



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

Attendo Kullens särskilda boende
År 2017

Datum och ansvarig för innehållet

Helena Eckhardt och Taru Ylikylä
2018-01-28

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Riskanalys	11
Informationssäkerhet	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Hantering av klagomål och synpunkter	12
Samverkan med patienter och närstående	13
Sammanställning och analys	13
Resultat	13
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

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

16 januari 2017 tog Attendo över driften av Kullens äldreboende. Attendo bedriver vård och omsorg i särskilt boende där tre kategorier av boende finns: heldygnsvård för både somatiska och dementa personer, psykiatriska platser samt korttidsplatser. Fokus under året har varit att implementera Attendos värderingar och arbetssystem. Vidare så har Attendo Kullen arbetat kontinuerligt för att uppnå en hög patientsäkerhet där den enskilde och dennes närstående kan känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården. När boende flyttar in gör sjuksköterskan en riskbedömning gällande undernäring, trycksår, munhälsa och trycksår. Identifieras en risk upprättas en omvårdnadsplan. Vidare görs riskbedömningar var 3:e månad och åtgärderna utförs kontinuerligt utifrån risk.

Attendos kvalitetssystem heter Attendo ADD, ett datasystem som personalen dokumenterar i vid en händelse. En kvalitetssamordnare sammanställer avvikelserna, sammankallar till kvalitetsmöten och skriver protokoll medverkar vid egenkontroller och i andra kvalitetsuppföljningar. I kvalitetsrådet ingår paramedicin, verksamhetschef, HSL-chef, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Samtliga avvikelser avslutas av verksamhetschefen. I november uppdaterade Attendo sitt dokumentationssystem (Safe doc) och då övergick genomförandeplanerna över till att dokumentera enligt IBIC. Den implementeringen fortsätter över 2018.

Övergripande mål och strategier

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

Den enskilde ska känna sig trygg och säker i sin kontakt med vården. Den enskilde ska på ett naturligt sätt erbjudas att vara delaktig i de beslut som fattas kring planering och utvärdering detta dokumenteras i de olika planerna för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete utifrån goda förutsättningar så att en säker vård av god kvalitet kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat för boende och personal.

I Attendos ledningssystem finns tydliga riktlinjer för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

Genom ett systematiskt kvalitetsarbete blir hälso- och sjukvården trygg och säker. Attendo har strategier och mål som ett led i arbetet:

- Att alla medarbetare har god kunskap om rapporteringsskyldighet vid händelser och vårdskada.
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation.
- Säkerställa att alla boende har en risk- och preventionsbedömning vid inflytt till boendet och den ska följas upp över tid och minst var 6:e månad.
- Alla boende som har en risk ska ha en omvårdnadsplan upprättad och den ska följas upp och revideras.
- När behov finns användes BPSD vid demens.

-
- Säkerställa 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 teamwork mellan yrkeskategorierna i ett så kallat teammöte.
 - Säkerställa att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt och bekvämt skydd utprovat för den enskilde.
 - Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare.
 - Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
 - Följa basal hygien i vård och omsorg.

Mål 2017

- **Att göra en säker övergång i och med entreprenörbyte**
- **Att alla boende har en upprättad journal i Safe doc med både genomförandeplan och HSL-journal.**
- **Att hålla antal missade signeringar på en låg nivå på varje enskild boendes signeringslista.**
- **Att se till att det finns kontinuitet i dokumentationen hos ovm-personalen.**

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen har det totala ledningsansvaret för Hälso- och sjukvården men har överlåtit enskilda ledningsuppgifter enligt 30§ Hälso- och sjukvårdslagen under 2017. Att överlåta enskilda ledningsuppgifter innebär inte att verksamhetschefen avsägar sig ansvaret för Hälso- och sjukvården.

