



Precis den rehab du behöver

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

20190228

Ewa Einerth, VD

Terese Stegfeldt, Kvalitetssamordnare

Catrin Grambo, Verksamhetschef

Suzanne Gustafsson, Kommunikationsansvarig

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE	1
Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Riskanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER	9
Klagomål och synpunkter	9
Sammanställning och analys	10
Samverkan med patienter och närstående	10
RESULTAT.....	10
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	18

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

Reaktivering Furuhöjden AB, med verksamheterna Furuhöjden Rehabiliteringshem och Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter, bedriver evidensbaserad individuell vård- och rehabilitering med patienten i centrum. Vårt uppdrag är att ge patienterna precis den rehab de behöver vilket ställer höga krav på att patienter, och vid behov anhöriga, är delaktiga i vård- och rehab.

Reaktivering Furuhöjden AB är ISO 9001 och 14001 certifierat vilket innebär att vi har ett väl fungerande ledningssystem både gällande kvalitet och miljö.

Stort arbete läggs på att säkerställa alla delar i verksamheten genom kompetensutveckling, avvikelserapportering, åtgärdsplaner, riskbedömningar samt uppföljning och återkoppling till alla berörda.

15 januari 2018 startade Reaktivering Furuhöjden AB en ny enhet, **Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter**, med avsikt att vara ytterligare en avdelning på **Furuhöjden Rehabiliteringshem** men också en egen enhet med avtal för specialiserad fysioterapi.

På **Furuhöjden Rehabiliteringshem** har internrevision skett av rehab- och omvårdnadsprocesserna för de olika diagnoserna där vi bland annat kontrollerat följsamhet av arbetssättet, av rutiner, riktlinjer, lagar och krav. Journalgranskning har också genomförts enligt plan.

Under 2018 har mycket fokus handlat om att etablera och marknadsföra **Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter** samt skapa hållbara och säkra rutiner för arbetet där.

På Furuhöjden har arbetet med att utveckla de olika avdelningarna fortsatt med "riktad" kompetensutveckling inom våra olika diagnosområden. Föreläsningar och utbildningar har genomförts inom bl a patientsäkerhet, hygien, HLR, fallprevention, medicinska föreläsningar inom kirurgi och ortopedi samt näringslära.

Vi har inom området digitalisering i vården infört Exorlive under hösten som en möjlighet för patienterna att få sina träningsprogram via en App i mobiltelefonen. Fortsatt implementering och ökad användning hos ffa paramedicinsk personal kommer att ske under vt 2019.

Ett nytt kompetensområde har utvecklats efter anställning av en psykolog.

Övergripande mål och strategier

Mål:

Furuhöjdens övergripande mål är att patienterna får "precis den rehab de behöver".

Målet innefattar alla delar i rehab- och omvårdnadsprocesserna och utgår från att vi har en patientsäker kvalitet och miljö. För att uppnå detta arbetar vi med nedanstående strategier.

Strategier:

- Vi har regelbunden kompetensutveckling
- Vi har närvarande och engagerad ledning
- Vi har ett gemensamt patientorienterat arbetsätt som grundar sig på patientens individuella behov.
- Engagerade medarbetare med genuin motivation och glädje
- En arbetskultur som uppmuntrar avvikelserapportering och ständiga förbättringar.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschef.

- Ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och fastställda rutiner. I uppgifterna ingår också bevakning av att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls på Furuhöjdens Rehabiliteringshem och Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter.
- I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och personalbemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Avdelningschefernas ansvar är att

- säkerställa att den egna avdelningen följer Furuhöjdens verksamhetsplan, det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt att införande av nya rutiner/metoder följs.
- introducera och säkerställa att alla medarbetare använder administrativa system på rätt sätt.
- säkerställa att all patientdokumentation motsvarar ställda krav enligt bl a HSLF-FS 2016:40, patientdatalagen, socialtjänstlagen, kund- och/eller avtalskrav samt GDPR.
- rapportera personalens kompetensutvecklingsbehov till ledningen.
- säkerställa att avvikelshanteringen är "aktiv" och används på ett konstruktivt sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonal

- har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och de ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef enligt fastställd avvikelshantering.

