

Bil



Humana

Humana

# Patientsäkerhetsberättelse

## 2018

### Åsengården

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Inledning .....	4
STRUKTUR .....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	8
Klagomål och synpunkter .....	8
Egenkontroll .....	8
PROCESS - åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	9
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador .....	10
Informationssäkerhet .....	10
RESULTAT OCH ANALYS .....	11
Egenkontroll.....	11
Avvikelser.....	11
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador.....	12
Riskanalys .....	13
Mål och strategier för kommande år.....	13

## Sammanfattning

Humana Omsorg tog över driften av Åsengården den 16 januari 2018. Tjänstgörande sjuksköterskor följde med i övergången och rekrytering gjordes av arbetsterapeut och fysioterapeut då detta saknades vid övergången. Humana utökade även rehab till 1,5 åa.

Samtliga boende skattas enligt bedömningsinstrument MNA, DFRI, Abby pain samt Nortonskala. Om det via skattningar upptäcks att boende löper risk för undernäring/är undernärd, har hög risk för fall eller har risk för trycksår, upprättas individuell omvårdnadsplan. Det förebyggande arbetet registreras även i kvalitetsregistret Senior alert och följs upp där.

Läkarsamverkan sker såsom tidigare via läkaravtal med Örby doktorn. Utlagd läkarmottagning sker 1 gång/vecka under förmiddagen på Åsengården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare dagtid och på jourtid kontaktas ansvarig bakjour från Örby doktorn.

Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder..

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras i Vodoks avvikelsemodul samt i Humanas avvikelssystem Tedopt.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret.

Vi har under 2018 infört:

- Silviacertifiering där samtlig personal har genomgått silviacertifieringsutbildning.
- Multiprofessionella möten avdelningsvis en gång i veckan. På mötena närvara omvårdnadsvarig sjuksköterska, rehab samt omvårdnadspersonal. BPSD-registret och Senior Alert följs upp på de multiprofessionella mötena.
- Kvalitetsråd månatligen bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, gruppledare, rehab samt kvalitetsombud. Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning. Kvalitetsombudens uppgift är vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla sig uppdaterad i kvalitetsledningssystemet (PARUS), fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Kvalitetsrådet är involverad i följande;
  - Avvikelser
  - Risker
  - Synpunkter och klagomål
  - Skyddsåtgärder
  - Egenkontroll
  - Internkontroll

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

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

mål för patientsäkerhet:

Humanas övergripande mål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska ha tillgång till en god och säker hälso- och sjukvård. I några steg kring att öka patientsäkerheten och för nå målet arbetar Humana med:

- Uppbyggnad av koncerngemensamt ledningssystem, PARUS
- Uppbyggnad av koncerngemensamt avvikelshanteringssystem

### *Affärsområdets mål*

Målet för varje affärsområde är att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, inom det ansvarsområde verksamheten har. Affärsområdets MAS ska ha ett nära samarbete med ansvariga chefer och kvalitetsorganisation för att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs samt att det finns behövliga direktiv och instruktioner för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

### *Verksamhetens mål*

Utifrån direktiven i socialstyrelsens författning, SOSFS 2011:9 har Humana Omsorg skapat ett ledningssystem med namnet PARUS. Syfte med kvalitetsledningssystemet är att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den röda tråden i namnet PARUS byggs upp kring följande; Processer; Aktiviteter; Rutiner; Uppföljning och Samverkan.

Vårt kvalitetsledningssystem, med varumärkes skyddat namn, får vår verksamhet ett heltäckande och levande system som utvecklas i takt med att vår verksamhet utvecklas. Detta är ett flexibelt system som förändras t.ex. vid ny lagstiftning, nya uppgifter eller vid reviderande rutiner och policys.

Kvalitetsledningssystem är i vår organisation ett konkret redskap i det dagliga arbetet och för personalen fungerar som en handbok.