Verksamhetschefens ansvar

- Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem utifrån SOSFS 2011:9 som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.
- Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan
- Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet. Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner

-
- för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten
- Utreder avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.
 - Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.
 - Minst en gång årligen utföra Lokal kontroll/verifiering.
 - Dokumenterar arbetet i en verksamhetsberättelse/plan, kvalitetsberättelse och i de fall verksamheten också bedriver hälso- och sjukvård, en patientsäkerhetsberättelse.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har det medicinska ansvaret i hälso- och sjukvård och ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

MAS ansvar ingår att bl.a. tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten.

MAS ansvarar för att anmäla risk för allvarlig vårdskada eller allvarig vårdskada till IVO. Detta görs i samverkan med Ekerö kommuns MAS som ansvarar för att lämna anmälan till ansvarig nämnd. Vidare ansvarar MAS att säkerställa att hälso- och sjukvårdsdokumentationen utförs enligt gällande lagar och föreskrifter.

Kvalitetssamordnare

- Leder den lokala kvalitetsgruppen och har djupare kunskap om det lokala kvalitetsarbetet.
- Sammanställer statistik
- Sammankallar och skriver protokoll efter varje kvalitetsråd

Sjuksköterska

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- Risk- och avvikelshantering.
- Uppföljning av mål och resultat.
- Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
- Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Fysioterapeut och Arbetsterapeut

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,

-
- Risk- och avvikelshantering.
 - Uppföljning av mål och resultat.
 - Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
 - Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Omsorgspersonal/Icke legitimerad yrkesutövare

Medarbetare ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att rapportera och delta i:

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder samt följa verksamhetens rutiner.
- Risk- och avvikelshantering vilket innebär att medarbetarna ska rapportera avvikelser och missförhållande/risk för missförhållanden samt ha kunskap om verksamhetens lokala rutiner för detta.
- Omvårdnadspersonalen ska ha relevant kunskap om gällande riktlinjen om livsmedelshygien, basal vårdhygien samt ha kompetens hur maten håller en hög kvalitet och säkerhet och anpassas efter de äldres egna behov, vanor och önskemål.
- Omvårdnadspersonalen väntar för att basal vårdhygien följs.
- Icke legitimerade yrkesutövare är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade arbetsuppgifter.
- Utför arbete enligt skriftlig delegering.

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.

Egenkontroll görs årligen vilket innebär att ledningsgruppen tillsammans med alla yrkeskategorier besvarar frågor som Attendos kvalitetsutvecklare har skapat kring verksamhetens kvalitetsarbete.

Åtgärder på fallavvikelser tas upp på kvalitetsmöten där kvalitetsamordnaren är sammankallande. Vid återkommande fall hos en och samma boende görs en fallkonferens i teamet där man söker anledningar till att det blivit fler fall upprättar en åtgärdsplan för att minska risken för återkommande fall. Uppföljning görs i team där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal ingår. Medicinska avvikelser och fall avvikelse med skada eller sår skrivs ut från Attendo ADD och skickas till kommunens medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS).

Kullen har under inte haft någon Lex Maria utredning under 2017.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

- En fortlöpande analys och uppföljning av avvikelser och fallincidenter sker fortlöpande av verksamhetens medarbetare och HSL-ansvariga. Via statistik ifrån vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter från Attendo ADD mäter man eventuella vårdskador. Varje kvartal mäter man antal fallhändelser. I dem händelser där en och samma

person fallit flera gånger ska teamet kring den boende hålla en fallkonferens. Effekterna av åtgärderna tas upp på kommande teammöten.

- Kontinuerliga samverkansmöten med Ekerö kommuns MAS.
- Kontinuerliga HSL-möten i verksamheten i syfte att bedriva optimalt patientsäkerhetsarbete.
- Årliga läkemedelgenomgångar görs i samverkan med patientansvarig läkare.
- Vårdhygienisk kontroll av en extern hygiensköterska från Vårdhygien.
- Varje månad mäter man antal missade signeringar i varje enskild boendes signeringslista för att se vem/vilka som inte signerar och dess orsak. Resultatet presenteras på varje APT och vid siffror som icke är acceptabla tas det upp med respektive avdelning på teammöte och nattmöte.
- Fortlöpande kontroll av dokumentationen. Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att briserområden åtgärdas.
- 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

När Attendo Kullen startades upp i januari 2017 lades det stor vikt på att alla medarbetare skyndsamt fick kunskap om hur Attendos rutiner för rapportering av avvikelser sker. Alla medarbetare 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.