Omsorgspersonal

- har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården och socialtjänstlagen. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser enligt fastställd avvikelshantering.

Kvalitets- och miljösamordnare

- ska uppfylla de mål som ledningen fastställer i Furuhöjdens verksamhetshandbok och aktivt arbeta för att samtliga medarbetare engagerar sig i kvalitets- och miljöarbetet.
- ska aktivt notera, sammanställa och rapportera avvikelser till verksamhetschef och ledning. Är även ansvarig för att genomföra interna revisioner.
- ska ta initiativ till förbättringar för att ständigt förbättra kvalitets- och miljöarbetet inom verksamheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Kvalitetssäkringssystem

Reaktivering Furuhöjden AB är certifierat för ISO 9001 och 14001. Det betyder att vi har ett fungerande ledningssystem med kontinuerlig översyn av befintliga system, processer, struktur i rapportering, avvikelshantering, riktlinjer och rutiner.

Avvikelsehantering

All personal är skyldig att skriva en avvikelserapport om de upptäcker eller hör om något som *kan leda* till vårdskada eller *risk för* vårdskada, eller där *rutiner inte* följts. Ledningen uppmanar till att dokumentera alla slags avvikelser. Dessa avvikelser sammanställs av verksamhetschef och kvalitetssamordnare. Efter denna sammanställning görs en riskbedömning, åtgärdsplan samt återkoppling till personalen. I de fall som patient eller anhörig haft klagomål sker även en återkoppling till dem.

Vad gäller trycksår, fall och vårdrelaterade infektioner skall, förutom en avvikelserapport, ett internt datadokument fyllas i. Detta tydliggör och lyfter upp patientsäkerhetsrelaterade problem och en åtgärd kan göras omgående.

Skydds rond med avseende på patient- och personalsäkerhet görs varje år.

Vid förändringar och nya rutiner i verksamheten görs alltid en riskbedömning utifrån Socialstyrelsens skrift "Händelse och riskanalys" och FMEA.

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

Dokumentation/journalföring

Vi har under 2018 fortsatt att följa upp dokumentationen i Take Care. Avdelningarna har arbetat med att göra patienterna mer delaktiga i dokumentationen genom att personalen dokumenterar tillsammans med patienten inne på deras rum. Detta arbete gjordes också med syfte att effektivisera dokumentationen och frigöra mer tid till annat nära patientarbete.

En aktivitetsplan för trycksår har utvecklats för att ha bättre kontroll på hela omvårdnadsprocessen gällande trycksår från riskbedömning till åtgärdsplan och resultat.

En journalgranskning har genomförts enligt plan och vi kontrollerade också hur lång tid det tog innan en individuell rehabplan var upprättad. En individuell rehabplan ska vara upprättad tillsammans med patienten inom 24h från ankomst.

Kompetensutveckling

Under året har vi haft kompetensutveckling inom bl a thorax, kirurgi, bemötande, neuro bla kognitiv kommunikation, ortopedkurser, hygien, patientsäkerhet, fallprevention, svåra samtal. Utbildningen i fallprevention riktades både till personal och patienter och var en del av kampanjen Balansera mera.

Några deltog i rehabveckan som i år var i Jönköping och några ur personalgruppen har också auskulterat samt gått utbildning på andra kliniker för att få ny och uppdaterad kunskap. Som brukligt har all personal genomfört HLR och S-HLR utbildning under året. En av våra arbetsterapeuter har genomgått handledarutbildning och en av fysioterapeuterna har genomfört en fördjupad utbildning inom ortopedi. Båda på högskolenivå. Två fysioterapeuter som läst in till specialist fysioterapeut under året och planeras vara klara under 2019.

