

**2018 års patientsäkerhetsberättelse och plan
för 2019 för Vårdgivare Brunnsgatan 15 A**

20190124 Birgitta Odell-Carlsson [Klicka här](#) för att ange ansvarig för dokumentets innehåll.

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

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

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Riskanalys

Informationssäkerhet

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.

Löpande utbildning av samtliga personalkategorier är viktig för patientsäkerheten liksom reflektionssamtal med medarbetarna kring händelser, flöden, preventionsarbete, riskbedömningar, tillbudsuppföljning samt granskning rutiner och i det dagliga arbetet.

Noggrannhet i patientarbetet med uppföljande kontroller av verksamheten ger en stabil grund och strukturell säkerhet i arbetet för alla nivåer av patientsäkerhetsarbete.

Egenkontroll av enheten sker två gånger per år. Brunngatan 15 A har arbetat med resultatet från egenkontrollen i förbättringslogg.

Arbetet med att minska risker för vårdskador i arbetet ingår som en naturlig del av systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Riskbedömningar för vårdskador görs i preventionsfasen. Utbildning och samtal kring arbetsmiljö relaterade frågeställningar minskar risken för uppkomst av skada.

Tillbudsanmälningar utreds och dokumenteras i Vardagas eget kvalitetssystem Qmaxit. I Vardagas kvalitetssystem Qmaxit kan all personal själv registrera avvikelser och tillbud, vilket leder till ökat deltagande och naturlig medverkan i processen.

Klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga bejakas och ses som förbättringsmöjlighet i det löpande arbetet. Alla klagomål utreds och dokumenteras. Beroende på ärendets natur och allvarlighetsgrad kan olika åtgärder vidtas. Vid misstanke om allvarlig händelse görs utredning om vårdskada alternativt missförhållande. Rapport sker i dessa fall till Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) Lunds Kommun. Verksamheten rapporterar avvikelser och händelser av vikt till Lunds kommun. Vi rapporterar även till Vardagas kvalitetsavdelning. Patienter och närstående involveras genom deltagande i boende- och närståenderåd. I boende- och närstående rådet tar synpunkter och klagomål upp. Protokoll från dessa möten finns tillgängliga för boende och närstående. Blankett för att lämna synpunkter finns alltid tillgänglig på våra boenden.

Genom samtal kring patientsäkerhet i verksamheten har rapporteringen av avvikelser förbättrats. Det kvalitetssystemet Q-maxit underlättar patientsäkerhetsarbete för både verksamhetschefer och medarbetare. Ett öppet klimat kring processer och förbättringsområden har medfört att synen på patientsäkerhetsarbetet har blivit en naturlig del i det dagliga arbetet.

Sammanfattningen bör även innehålla hur informationssäkerheten har säkerställts i verksamheten utifrån den nya författningen HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

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 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter 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 som avlider på boendet, registreras i Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt 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
- Brunngatan 15 A arbetar aktivt med att all omvårdnadspersonal ska ha kunskap om hur avvikelser ska dokumentera och vad den ska innehålla oavsett vilken form av avvikelse det handlar om
- Brunngatan 15 A gör omvårdnadsjournalen i Procapita och detta är ett ständigt pågående process som alltid ska vara korrekt och aktuell
- Risk- och preventionsbedömning görs när boende flyttar in samt minst var 6:e månad. Det utförs även vid förändring av den boendes tillstånd och omvårdnadsplan upprättas vilken följs upp och revideras utifrån förändringar som sker
- Brunngatan 15 A registrerar i Senior Alert fullt ut.
- Enheten registrerar i Palliativa registret när boende avlidit på enheten samt vid palliativ vård uppdaterar i omvårdnadsplanen
- Enheten har schemalagda återkommande teammöten med omvårdnadspersonal, paramedicinare och sjuksköterskor utifrån de riktlinjer som gäller.
- Brunngatan 15 A har 1 sjuksköterskor med förskrivningsrätt gällande inkontinens. Enheten arbetar utifrån de riktlinjer som gäller individuellt förskrivna inkontinenshjälpmedel i Guide. Film om inkontinensskydd har visats på APT.