Dokumentation enligt ICF (Classification of functioning Disability) för hälso- och sjukvårdspersonalen

ICF är utvecklat och godkänt av WHO som ett komplement till Classification of Diseases. Det ska vara ändamålsenlig och strukturerad vård- och omsorgsdokumentation. Det handlar om att informationen som dokumenteras ska kunna återanvändas för olika syften såsom informationsöverföring mellan personal inom vård och omsorg. Informationen ska dessutom kunna användas för uppföljning på olika nivåer för kvalitetsstyrning. Detta förutsätter en nationell informationsstruktur inom vården och omsorgen. För att undvika

riskerna för missförstånd krävs enhetlig och entydig användning av begrepp, termer, klassifikationer dvs. ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

Hälso- och sjukvården på Kullen har lämnat det gamla sättet (VIPS) att dokumentera i sina journaler och använder istället ICF.

Dokumentation enligt IBIC (Individens Behov i centrum) för SoL-personal

Det är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt för personal som arbetar utifrån socialtjänstlagen (SoL). IBIC är vidareutvecklat från det som tidigare hette ÄBIS (Äldres behov i centrum). Man ska utgå ifrån individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i dagliga livet. Utförare använder ICF som klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa som gemensamt språk och tankesätt. Dokumentationen blir mer strukturerad och överföringen användande av information blir säkrare. I slutet av 2017 börjades implementeringen av IBIC på Attendo Kullen. Arbetet kommer att fortlöpa under 2018.

Palliativt team

Ett team har satts ihop på Kullen med personal från alla kategorier för att gemensamt ta fram ett palliativt team och stärka arbetet kring palliativ vård. Det började med att alla omvårdnadsansvariga sjuksköterskor var på en föreläsning i palliativ vård. Sedan plockades en grupp ut med paramedicin, omvårdnadspersonal, sjuksköterska från både natt och dag samt HSL-ansvarig. Första träffen har varit Brainstorming och kommer fortsättningsvis vara mer strukturerad. Vidare fortsätter att dessa personer bli palliativa ombud via en utbildning som Ekerö kommuns MAS anordnar under 2018. Två i gruppen deltog vid PKC-dagen (Palliativt kunskapscenter).

BPSD

Demens kallas för anhörigas sjukdom eftersom sjukdoms förlopp påverkar deras liv också. Kullens ledning och personal har tagit hänsyn till detta i sina planeringar för vården och omsorg för boenden. Anhöriga är informerade om BPSD koncept och att arbetet på kullen drivs utifrån detta koncept.

Attendo Kullen driver vården för medborgare i Ekerö kommun utifrån BPSD koncept. Personal på Kullen äldreboende från olika professionalitet använder BPSD nationell kvalitets register i sin dagliga omvårdnad och omsorg arbete. BPSD tankesättet fokuserar på personcentrerad vård, bidrar med lindrande och ökad livskvalité för boenden samt förstärker teamarbete för att skapa en harmonisk vårdmiljö.

Kullen har en BPSD certifierad utbildare som är leg SSK och jobbar aktivt med konceptet. Utbildaren inom åren har utbildat 1-2 personal på kullen både på somatisk och på demens avdelningar för att bli BPSD administratörer.

Risکانalyser

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

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

Infektionsregistrering

Statistik förs dagligen vid nya infektioner. Varje kvartal lämnar Kullen statistik till Ekerö kommuns MAS.