Kvalitet

Under 2018 genomfördes en omfattande intern revision på alla våra vård- och rehabprocesser. Detta för att se att processerna följs och var det kan finnas behov av förbättringar.

Flera rehabassistenter har utbildats och en uppföljning av deras funktion och bidrag till verksamheten har gjorts.

Vi har utökat verksamheten med en ny kompetens genom att anställa en psykolog.

För att höja patienternas delaktighet och kunskap i sin vård och rehab infördes dygnsdosett för smärtstillande läkemedel. Till att börja med som ett projekt på en av avdelningarna för att utveckla och etablera genomtänkta och säkra rutiner och arbetssätt kring patientinformation och läkemedel. I slutet på året kunde man så införa detta på alla avdelningar.

Miljö

Vi har fortlöpande undervisning i återvinning och sopsortering av vårt avfall och vi kontrollerar regelbundet mängden läkemedel, matavfall, stick och skärande samt förbrukningsprodukter som vi slänger.

Uppföljning genom egenkontroll

Furuhöjden gör regelbundet egenkontroller för ökad patientsäkerhet

- Vi genomför avvikelserapportering inom alla områden gällande t. ex bristande rutiner, risk för vårdskada eller arbetsskada, brist i kommunikation och överrapportering, brister i vårdens övergångar, fall, trycksår, infektioner samt incidenser inom läkemedelshantering. Sammanställning och resultat redovisas internt och externt.
- Vi utför fortlöpande kontroller på medicintekniska produkter och har ansvariga i alla yrkesgrupper.
- Journalgranskning har gjorts för att följa upp och vid behov förändra pågående utvecklingsåtgärder inom området.
- För att ta reda på personalens förhållningssätt, motivation och attityder och upplevd kompetenshöjning genomförs årligen personalenkäter och medarbetarsamtal.
- Köket har ett väl utvecklat program för egenkontroll och genomför dem enligt rutin.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Handläggningsrutiner vid intagning

Inbokningssköterskan gör bedömning av remisser och uppdrag.

Inbokningssköterskan ringer avdelningen som skickat remissen och ställer frågor för att säkerställa att patienten är redo för rehabilitering.

När patienten kommer till Furuhöjdens Rehabiliteringshem görs en ny bedömning. Om bedömningen visar att patienten inte är medicinskt stabil återremitterar läkaren patienten till sjukhuset.

Samarbetsformer

Furuhöjden arbetar tillsammans med patienten i multidisciplinära team. Teamets sammansättning beror på patientens behov och kan bestå av alla eller några av följande yrkeskategorier: läkare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, kurator, psykolog, arbetsterapeut, dietist och logoped.

Alla i teamet träffar patienten under inskrivningsdygnet och tar anamnes och status. Sedan lägger man tillsammans med patienten upp rehab- och omvårdnadsplan med mål och åtgärder. Uppföljning sker dagligen av respektive yrkesgrupp och genom gemensamma uppföljningsmöten.

Närstående är alltid välkomna att delta aktivt i rehabiliteringen på Furuhöjden.

Samverkan för en sammanhängande vårdkedja

Vi använder journalsystemet Take Care och har därför sammanhållen journal med anslutna sjukhus. De sjukhus som inte har Take Care skickar med journalhandlingar med patienten till Furuhöjden. Saknas handlingar tar Furuhöjden kontakt för komplettering. Patienten måste alltid ge sitt samtycke innan journaler från tidigare vårdinstanser får läsas.

Under vistelsen på Furuhöjden tas vid behov kontakter med distriktssjuksköterska, hemrehabiliteringsteam och kommunen för eventuella hemtjänstinsatser. I de fall då kontakter redan finns sker en överrapportering innan patienten går hem.

För landstingpatienter använder vi Webcare som kommunikationssystem mellan Furuhöjden, primärvård och kommun. Vårdplanering kan vid behov ske på Furuhöjden och någon i teamet närvarar alltid. Anhöriga är också välkomna att delta om patienten önskar detta.