### Organisation och ansvar

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

Humanas ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet är att:

- VD/koncernchef har det yttersta övergripande ansvaret för styrningen av koncernen. VD/koncernchef ansvarar för att den övergripande ledningen för hälso- och sjukvård är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.
- Affärsområdeschef/regionchef har tillsammans med chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar för att hälso- och sjukvården utförs på sådant sätt att hög patientsäkerhet kan tillgodoses.
- Verksamhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som affärsområdeschef/regionchef, och MAS fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens och att personal har de delegeringar som krävs för arbetets utförande. Verksamhetschef ansvarar för att följa upp och analysera avvikelser.
- Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar tillsammans med ansvarig chef att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS fastställt implementeras i verksamheten.

Humanas stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet.

- Kvalitetsdirektör är ansvarig för kvalitets- och utvecklingsfrågor samt hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvar för koncernens övergripande policyer inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Kvalitetsdirektören stödjer Humanas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS, i alla frågor som rör hälso- och sjukvård inom Humanas verksamhetsuppdrag.
- Koncernansvarig för hälso- och sjukvård är ansvarig för att samordna och utveckla hälso- och sjukvårdsinsatser inom koncernen. Chef för Humanas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS.
- MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet, i samarbete med ansvarig chef. MAS upprättar och utvärderar ledningssystemet för hälso- och sjukvården. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar för att rapportera och planera åtgärder till ansvariga chefer för att säkerställa hög patientsäkerhet. MAS är anmälningsansvarig gällande Lex Maria.
- Kvalitetsorganisationen består av kvalitetschefer från alla affärsområden och leds av Humanas kvalitetsdirektör. Deras uppgift är att säkerställa att våra verksamhetsområden har de verktyg och system de behöver och att kompetensutveckling och kunskapsöverföring mellan enheter, verksamhetsområden och länder fungerar väl. Kvalitetsorganisationen rapporterar till ledning och styrelse på månatlig basis.



Bil  
Humana

### **Koncernens ledningssystem**

Humana har sedan 2016 arbetat med uppbyggnad av ett koncerngemensamt ledningssystem, PARUS, som bygger vidare på de befintliga ledningssystemen i respektive affärsområde. Implementering av PARUS pågår och under 2019 ska implementering vara klar i alla affärsområden.

Ett viktigt syfte med PARUS är att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner för koncernen och ta tillvara den kompetens som finns i alla affärsområden. Ett annat syfte är att ledningssystemet ska vara enkelt att använda för alla medarbetare.

Under 2017 har alla befintliga riktlinjer och rutiner för hela Humana inom hälso- och sjukvårdsområdet reviderats och implementerats. Under 2018 har revidering av befintliga riktlinjer och rutiner skett fortlöpande och utifrån behov.

### **Affärsområde Äldreomsorgs ledningssystem**

Ledningssystemet PARUS (Process, Aktivitet, Rutin, Uppföljning, Samverkan) är uppbyggt utifrån SOSFS 2011:9. PARUS beskriver vår lednings- och kärnprocess samt våra stödprocesser. Varje process har ansvarig processägare. Samtliga processer mäts och övervakas regelbundet genom olika rapporter för att kunna fungera optimalt och följer processmetodiken "Plan, Do, Check, Act".

I det dagliga arbetet fungerar PARUS som ett redskap, en konkret handbok. Genom sin tydliga uppbyggnad, med grund i den praktiska verksamheten, är det lätt för personalen att orientera sig i ledningssystemet och hitta den rutin, tillhörande dokument eller uppföljning som de söker.

VD för Humana koncernen: Rasmus Nerman.

Affärsområdeschef: Anders Broberg

Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Åsengården 2018: Lena Nilsson och Ing-Marie Grahamstad.