HALT-mätning

Under hösten gjordes HALT-mätning på 70 boende i Senior Alert. Där kunde man se att det var 1 % av dem boende som hade infektion och som behandlades med antibiotika. I jämförelse med övriga boende i kommunen är det 1,4 % och en jämförelse med hela riket är det 0,3 %.

Måltidgranskning

I december kom en koststrateg från Äldrecentrum och gjorde måltidgranskningar på både demensavdelning och somatisk avdelning. Resultatet presenterades sedan för Kullens kostansvarig, kvalitetssamordnare, biträdande VC och regionchef. Detta uppdrag gjordes på uppdrag av Ekerös kommun. Det som undersöktes var hygien i kök, kvalitet på måltidsmiljö, självbestämmande, yttre faktorer och ergonomi. Detta gjordes på alla Ekerö kommuns boende. I Kullens utvecklingsområden stod det bland annat att köken är gamla och att man behövde se över ljuskällor samt att vi bör jobba mer med karottsystem.

Munhälsa

Genom en satsning som Ekerö kommun har gör man ett omfattande arbete med äldre och munhälsa. Folk tandvården från Bromma kommer till Kullen; tandhygienist två gånger per år som besöker boende inne hos den boende. Två gånger per år kommer mobila tandvårdsteamet till Kullen. Dem installerar tandläkarstol, röntgen och all utrustning under 4-5 veckor/tillfälle och har sedan mottagning för dem boende på Kullen. Kostnaderna för tandläkarvården är kraftigt reducerade i och med projektet. Alla boende väljer frivilligt om dem vill gå till tandläkare som kommer. Ca 95 % av dem boende tackar ”JA” och får besök av tandhygienist och går till tandläkaren. På själva tandläkarmottagningen finns tillgång till lift så att boende i rullstol på ett säkert och smidigt sätt kan tas till och från tandläkarstolen.

Apoteksgranskning

Apoteket AB gör en läkemedelsgranskning på Kullen där Bitr. VC, sjuksköterska och kommunens MAS är med. Sammanfattningsvis konstaterades att det är god ordning och reda på boendes läkemedel både i läkemedelsrum och i enskilda läkemedelsskåpen. Läkemedelshanteringen upplevs fungera väl och det finns några förbättringsåtgärder t ex att kylskåpet håller ibland för höga temperaturer och skulle behöva bytas ut och i större utsträckning sortera ut boendes läkemedel som inte längre finns i ordning.

BPSD

Personalen utifrån olika profession använder BPSD nationell kvalitets register i sin dagliga omvårdnad och omsorg arbete. BPSD tankesättet fokuserar på personcentrerad vård, bidrar med lindrande och ökad livskvalité för boenden samt förstärker teamarbete för att skapa en harmonisk vårdmiljö.

Senior Alert

Sjuksköterskorna dokumenterar i Senior Alert som är ett kvalitetsregister för vård och omsorg.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan

Kullens äldreboende har ett samverkansavtal med Ekerö Vårdcentral enligt gällande regelverk. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering. Praktiskt innebär det att patientansvarig läkare kommer till Kullen på avtalad tid två gånger i veckan för rond. Utöver tiden för rond finns läkare tillgänglig på telefon under kontorstid. Om det då finns behov att träffa läkare kommer läkaren utöver sin rond dag till Kullen. Patientsansvarig läkare deltar i läkemedelsgenomgångar och har inskrivning- och utskrivningssamtal. Natttid, kvällar och helger finns Legesvisitten på jourtelefon för tjänstgörande sjuksköterska att ringa. Samverkansavtalet följs årligen upp och det sammankallas av Ekerö kommuns MAS.

Samverkan med uppdragsgivare

VC och Bitr. VC 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. Det har skett en omedelbar återkoppling då händelser 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. Samverkansmöten sker regelbundet med uppdragsgivaren under hela året.