HSL-personal har haft kompetensutveckling 2018

- Genomgång av basala hygienrutiner. Observation av följsamhet till basala hygienrutiner och redovisning av resultat.
- Utbildning från Vardagas Demensakademi. Personcentrerad vård av äldre och personer med demenssjukdom. Kartläggning av förmågor – Jag stödjande förhållningssätt. Liselotte Björk och Elin Nilsson
- En gång per år ska all personal uppdatera sina kunskaper gällande läkemedel för att få behålla sin läkemedelsdelegering. Utbildning och prov görs på svenskt demenscentrum Genomgång på APT av kontroller som ska utföras i samband med överlämnande av läkemedel ”Fem rätt

- på plats”, vikten av att alltid läsa medicinlistan, påminnelse att inte glömma meddela påfyllning av vid behovs läkemedel och originalförpackningar, apoteksbeställningar
- Genomgång av Riskbedömning enligt Senior Alert och utbildning i NPI skalan. På APT har rutinen för våra tematräffar gått igenom och resultat från Senior Alert, BPDS registret och palliativa registret redovisats. Rutin för teamträffarna har uppdaterats och personalen har fått information om hur de skall utföra sina uppgifter.
 - Natfastemätning har utförts och resultatet redovisats för omvårdnadspersonalen. Genomgång för vilka åtgärder som kan vidtas för att minska natfastan som Särö bomb, senare kvällsmål och förukost.
 - Genomgång av riktlinjer för dubbelbemanning och ordination av 2 mansinsats.
 - Kvalitetsregistret BPSD Arbetar vi med. Resultatet av att arbeta med BPSD är att personalen arbetar mer med bemötandeplaner och andra omvårdnadsåtgärder såsom promenad, taktil massage mm, det har medfört en minskad användning av lugnande läkemedel. Samtlig personal har fått utbildning i jagstödjande förhållningsätt som används vid upprättande av bemötandeplaner.
- MedView (Vardagas läkemedels projekt) är att få en översyn och riskanalys av alla läkemedel. En del för att minska läkemedel men även en struktur kring effektkontroll och utvärdering samt en plan för behandlingen.

En gång/år ska all personal uppdatera sina kunskaper gällande läkemedel för att få behålla sin läkemedelsdelegering genom att utföra utbildning med kunskapstest vid Demenscentrum som Vardaga hänvisar till.

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 (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 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.

Vårdgivaren (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) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

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.

Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering

Vid avvikelshantering har omvårdnadspersonal ansvar för att dokumentera detta i procapita och avvikelshantering i Q-maxit oavsett om det gäller fall, läkemedel eller övrigt. Detta kommer till sjuksköterskan via bevakning i procapita. Ansvarig sjuksköterska kontakter den omvårdnadspersonal som gjorde avvikelserna för att få en större bild av händelsen därefter gör denna en åtgärd och utvärdering i både procapita och Q-maxit samt lägger en bevakning till verksamhetschefen. Vid oklarheter återkopplar verksamhetschefen tillbaka till ansvarig sjuksköterska. Om inget övrigt finns att tillägga avslutas ärendet/avvikelsen av verksamhetschefen, dock inte förrän åtgärder är gjorda. På teammöten där både sjuksköterskor, rehab personal och omvårdnadspersonal är representerade diskuteras de ärenden som det finns oklarheter omkring, men även hur patientsäkerhetsarbetet fortskrider.

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 Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i Senior Alert.