Verksamhetschef, Åsengården: Linnéa Tranvinge

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 1 Anna Lewin

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2 Lisbeth Elgered

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3, Lisbeth Elgered och Anna Lewin

Arbetsterapeut, Åsengården 2018: Eva Rosenlind

Sjukgymnast, Åsengården 2018: Monika Bergstedt

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla pärmar med kvalitetsledningssystemet (PARUS) uppdaterad, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppleadare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll

- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Örby doktorn och sjuksköterskor på Åsengården är mycket god. Åsengården har haft samma patientansvariga läkare under ett flertal år. En god patientkänedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i läkaravtal med Örby doktorn. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på onsdag förmiddagen. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok. Alla nyinflyttade boende signerar medgivande blankett, utfärdad av Örby doktorn, som underlag att PAL kan ta med sig journalkopior till boendet.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Örby doktors bakjour.

Ibland behöver boende skickas in akut eller för planerad inläggning på sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista och anhörig kontakt.

Multiprofessionella teammöten sker en gång i veckan våningsvis där Senior Alert och BPSD följs upp. På varje avdelning finns BPSD administratörer.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659, 3 kap. 4 §*

Anhöriga informeras i god tid om planerade årliga läkarbesök och erbjuds närvara vid besök om den boende önskar så. Om anhörig inte har möjlighet att delta har de möjlighet att lämna synpunkter eller frågeställningar, i första hand till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Anhörig informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd och vid brytpunkter. När ny boende flyttar in tillfrågas alltid anhörig vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om man kan ringa oavsett tid på dygnet. Detta dokumenteras på huvudbild i den boendes omvårdnadsjournal.

Vid inflytt och vid fortsatt kontakt uppmuntrar vi på Åsengården närstående till delaktighet i vården som rör boende.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

HSL personal rapporterar Fall- och läkemedelavvikelser i kommunens journalsystem Vodoks avvikelsem modul samt i Humana Omsorgs egna avvikelssystem Tedopt. Avvikelser som är av allvarlig karaktär rapporteras alltid direkt till verksamhetschef. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål och synpunkter från anhöriga eller boende gällande hälso- och sjukvårds insatser tas på största allvar och analyseras noggrant inom verksamheten för att utreda eventuella risker som kunnat leda till vårdskada, allvarliga konsekvenser vid utebliven/fördröjd behandling eller lidande.

Klagomål eller synpunkter utreds internt, via dialog med anhöriga/patienten/ansvarig läkare/verksamhetschef/ansvarig sjuksköterska, mötet mellan sistanämnda parter om så önskas. Klagomål och avvikelser registreras och hanteras i Humanas avvikelshanteringssystem Tedopt.

Ärende återkopplas till MAS och vid behov kan leda till en intern utredning och en Lex Maria.

### **Egenkontroll**

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

Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

Under 2018 har boende fått möjlighet att svara på enkäten från Socialstyrelsen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Resultat för 2018 visar att  
100% Upplever att de får bra bemötande av personalen  
100% Känner sig trygga på Åsengården 100%  
Känner förtroende för personalen  
91% Upplever att det är lätt att få träffa sjuksköterska  
56% Upplever att det är lätt att träffa läkare vid behov

Sammantaget är 91 % nöjda med Åsengården vilket är en höjning på 4 % sen 2017  
Resultat av enkäten i sin helhet ligger som underlag för utveckling av verksamheten samt nya mål under kommande år.



Fall- och läkemedelsavvikelser dokumenteras av hälso - och sjukvårdspersonal i kommunens avvikelsemodul i Vodok samt i Humanas avvikelssystem Tedopt. Statistik från föregående år saknas då vi tog över som ny aktör januari 2018 därför kan inte en jämförelse göras. Ett kvalitetsarbete har genomförts under uppstartsåret med att få omvårdnadspersonal att skriva avvikelser.

Signeringslistor för läkemedel kontrolleras efter varje månadsslut av omvårdnadsansvarigsjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras.

## PROCESS - åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Under 2018 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits utifrån de lokala rutiner likaså övergripande rutiner för implementering av riktlinjer som fastställs av organisationen.

Samtliga boende skattas enligt bedömningsinstrument MNA, DFRI, Abby pain samt Nortonskala. Om det via skattningar upptäcks att boende löper risk för undernäring/är undernärld, har hög risk för fall eller har risk för trycksår, upprättas individuell omvårdnadsplan. Det förebyggande arbetet registreras även i kvalitetsregistret Senior alert och följs upp där. Alla boende får en inkontinensbedömning utifrån Nikola.

Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflyttning. SSK gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras i Vodoks avvikelsemodul samt i Humanas avvikelssystem Tedopt.

Alla dödsfall registreras i Svenska palliativregistret.

Läkemedelsordinationer sker via Pascal och kommer i Apodos förutom de läkemedel som måste delas i dosett.

Samtlig personal har gått webbutbildning "Basala hygienrutiner" på Vårdgivarguiden som är framtagen av avdelningen för Vårdhygien i Region Stockholm.

Under 2018 har våra sjuksköterskor deltagit i följande utbildningar/informationsträffar.

- Informationsträff palliativregistret 1 dag, samtlig SSK personal
- Sårvård produktinformation i Mölnlycke en eftermiddag, 1 SSK
- BPSD två eftermiddagar + Nätverksträff med kommunen för BPSD administratörer, 1 SSK och 3 omvårdnadspersonal
- Äldreomsorgsdagarna (mässan) 1 SSK
- Palliativföreläsning (PKC) en dag, samtlig SSK personal
- Vodok handledning tre eftermiddagar, 1 SSK
- Silviacertifiering grundutbildning tre dagar samtlig personal på Åsengården.
- Silviacertifiering arbetsledarutbildning en dag, samtlig SSK personal, Rehab personal, gruppleddare och verksamhetschef.
- Dokumentation, en dag (central utbildning), samtliga SSK.

## Risicanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4*

Nyinflyttade boende riskskattas inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi använder oss av de fyra bedömningsinstrumenten i kommunen journal system Vodok och Senior alert.

- Fall
- Trycksår
- Nutrition
- ROAG samt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och välbefinnande. Patientansvarig sjuksköterska gör skattningar enligt MNA, Norton och DFRI innan. Kontroller av vitala parametrar görs också. Patientansvarig sjuksköterska utvärderar vid behovs läkemedels användning under tiden och om det visar sig att vid behovs läkemedel inte använts på länge sätts medicin ut av läkare. Provtagningar ordinerar och följs upp.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta eftersom personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Under 2018 har vi inte haft någon allvarlig avvikelser som lett till anmälan enligt Lex Maria.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Det dominerande inslaget med arbetet med informationssäkerhet har varit förberedelsearbetet inför den nya Dataskyddsförordningen som trädde i kraft den 25 maj i år. Informationssäkerhetspolicyn har under året uppdaterats såväl som befintliga riktlinjer och rutiner som rör arkivering, gallring, förvaring, hantering samt utlämning av journaler. Nya rutiner och riktlinjer som rör de registrerades rättigheter, information till de registrerade samt hur förfrågningar ska hanteras har tagits fram. Utbildningsinsatser har genomförts både i fysisk form och via e-learning.

Under våren genomfördes en inventering av samtliga IT-system och personuppgifter som hanteras i dem i syfte att genomlys vilken information som behandlas och säkerheten kring behandlingen. En övergripande riskanalys för informationssäkerhet genomfördes därefter som utmynnade i att nya krav på funktionalitet i IT-systemen framfördes till

leverantörer såsom till exempel extra behörighetsstyrning, kryptering av information samt två-steps inloggning men även förändringar i arbetssätt.

Arkivering och gallring:

Patientjournaler förvaras i strukturerad ordning (både analogt och digitalt) så dessa är sökbara och tillgängliga under den tid de ska bevaras. Äldre journaler som uppnått gallringsbar ålder har under året gallrats.

Vid övergången av dåvarande aktör till Humana Omsorg AB 16 januari 2018 fick alla boende skriva på samtycke till journalföring och delad journal.

En gång om året, januari, skickar Humana in arkiverad journal av boende som avlidit/flyttat till kommunen för arkivering.

Personals behörighet, till journalsystem och dataåterkomst, som har lämnat sin anställning tas bort. Aktuell personallistan går igenom en gång i månaden.