Apotek

Apoteket AB ansvarar för läkemedelsgranskning en gång per år. Vid granskning delar HSL-chef, Bitr. VC samt Ekerö kommuns MAS.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

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

Regelbundna teammöten hålls på varje avdelning med OAS, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och fysioterapeut (tidigare sjukgymnast). Eventuella fall och medicinska avvikelser tar upp under dessa möten.

Vid inflyttning hålls ett ankomstsamtal för den boende och eventuellt närstående med omvårdnings sjuksköterska, rehab-personal och kontaktperson deltar. Ankomstsamtal dokumenteras alltid och där framgår också vad man har för plan med den boende.

Läkemedelsgenomgångar erbjuds årligen där patientansvarig läkare, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktpersona träffas med den boende och ev. närstående för att diskutera boendes medicinska status samt aktuell läkemedelsbehandling.

Kullen samverkar också i olika rådsfunktioner med alla yrkeskategorier kontinuerligt. Det finns kvalitetsråd, kostråd, närståenderåd, hygienråd, dokumentationsråd och aktivitetsråd.

Sjuksköterskorna har varannan vecka sjuksköterskemöte och varannan vecka HSL-möte tillsammans med rehab-gruppen.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskbedömningar för boende görs vid inflyttning till Kullen av legitimerad personal. Risk för undernäring, trycksår, nedsatt munhälsa samt fall identifieras och åtgärder skapas i en omvårdningsplan. Arbetsterapeut gör ADL-bedömning vid inflyttning och eventuella risker leder alltid till en handlingsplan för åtgärder. Utöver det bedöms risker i verksamheten och det tas upp i kvalitetsgruppen varje månad. Vid identifierad risk görs en risk- och säkerhetsanalys som följs upp.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

På Kullen använder varje medarbetare personlig inloggning i datorn för att komma in i först systemet. Sedan går man in i nästa system med ny inloggning för att kunna dokumentera och journalföra. Varje icke-legitimerad medarbetare har endast tillgång till de patientjournaler som dem arbetar med. Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar med alla boende på huset och har därför tillgång att dokumentera i alla boendes journaler. När boende flyttar ut från Kullen av en eller annan orsak inaktiveras journalen av Bitr. VC och stänger därmed tillgången journalen. I övriga system som sjuksköterskorna arbetar kring är Palliativa registret, Senior Alert, Symfoni loggar man in med sitt personliga SITSH-kort. I dessa system registrera man information om patienter.

Biträdande VC har till uppgift att granska HSL-dokumentationen och säkerställa att journalerna är fullständiga och korrekt uppförda.

I dagsläget har inte HSL-personal på Kullen tillgång till journalsystemet som läkaren använder eller något av sjukhusens system som patienterna ofta kommer ifrån varför det i dagsläget är minimal risk för att olovligt komma åt datornätverk och informationssystem.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Alla avvikelser går direkt Verksamhetschef som därmed bedömer allvarighetsgraden. Avvikelser rapporteras och strategin är att minska avvikelser som kan innebära risk för vårdskada eller rent av att medföra vårdskada till ett högt patientsäkerhetsmedvetande. Syftet är att kunna rapportera risker dvs. innan det går så långt att det drabbar någon boende. Vårdgivaren har i sitt ledningssystem precesser och riktlinjer för rapporteringsskyldighet och är välkänd för alla medarbetare i verksamheten. Medarbetare rapporterar avvikelser och fallincidenter i datasystem Attendo ADD.

När avvikelse eller fallincident uppstår registreras en avvikelserapport. Den ansvariga sjuksköterskan i tjänst gör en bedömning och vidtar akuta åtgärder. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan eller arbetsterapeut/sjukgymnast beroende på art av avvikelse handlägger incidentrapporten ytterligare och planerar för vidare åtgärder eller vidtar åtgärder enligt MAS riktlinje och lokala rutiner. Verksamhetsledningen sammanfattar en verksamhetsanalys enligt lokala rutiner.