Vi har ett strukturerat arbetssätt på team/reflektionsmöte med en tydlig rutin för var och ens arbetstuppgifter i personalgruppen. Samtlig personal är delaktiga i riskbedömningar. Vi arbetar personcentrerat dvs både Sol och HSL på en gång. Alla delar hänger ihop och påverkar varandra. Npi skattningar påbörjas av personalen och diskuteras vidare på mötet. Alla deltagare i teamet är viktiga utifrån deras kompetens och erfarenhet och alla får komma till tals. Ssk hade även utbildning i tvång och begränsningar inom vård och omsorg. Personalen fick ökad kunskap om vad lagen säger. Vad innebär nödrätten, samtycke, och hur vi skall fortsätta att arbeta mot nollvision inom tvång och begränsningsåtgärder.

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.

Två gånger/år sker egenkontroll och verksamheten arbetar aktivt och strukturerat med de brister som uppkommit i förbättringsloggen och inom tidsperioden för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Vardaga har även tillsynsbesök av Vardagas MAS på vissa utvalda enheter.

Verksamheten arbetar aktivt med att förbättra enhetens resultat ang brukarundersökningen och öppna jämförelser. Enheten arbetar också aktivt med resultat från utifrån Ibic av Lunds kommun och kvalitetskontroll av Vardaga gällande patientsäkerheten. Vid matsituationer har vi måltids observationer 4ggr/året Där ser vi personalen beteende och ger feedback på hur det utför sitt arbete. På team/reflektionsmöten ger personal feedback till varandra om hur vården och bemötande kan bli bättre.

Nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD, Palliativa registret ingår som en del i kvalitetsarbetet

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Det finns upprättad samverkansöverenskommelse med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Läkare medverkar på våra anhörigmöte vilket ger en trygghet för anhöriga. Läkare och ssk samverkar tillsammans med boende och anhöriga för upprättande av SIP och mobilt vårdteam.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Verksamhetschefen har under året haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren då man vid behov 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.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Samverkande samtal mellan HSL-personal och

omvårdnadspersonal sker i det dagliga arbetet och i mer strukturerad form på team-och reflektionsmöten. OAS har ett samordningsansvar för patientens alla insatser och har ett nära samarbete med paramedicinare och omvårdnadspersonal i det dagliga patientarbetet. Samverkan mellan verksamhetschef, gruppchef, paramedicinare och sjuksköterska förstärker ledningsfunktionen och skapar förutsättningar för att i omvårdnadsarbetet göra rätt omvårdnadsåtgärder på rätt sätt och i rätt tid

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risk- och preventionsbedömningar görs vid inflyttning av ny boende och därefter var 6:e månad och däremellan vid förändring som kräver ny bedömning eller ställningstagande. Samverkan och nära kontakt mellan sjuksköterska, läkare och omvårdnadspersonal gör att tidig risk uppmärksammas

Vi följer styrdokument 7.3 ang begränsningsåtgärder. All personal har fått utbildning i nollvision så vi vet vilka åtgärder som är möjliga. Blankett för riskbedömning 7.10 börja personalen att fylla i och därefter tas det upp på team/reflektionsmöte i samråd med sjuksköterska.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Brunnsgatan 15 A arbetar med informationssäkerheten bland annat i form av att det digitala informationssystemet fallerar så skall informationsöverföringen ske i pappersform på specifika blanketter. Granskning har gjorts av hälso och sjukvårdspersonals journalföring genom kontinuerliga logg kontroller . Behörighet till olika journalsystem tilldelas av verksamhetschef på enheten.

Vi utför loggkontroll 2 ggr/året. Sjuksköterskor gör journalgranskning 2 ggr/ året i samband med riskbedömningar utifrån Vardagas checklista hälso-sjukvårdsdokumentation. Egenkontroll utförs av annan verksamhetschef inom Vardaga för att det inte skall bli partisk.

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.