Vid utskrivning får patienten med sig läkemedelslista och ett utskrivningsmeddelande med aktuella telefonnummer, diagnos och restriktioner.

All legitimerad personal sammanfattar vårdtiden och åtgärder samt resultat i en epikris.

Det är av stor vikt att överrapportering sker vid överföring av patienter till/från andra vårdgivare gällande eventuella risker för vårdskada samt behov av åtgärder för att förhindra vårdskada.

Risicanalys

Vid varje inskrivning bedömer personalen om risk finns för fall, trycksår och undernäring. Detta görs med evidensbaserade bedömningsinstrument och förebyggande åtgärder dokumenteras i journalen och rapporteras vidare i teamet.

Kontinuerlig kontroll av lokaler och hjälpmedel sker för att förebygga vårdskador.

Infektioner registreras, följs upp och åtgärdas.

Läkemedelshandlingen diskuteras kontinuerligt vid sjuksköterske- och läkarmöten för att se om rutiner ska förändras för att förbättra säkerheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Alla avvikelserrapporter granskas utifrån vår skyldighet att rapportera avvikelser i enlighet med inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) (HSLF – FS 2017:41) och/eller "Lex Sarah". Utöver detta har vi rapporteringsskyldighet via gällande ramavtal med olika uppdragsgivare.

Avvikelserrapporteringen finns i övrigt beskrivet under tidigare rubrik i dokumentet.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

- På varje patientrum finns en informationspärm som också innehåller en blankett för *klagomål och förbättringsförslag*.
Ledningen analyserar inkomna klagomål och synpunkter och beslutar om åtgärder.
Avdelningschefer eller ledning erbjuder patienten att diskutera det inträffade och återkopplar till personalen för att händelsen inte ska inträffa igen.
Beroende på klagomålets eller synpunkternas art kan det leda till behov av förändrade rutiner eller arbetssätt.
- Vi ber också varje patient att fylla i en enkät vid vårdtidens slut. Dessa samlas in, sammanställs kvartalsvis och presenteras samt diskuteras med ledning och personal som ett underlag för utvecklingsåtgärder.

Sammanställning och analys

Avvikelser, rapporter, klagomål och synpunkter noteras av kvalitetssamordnare i en händelselogg där sortering kan ske utifrån olika områden t. ex fall, läkemedelshantering, bemötande m fl. Detta gör att det är lätt att se om samma händelse återkommer och hur ofta det händer.

Samverkan med patienter och närstående

Vi anser det vara av stor vikt att ta del av patientens och anhörigas frågor och synpunkter för att utveckla patientsäkerheten och tydligheten i informationsutbytet.

Det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till personalen eller via en blankett i patientrumspärmen.

Patienterna får också fylla i en enkät vid vårdtidens slut för att vi ska få återkoppling på vården och rehabiliteringen de fått.

Under vårdtiden sker kontinuerligt uppföljning mellan patient och team för att samla upp eventuella frågor och funderingar som uppstått. Under dessa möten erbjuds anhöriga att delta om patient önskar detta.

Anhöriga är också välkomna vid träningstillfällen samt informations och utbildningstillfällen som sker under vårdtiden.

Synpunkter och klagomål behandlas på samma sätt som övriga avvikelser.

Resultat

Dokumentation

Journalgranskning: Resultatet varierar beroende på diagnosområde samt vilken yrkeskategori som dokumenterat. Generellt kan vi dock se att sjuksköterskor har behov av förbättringar gällande dokumentation enligt problem-mål-åtgärd-resultat samt att skriva epikrisen som en sammanfattning av vårdtiden. Regelbundna enskilda utbildningar i dokumentation har genomförts under året och kommer fortsätta under 2019. Introduktionsprogrammet har också setts över och dokumentation ligger nu med som en del i introduktionen av ny personal. Vi har även dokumentation som en stående punkt under p-möten för att kunna ta upp eventuella problem och som tillfälle att gå igenom något gemensamt dokumentationsärende. Förändringar gällande rutiner eller sökord i dokumentationen kommer alltid ut på p-möten och i veckobrev.

