansavtal finns med läkarorganisation för att säkerställa en läkemedelsgenomgång en gång per år.	15 % mindre antal medicinavvikelser än under 2015.	Kontinuerligt förbättringsområde för att öka säkerheten kring läkemedelshantering .
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	Inga nya trycksår har uppstått på Kullen under 2016.	0-vision gällande trycksår.
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning	Handledning från en annan Vardaga enhet gällande vårdplaner och dokumentation i Safedoc. Kontroll av	Alla boende har aktuellt dokumentation som tex. vårdplaner som följs upp med 6 månaders	Fortsatt arbete med att hitta rutinerna för lika dokumentationssätt.

		Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	dokumentation är genomfört vid Kvalitetsuppföljningen från Vardagas kvalitetsavdelning 2016. Verksamhetschef genomför loggkontroller.	mellanrum eller oftare vid behov.	
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. Dokumentera i en omvårdnadsplan 	<p>Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut</p> <p>Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud</p> <p>Använd palliativa registret</p>	<p>Kullen registrerar i det palliativa registret.</p> <p>Brytpunktssamtal genomförs.</p> <p>Kullen har två sjuksköterskor med palliativvård som sitt ansvarsområde.</p>		
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 handleder omsorgspersonal</p>	<p>Utbildning av dietist till OAS gällande Nutrition och undernäring ägde rum i februari 2016.</p>	Fortsatt utvecklingsområde.
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 vid Folk tandvårdens besök</p>	Utbildning från Folk tandvården ägde rum under hösten 2016.	Nära samarbete med Folk tandvården som erbjuder handledning vid sina besök samt utbildning en gång per år.	

Inkontinens	Alla boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Kullen följer rutiner och styrdokument. Det finns en sjuksköterska med förskrivningsrätt gällande inkontinensskydd. Det finns ett aktivt inkontinensråd på Kullen som träffas varje månad.	Alla boende har individuellt utprovade hjälpmedel för inkontinens.	Inkontinens har varit ett fokusområde under 2016 då man har haft ett inkontinensprojekt på alla Vardagas enheter inklusive Kullen.
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. En ny lokalrutin för teammöten skapades i början av 2016.

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

Medicinsk Teknisk Produkter	En trygg och säker användning av MTP	Rutiner och riktlinjer för användning av MTP. Anvisningar och manualer ska finnas tillgängligt för personalen. Kompetens hos förskrivare/ordinatörer Handledning/utbildning för all personal			Förflytningsutbildning vid flera tillfällen under 2016.