Avvikelser rapporteras i procapita och Q-maxit. Vid avvikelshantering har omvårdnadspersonal ansvar för att dokumentera detta i procapita och avvikelshantering i Q-maxit oavsett om det gäller fall, läkemedel eller övrigt. Detta kommer till sjuksköterskan via bevakning i procapita. Ansvarig sjuksköterska kontaktar den omvårdnadspersonal som gjorde avvikelsen för att få en större bild av händelsen därefter gör denna en åtgärd och utvärdering i både procapita och Q-maxit samt lägger en bevakning till verksamhetschefen. Vid oklarheter återkopplar verksamhetschefen tillbaka till ansvarig sjuksköterska. Om inget övrigt finns att tillägga avslutas ärendet/avvikelsen av verksamhetschefen, dock inte förrän åtgärder är gjorda. På teammöten där både sjuksköterskor, rehab personal och omvårdnadspersonal är representerade diskuteras de ärende som det finns oklarheter omkring, men även hur patientsäkerhetsarbetet fortskrider.

Vi redovisar avvikelser på APT för att personalen skall se hur vi arbetar med avvikelserna och vilket resultat det har blivit.

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.

All personal på Brunnsgatan 15 A 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 kvalitetsarbetet. Klagomål och synpunkter lämnas till verksamhetschef och legitimerad personal så snart som möjligt. Allvarliga klagomål rapporteras till överordnad chef, uppdragsgivare och MAS/kvalitetsutvecklare. Registrering av inkomna klagomål registreras i Q-maxit. Analys och åtgärd sker snarast och även detta dokumenteras i kvalitetssystemet. Återkoppling sker senast två veckor efter inkommet klagomål

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Fallavvikelser har varit lägre under 2018. All personal känner sig delaktiga och arbetar mycket för att förebygga fall. Ex möblering, mattor, gångträning, gymnastik, balansträning, kost och läkemedel. Det kan variera beroende på boendes tillstånd. En god effekt är att vi har flyttat till nytt hus där innemiljön är anpassad till demensboende.

Läkemedelavvikelse har minskat vilket kan beror på bra rutiner, som har utvecklats ytterligare under året. Det är "Fem rätt på plats" vilket innebär vilka kontroller personalen skall utföra innan överlämnandet av läkemedlet. Informationen sitter på insidan av läkemedelsskåpet. Stabil personalgrupp, vikarier blir vana i arbetet innan delegering ges. Delegeringsrutiner är goda. Uppdatering av läkemedelsrutiner utfärs regelbundet på APT.

Hjälpmiddelsavvikelser har också minskat pga bättre lokal med taklift och bättre hjälpmedel.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

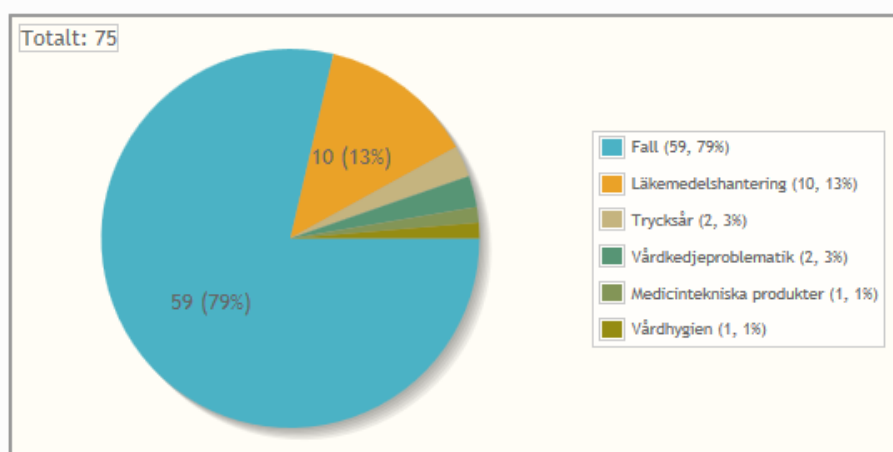
Samverkan med patient och närstående

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

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

Brunnsgatan 15 A har anhörigmöte 2 gg/år där information om verksamheten förmedlas. Anhöriga kan ställa frågor eller ta upp olika problem som de vill diskutera. Vi har Boenderåd och närståendeträffar. Vi har även boende och anhörigcaféer v.a. tisdag. På cafet har enheten man möjlighet att bjuda in utomstående såsom anhörigcentrum och liknande. Vid vårdplanering erbjuds närstående att vara med tillsammans med biståndshandläggare och kontaktperson. Det finns även möjlighet för närstående att ha samtal med OAS sjuksköterska eller verksamhetschef när så finns behov eller önskemål om detta. Äldrepedagog erbjuder förstärkt anhörigsamtal 1 mån efter inflytt. Anhörig kan prata med äldrepedagog om olika saker som de har synpunkter om.