Vi kontrollerade samtidigt att en Individuell rehabplan hade upprättats inom 24h som är ett avtals samt lagkrav och resultatet var mycket bra. Av 14 granskade journaler var det endast 1 som inte hade upprättat en plan inom 24h.

Arbetet med att få personalen att dokumentera mer tillsammans med patienten i dennes rum kommer utvärderas under 2019 då arbetet fortfarande är under process.

Kvalitet

Internrevision

Resultat på internrevisionerna på våra rehab och omvårdnadsprocesser:
Neurologiprocessen - Förbättringsåtgärder har vidtagits för att säkerställa att uppföljningsmöten med patienten utförs minst 2 ggr/period, att information om patientindividuell förflyttningsteknik finns lättillgänglig och synlig för att minimera fallrisker och arbetsskador, att informationen om specialkost kommer fram till köket i tid.

Cancerrehabprocessen – Förbättringsåtgärder har vidtagits för att säkerställa att omvårdnadsplan utformas för patienter med nedsatt aptit.

Thorax/kirurgi processer – Följer processerna väl men kan behöva arbeta lite mer med att vid planeringen av det dagliga arbetet på avdelningen även ta upp de fysioterapeutiska målen för patienterna inte enbart omvårdnadsmålen. Även kostregistreringen behövde förbättras och arbete med detta gjordes under året vilket vid en senare granskning på hösten visade klart förbättrat resultat.

Ortopediprocessen – Avdelningen har arbetat med förbättringar gällande dokumentation kring förbandsinspektion som görs vid ankomsten.

De har även arbetat med att dokumentera information om restriktioner samt eventuellt datum för suturtagning direkt i utskrivningsinformationen till patienterna för att säkerställa att denna information finns på plats vid utskrivning.

Patienterna får en rehab och omvårdnadsplan med mål och planerade aktiviteter under vårdtiden. Förbättringsåtgärder har gjorts för att se till att journaldokumentationen överensstämmer med denna plan och vise versa samt att den uppdateras under vårdtiden med datum för uppföljningsmöte och hemgång.

Vårdutveckling

Vid en första utvärdering i början på 2019 kändes det som att införandet av dygnsdosett för smärtstillande läkemedel har bidragit till minskad stress hos sjuksköterskorna samt större delaktighet och kunskap hos våra patienter. Patienterna känner sig mer förberedda vid hemgång.

Kompetens

Under våren anställdes en psykolog vilket fått mycket positiv respons både från personal och patienter. Hon har varit en stor tillgång och har bidragit med kunskaper och erfarenheter inom bl a kris och krishantering samt bemötande av personer i kris. Hon har haft flera små föreläsningar för vår personal samt startat gruppsamtal för patienter efter större kirurgiska ingrepp.

Patientutvärdering

Vi mäter kontinuerligt gästernas upplevelse av den vård och rehab de erhållit under vårdtiden för att ha som underlag för fortsatt verksamhetsutveckling. Resultatet från 2018 kan jämföras med 2017 och är överlag positivt, maximalt svar är 6,0.