Medicinska avvikelser och fallavvikelser med skada rapporteras månadsvis till Ekerö kommuns MAS. Vid en allvarlig hälso- och sjukvårdavvikelse kontaktas MAS och regionchef omedelbart och en utredning startas och beslut tas om ärendet ska anmälas vidare till IVO. Om MAS och regionchefen anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarligare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör en utsedd utomstående utredare denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelsen ska anmälas enligt lex Maria.

Kullens kvalitetsgrupp skickar in en månadsredovisning på sina avvikelser till Ekerö kommuns MAS. En fortlöpande samverkan och dialog kring avvikelser som inträffar i verksamheten sker fortlöpande mellan MAS och verksamheternas ledning.

Verksamhetschefen tillsammans med kvalitetsgruppen ansvarar för att en övergripande verksamhetsanalys görs av månadens avvikelser samt att resultat återkopplas till medarbetare enligt lokala rutiner.

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

Klagomål och synpunkter

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

Kullen har en transparent verksamhet och arbetar med att skyndsamt åtgärda och följa upp eventuella klagomål och synpunkter. Alla medarbetare har kunskap om Attendos 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.

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 ADD 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. På samverkansmöte mellan Attendo Kullen och Ekerö kommun tas synpunkter/klagomål upp. Beroende på vad det gäller arbetar man på en åtgärdsplan för att komma till rätta med problemet. Synpunkter/Klagomål som berör personalen tas upp med berörd avdelning och man följer upp och åtgärdar det som synpunkten gäller i möjligaste mån.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

För Kullens verksamhet är det viktigt att patienter och närstående känner sig välkomna, hemmastadda och delaktiga i verksamheten. Vårt synsätt är att närstående ska vara en tillgång för verksamheten och dem är viktiga men självklart på frivillig basis. Alla närstående bjuds in att vara så delaktiga i verksamheten som de själva och den boende vill.

Varje vecka skriver VC ett veckorbreve som kommer ut via mail till närstående och boende.

Verksamheten arbetar med närståenderåd och närståendemöte.

Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Kullens närståenderåd har välkomnat alla närstående till sina möten. Närståendemöten leds av verksamhetschef och Bitr. VC. Närståendemöten hålls fyra gånger per år. Dels informerar alltid verksamhetschefen om verksamheten, eventuella händelser och vad som kommer att ske. Sedan är det är högt i tak på mötena och man diskuterar brett. Närstående och boende får ett erbjudande om att delta i läkemedelsgenomgång en gång under året tillsammans med läkare, sjuksköterska och kontaktperson.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Vi använder Attendos kvalitetssystem till att sammanställa, utvärdera och förbättra de avvikelser som inkommer till Attendo Kullen. Statistik dras ut från kvalitetssystemet och diskuteras vid dem olika rådsfunktionerna som finns på Kullen.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

- Genomgång/information/utbildning och diskussioner i personalgrupper och ledningsmöten har skett med chefer och hälso- och sjukvårdspersonal kring hälso- och sjukvårdsfrågor. På dessa möten avhandlas patientsäkerhetsrisker, inkomna avvikelser och behov av stöd i utvecklingsfrågor som rör hälso- och sjukvård.
- Mätning av olika indikatorer sker fortlöpande och sammanfattas i bl.a. patientsäkerhetsberättelsen
- Fortlöpande granskning och utredning av inkomna avvikelser

Processmått

- Handläggningen av hälso- och sjukvårdens avvikelser och fallrapporter har förbättrats ytterligare rent generellt
- Inga avvikelser har skett i samband med entreprenörbytet.
- Antalet missade läkemedelssigneringar har markant minskat i verksamheten.
- Dokumentationsfrekvensen i omvårdnadsjournalerna har ökat.
- Fallfrekvensen har minskat.
- Alla boende fick skyndsamt en upprättad journal.