Min verksamhet



Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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

Resultat 2018

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 styrdokument 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 boende har dokumenterad fallriskbedömning och detta sker så snart som möjligt efter inflyttning</p> <p>Bra kompetens finns hos HSL-personal</p> <p>Alla i teamet runt patienten arbetar aktivt för att förebygga fall och fallskador</p>	59 fall avvikelser/året där 3 st var frakturer	<p>Minimera risk för fall</p> 
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	<p>Rutiner och styrdokument för basal hygien i vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> Kompetens hos all personal Handledning/utbildning 	<p>Enheten följa de riktlinjer och rutiner som gäller för vård o omsorg</p> <p>Webbutbildning i basala hygienrutiner</p> <p>Omvårdnadspersonal har utbildning a HSL-personal</p>	<p>Kontroll av följsamheten av basala hygienrutiner utförs 2 ggr/året</p> <p>Följsamheten av den basala hygienrutinen har ökat</p> <p>1, avvikelse är reg</p>	<p>All personal arbetar utifrån riktlinjer för basala hygienrutiner</p>

		<ul style="list-style-type: none"> Självskattning av följsamheten 	<p>Till stora delar fungerar rutinerna men inom vissa delar behöver enheten bli bättre</p> <p>Hygienobservationer 2/ggr/året</p>		
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.	Personal har fått information om rapporteringsskyldighet och detta återkopplas 2gg/år	Via Vardagas egenkontroll som följs 2ggr/året	Att all personal ska rapportera utifrån de riktlinjer och rutiner som gäller
Läkemedels-hantering och delegerings-processen	<p>Att medarbetare:</p> <ul style="list-style-type: none"> kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt En säker läkemedelshandling 	<p>Korrekt delegeringsförfarande av leg personal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshandlingen</p>	<p>Varje år sker ny uppföljning för omvårdnadspersonal där man måste göra ny läkemedelsdelegering. Alla vikarier gör prov muntligt o skriftligt före läkemedelsdelegering. Vi följer demenscentrums utbildning koncept</p>	L Läkemedel 10avvikelser/ året Avvikelser följs upp på team och reflektionsmöte.	<p>Klicka här för att ange text.</p> 
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 	<p>HSL-personal arbetar aktivt med risk o preventionsbedömningar</p> <p>Omvårdnadspersonalen är delaktiga i riskbedömningar.</p> <p>Ssk och arbetsterapeut samarbetar mycket bra vilket leder till tidig insättande av god trycksårs profylax</p> <p>Team möten sker kontinuerligt 1ggr/mån</p>	2 trycksår/året	<p>Inga eller minimala trycksår</p> <p>Omvårdnadspersonal skall reagera tidigt i förändringarna i hudkostomen</p>

Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	All personal som dokumenterar har kännedom om riktlinjer för dokumentation Det finns dokumentationsstödjare på enheten Egenkontroll sker två ggr/år och förs vidare till förbättringsloggen där så behövs Loggkontroller utförs	Klicka här för att ange text.	Att all omvårdnadspersonal dokumenterar
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 hälsoplan/NVP 	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud Använd palliativa registret	Enheten arbetar aktivt med att varje boende ska leva ett värdigt liv även vid vård i livets slutskede Enheten registrerar i palliativa registret på alla som avlider på enheten och den sista tiden reflekteras i personalgruppen för utvärdering.	Vi får återkoppling från palliativa registret. Vi är medlemmar.	Att vård i livets slut ska bli så trygg och smärtfri som möjligt för den boende
MNA (kost/nutrition/vikt)	Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning Nyinflyttade patienter ska bedömas inom tre dygn	Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal. Handledning/utbildning i klinisk nutrition	Alla boende har en dokumenterad MNA bedömning. Följer de rutiner och riktlinjer som gäller för MNA I de fall det är aktuellt görs en bedömning och dokumentation	Patientens vikt följs upp regelbundet minst 2 ggr/mån	Varje enskild patient skall erhålla god, näringsrik och allsidig kost
Munhälsa	Alla patienter ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Dokumentera i Senior Alert ROAG Handledning och utbildning i munvård	Enheten följer rutiner och riktlinjer för god munvård, Oral Care har haft utbildning för omvårdnadspersonal under året I början av att dokumentera i Senior Alert Enheten har tillhandahållit utbildning	Uppföljning och bedömning sker av Oral care's tandvårds hygienister minst 1 ggr/år	Varje enskild patients på enheten skall ha en god munvård

			och handledning i munvård från Oral Care		
Inkontinens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Alla boende har ett utprovat och ordinerat inkontinensskydd. Enheten har en sjuksköterska med förskrivningsrätt	Sjuksköterskorna med förskrivningsrätt gör en utredning och bedömning varje patient med behov av inkontinensskydd	Kvalitetssäkrad och individuella ordinationer av inkontinensskydd till patienter som har behov av inkontinensskydd
Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Enheten registrerar i Senior Alert. Samtycke finns vilket dokumenteras i procapita	Vissa boende avböjer till registrering i kvalitetsregister och det respekteras	Alla patienter med samtycke skall registreras i nationella kvalitetsregistret
Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetsätt och informationsöverföring Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	Det finns ett bra samarbete internt och man följer de riktlinjer som gäller för informationsöverföring Enheten har kontinuerliga teammöten där sjuksköterska, paramedicinare och omvårdnadspersonal deltar	Klicka här för att ange text.	Bra kommunikation och samarbete mellan olika yrkesgrupper på enheten leder till god och säker vård.

Patientsäkerhetsplan 2019 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 2019 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2019 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 (minst var 6e månad)	Uppföljning ska ske kontinuerligt för att tillse att alla boende har en risk och preventionsbedömning gjord utifrån gällande kriterier
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Mål att arbeta med boende på ett kvalitativt sätt utifrån riskbedömning. Skriva åtgärder.
Fallförebyggande arbete	läkemedelsgenomgång, assistans vid personlig vård, Stöd vid förflyttningar, träning och påminnelse i att använda hjälpmedel, Rörelselarm enligt ordination och samtycke, höftskyddsbyxor, antihalksocka nattetid och stabila skor dagtid, stödstrumpor. Senior Allert rutiner.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	All personal genomgå webbutbildning i basala hygienrutiner samt kontinuerliga kontroller för att tillse att detta följs. Självskattning av följsamhet.
Dokumentation – Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Mål att alla boende ska ha en omvårdnadsdokumentation, genomförandeplan som är aktuell utifrån individens omvårdnadsbehov.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	OAS tillse att läkemedelsdelegering är uppdaterad och att omvårdnadspersonal följer de riktlinjer som gäller.
Minska läkemedelsavvikelser	OAS ska ha kontinuerliga samtal med omvårdnadspersonal och vid behov ta bort delegering när detta inte fungerar. Vid teammöten även diskutera läkemedel och läkemedelsavvikelser. Uppdatera personalen på APT ang riktlinjerna vid läkemedelshantering.
Rapportering av händelser – Vårdskada	Alla vård skador ska dokumenteras, följas upp och utredas enligt gällande riktlinjer
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	Vid vård i livets slut ska varje boende bemötas med värdighet och respekt och få sina behov tillgodosedda samt bästa möjliga omvårdnad. Alla boende skall ha en SIP upprättad under 2019

Lägg hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.