Fråga	2017	2018
Vad är din samlade upplevelse av din vistelse hos oss?	Ny fråga 180101	5,65
Hur upplevde du bemötandet vid ankomsten?	5,57	5,61
Hur upplevde du bemötandet under vårdtiden?	5,73	5,75
Har du fått det stöd du behövt.	5,66	5,65
I hur stor utsträckning upplever du att du fått den vård du behövt?	5,57	5,57
I hur stor utsträckning upplever du att du fått tillräcklig information från sjuksköterskan?	5,65	5,63
I hur stor utsträckning upplever du att du fått tillräcklig information från undersköterskan.	5,66	5,61
I hur stor utsträckning upplever du att personalen gjort allt för att lindra din smärta	5,72	5,71
Upplever du att du fått tillräcklig information om dina nya läkemedel?	5,53	5,42
Hur upplevde du bemötande och vård av nattpersonalen?	5,69	5,71
I hur stor utsträckning upplever du att du fått den träning du behövt?	5,51	5,49
I hur stor utsträckning upplever du att du fått tillräcklig information av sjukgymnasten?	5,58	5,61
I hur stor utsträckning upplever du att du fått tillräcklig information av arbetsterapeuten?	5,47	5,53
Hur upplevde du stöd och information av kurator/psykolog?	Ny fråga 180101	5,39
Hur väl upplever du att du varit delaktig i beslut om din vård/rehabilitering?	5,36	5,35
Hur väl upplever du att din målsättning med vistelsen uppnåtts?	5,44	5,45
Hur väl förberedd är du för din hemgång?	5,25	5,31
Hur upplevde du städningen?	5,39	5,41
Hur upplevde du maten?	5,21	5,22
Vårt mål är att du ska få " precis den rehab du behöver" hur tycker du att vi lyckades med det?	5,50	5,54

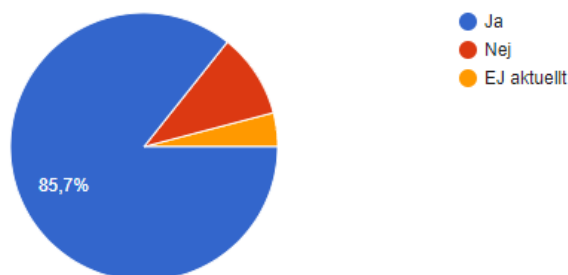
Basala hygien och klädregler, följsamhet:

2018 hade ledningen beslutat att skicka ut en självskattningsenkät till personalen gällande följsamheten av basala hygienrutiner samt klädregler. Detta för att det varit mycket svårt att genomföra observationer på personalen enligt SKL´s riktlinjer. Patienterna har enkelrum och det är sällan det behöver vara två personal inne hos patienten. Eftersom det är första gången en sådan här självskattningsenkät har gjorts finns inget jämförande material att tillgå. Syftet med en självskattningsenkät är mer preventivt och informativt för att personalen ska tänka till hur de själva utför alla momenten.

Några av svaren såg ut som följer:

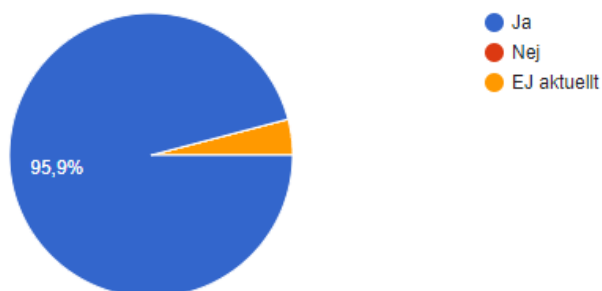
Handdesinfektion omedelbart före varje vård- och omsorgsmoment?

49 svar



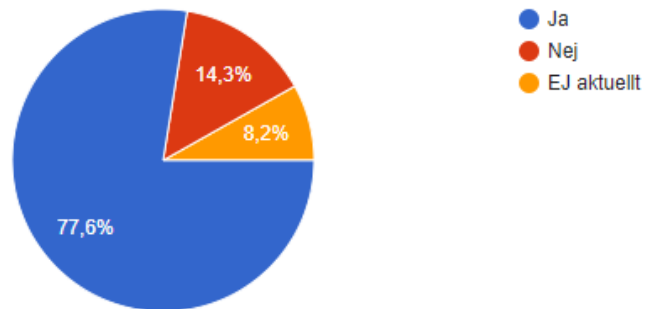
Handdesinfektion omedelbart efter varje vård- och omsorgsmoment?