Resultatmått

Den 16 januari 2017 startade Attendo med 0 upprättade journaler i Safe Doc men skyndsamt fick alla boende journaler och sedan påbörjades arbetet med planer och fortlöpande dokumentation. 100 % av alla boende har journaler i både HSL och SoL samt upprättade omvårdnadsplaner.

I samband med övertagandet tog man in personal som har lång arbetserfarenheten från Attendo som kunde stötta nya personalen. Man satte introduktionsdagar för medarbetarna för att lära sig det nya företagens arbetssätt och 0 avvikelser har skett i samband med verksamhetsövergången.

Totalt antal avvikelser på Attendo Kullen under 2017 var 243 st. Av dessa var 46 % fall vilket är en minskning med 24 % sedan år 2016, vilket är positivt. Två av dessa fall ledde till fraktur vilket är samma siffra som föregående år. 79 % av dem boende hade risk för fall under 2017. Av dem 79 % som har risk för fall har också en upprättad vårdplan.

Antal läkemedelsavvikelser var 24 % vilket är en ökning med 10 % sedan 2016. Den stora orsaken till ökningen beror på missade signeringar. I början av 2017 var det ca 400 missades signeringar/100 brukare/månad. En kartläggning behövde göras för att hitta orsaker till att det fanns luckor i vissa boendes signeringslistor. Man har satt att missade signeringar inte innebär att den boende inte fått sitt läkemedel.

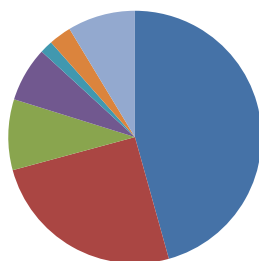
Åtgärder för att komma tillrätta med problemet:

- Vid varje månadsslut går omvårdnadsansvarig sjuksköterska igenom alla signeringslistor och räknar om det finns missade signeringar.
- Tätare uppföljning
- All omvårdnadspersonal har förnyat sina delegeringar.

- En instruktion om hur signeringslistan ska fyllas i.
- Detta har implementerats på teammöten, APT och i samband med skrivning av delegeringsprovet.

Resultatet tas upp på varje kvalitetsmöte och presenteras sedan på varje APT. Ett stort arbete kring detta har pågått under året och i slutet av året var det ca 40 missade signeringar/100 brukare/månad vilket ses om en stor förbättring. Detta arbete kommer att fortgå även under 2018. Detta projekt har också lett till att sjuksköterskan bättre fått bättre överblick över varje boendes läkemedelsintag. Vilket vidare lett till att omvårdnadsansvarig sjuksköterska snabbt kan ta upp med omvårdnadsansvarig läkare om något avviker och göra en åtgärd.

Händelser Kullen 2017:



■ Fall 46%	■ Läkemedel 25%
■ Omvårdnad 9%	■ Hot och våld 7%
■ MTP 1%	■ Larm 3%
■ Övrigt 9%	

Övergripande mål och strategier för kommande år

1. Palliativa projektet

Verksamheten ska under 2018 utbilda palliativa ombud och fortsätta arbetet med palliativ vård. I teamet finns undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och paramedicin som tillsammans ska utveckla ett systematiskt och likvärdigt arbetssätt i palliativ vård på Kullen. Att flera i teamet ska delta i PKC-dagen 2018 för att inhämta den senaste evidensen.

2. Minska antalet fall

Att ständigt arbeta kring fallprevention genom att i teamet arbeta på ett personcentrerat sätt kring den enskilde patienten. Målet är att minska fallen med 10 %.

3. Minska antal läkemedelsavvikelser

Målet är att antal på osignerade givna läkemedelsdoser ska vara 0 %. Genom att kontinuerlig jobba med uppföljningar och informationsöverföring till dag- och nattpersonal. Övriga läkemedelsavvikelser ska minska med 10 %.

4. Godkänd egenkontroll

Attendos egenkontroll som görs årligen.

5. Godkänd HSL-granskning

Attendos egenkontroll som görs årligen.