49 svar



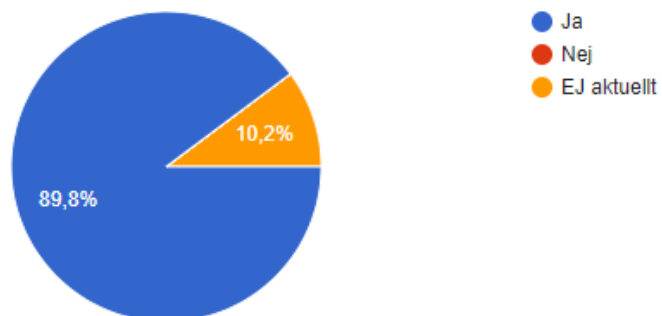
Handdesinfektion omedelbart före användning av handskar?

49 svar



Handskar vid kontakt med, eller risk för kontakt med kroppsvätskor?

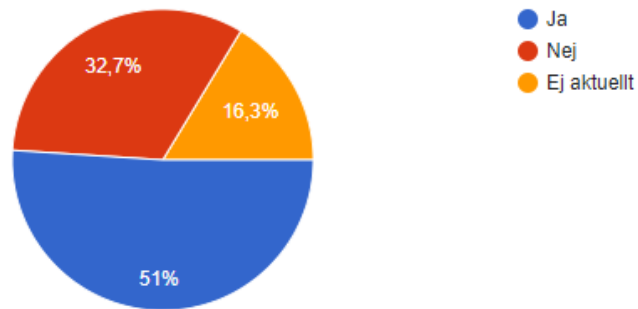
49 svar



Använde du engångsförkläde vid:

Av-påklädning

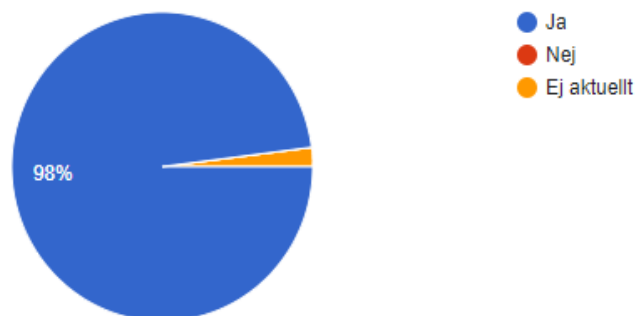
49 svar



Arbetade du:

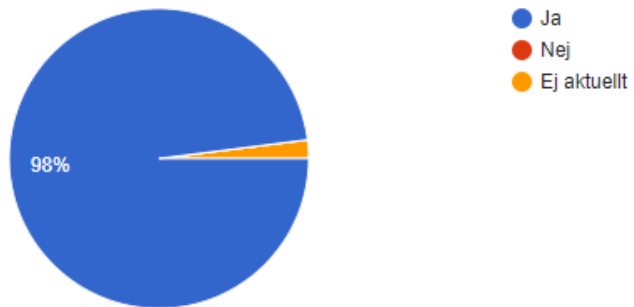
I rena arbetskläder

50 svar



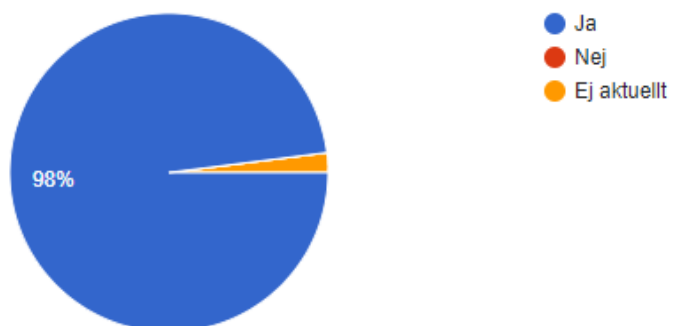
I överdel med kort ärm som slutar ovan armbågen

50 svar



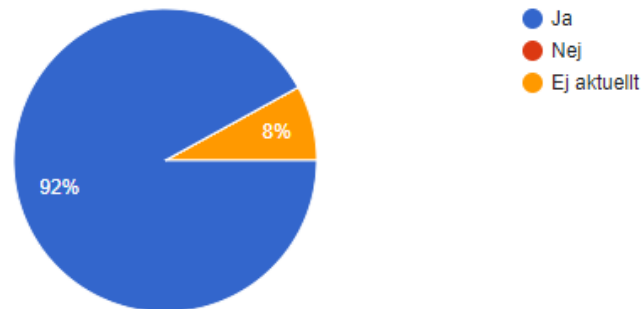
Utan ring/ringar

50 svar



I kort eller uppsatt hår/skägg

50 svar



Det vi kunde se av enkätsvaren var att det fortfarande fanns förbättringsmöjligheter gällande handdesinfektion före handskar samt att det också användes plastförkläden i situationer där detta inte var nödvändigt t ex vid av/påklädning.

VRI resultat

VRI mätning utfördes under våren 2018 och visade en dramatisk ökning av förekomsten av VRI hos våra patienter. Av 39 inneliggande patienter vid tillfället hade 12 patienter VRI av något slag vilket blir 30 %. Dock var ingen av dessa infektioner uppkomna på Furuhöjden utan alla infektioner var uppkomna hos tidigare vårdgivare.

Vid 2017 års mätning av VRI var det 28 pt inskrivna varav 2 hade en VRI. Inte heller någon av dessa infektioner var uppkomna på Furuhöjden. Båda pt hade urinvägsinfektion och båda pt hade kateter. I procent blir detta 7,1 %.

Vid VRI mätningarna vi utfört under åren enligt SKL´s riktlinjer och grundmallar har det framkommit att det är svårt att få ett relevant resultat eftersom antalet patienter är så pass lågt i jämförelse med sjukhuskliniker. Patientunderlaget skiljer sig också mycket mellan varje mätning dvs ena året kan det vara 28 inneliggande patienter som underlag och nästa år kan det vara 44. Vi har också insett att vi från 2015 då vi startade denna mätning endast haft 2 patienter där infektionen uppkommit på Furuhöjden. Majoriteten av infektionerna har patienterna haft med sig från tidigare vårdgivare. Vi kommer dock att fortsätta att genomföra VRI mätning med syfte att ha kontroll på att inte vårdrelaterade infektioner uppkomna på Furuhöjden ökar.

Fall/trycksår

Under 2018 har vi fått in 80 stycken fall varav 5 fall skett på Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter.

75 av 80 är tillbud utan skador och 5 är negativ händelse som lett till någon form av skada som behövt vidare åtgärd i form av kontroll på sjukhus, röntgen eller sårvård. Sammanlagt under 2018 hade Furuhöjden 2015 inneliggande patienter och 26 dagrehabpatienter.

En larmmatta har köpts in för att förebygga fall. Den kan installeras hos de patienter som önskar och har bedömts behöva en sådan. Detta gör att personalen direkt kan se om en patient stigit ur sängen och är på väg till t ex toaletten.

Vi har inte fått in några rapporter om uppkomna trycksår 2019.

En IVO anmälan har inkommit.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2019 kommer vi fortsätta med det ständigt pågående arbetet med att få våra patienter och anhöriga delaktiga, trygga och välinformerade om sin situation.

De frågor som vi ska arbeta extra med under 2019 är:

- Upplevelsen att patienterna får den information de behöver från de olika yrkeskategorierna.
- Att patienterna känner att de får den näring och kost de behöver samt att de har möjlighet att välja olika alternativ.
- Att de känner sig väl förberedda och trygga vid sin hemgång.

Vi kommer också fortsatt utveckla vår nya enhet Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter för att kunna ta emot fler patienter och vi kommer utveckla vård- och rehabilitering inom neurologi.

Fokus kommer också fokusera på digitalisering inom patientinformationsområdet för ökad tillgänglighet och säkerhet. Vi kommer till att börja med att ansluta Furuhöjden Hälsa och Rehabcenter till 1177 e tjänster.

Vi fortsätter även göra kontroller och mätningar av vår verksamhet genom journalgranskningar och revisioner av processer, riktlinjer och rutiner.