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### **Egenkontroll**

Egen-/internkontroller utförs som en del av vårt systematiska kvalitetsarbete och kontrollerna ligger i vårt kvalitetsledningssystem PARUS:s årshjul.

#### **Egenkontroller 2018.**

- Individuell omvårdnad
- Social dokumentation
- Medicinsk omvårdnad
- Basal hygien
- Kultur och värderingar - Aktiviteter

Egenkontroll av narkotikahantering utförs av patientansvarig sjuksköterska varje månad..

#### **Internkontroller 2018**

- Individuell omvårdnad
- Basal Hygien
- Kultur och värderingar
- Aktiviteter
- Systematiskt förbättringsarbete

### **Avvikelser**

Under 2018 har vi inte haft några allvarliga vårdhändelser som lett till anmälan - Lex Maria. Alla avvikelser rapporteras in i Humanas avvikelssystem Tedopt. Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras in även i kommunens journalsystem Vodok i avvikelsemodulen.

Avvikelserna tas upp och går igenom på kvalitetsråd där HSL, en omvårdnadspersonal per våning, rehab och verksamhetschef deltar.



Bil  
Humana

#### Totalt 2018

	Totalt:
Fall	71
HSL (utom fall)	16
läkemedel	10
Tryckskada	1
behandlins/rehabilitering	0
Nutrition	0
Dokumentation HSL	2
Brister i vårdkedjan	1
Medicinteknik	6
SoL och LSS	19
Utförande	6
Dokumentation i SoL och LSS	2
Larm	7
Hot och våld mellan kunder	1
Synpunkter/klagomål	4
Beröm	0
Förbättringsförslag	1
Klagomål	1
Synpunkter/klagomål	1
Bemötande	0

**Totalt** **116**

#### Klagomål och synpunkter

För att kunna nå ut till boende och anhöriga/närstående går vi varje månad ut i närståendebrevet om var de kan vända sig med sina synpunkter.

För att göra det mer synligt att vi önskar få in vad våra boende och anhöriga/närstående tycker om oss har vi satt upp folders synligt och lättillgängligt där de kan fylla in sina synpunkter och lämna in till oss.

I välkomstmappen när den boende flyttar in informerar vi om synpunkter och klagomål. kontaktpersonen gör även en muntlig information i samband med inflytt och när/hur de kan vända sig till hen.

Synpunkter/klagomål	4
Beröm	0
Förbättringsförslag	1
Klagomål	1
Synpunkter/klagomål	1
Bemötande	0

**Totalt** **4**

#### Händelser och vårdskador

Under 2018 har vi inte haft någon allvarlig avvikelse som lett till anmälan enligt Lex Maria. Avvikelse som inkommit som rört HSL:

Totalt 2018

	Totalt:
Fall	71
HSL (utom fall)	16
Läkemedel	10
Tryckskada	1
behandlings/rehabilitering	0
Nutrition	0
Dokumentation HSL	2
Brister i vårdkedjan	1
Medicinteknik	6
<b>Totalt</b>	<b>93</b>

**Risikanalys**

Risikanalys med utifrån bedömningsinstrumenten MNA, DFRI, Abby Pain samt Nortonskala dokumenteras med åtgärder och resultat i HSL journal och följs utifrån rutin.

Risikanalys har gjorts på boende som visat avvikande beteenden såsom utåtagerande och oroliga där åtgärder tagits för att förebygga och bemöta beteendet där vi arbetar med BPSD som en åtgärd. Riskanalyserna har gjorts i teamet kring boende och följts upp enligt uppföljningsplan.

**Mål och strategier för kommande år**

- Införande av elektronisk signering av läkemedel.
- Införandet av ett nytt avvikelssystem DF Respons
- Effektivisera teamträffar och ha dem en gång i månaden där alla ska parter ska förbereda sig väl inför mötet, utöver multiprofessionella mötena kommer SSK delta vid en längre rapportsittning en gång i veckan våningsvis.
- Certifierad utbildad SSK i BPSD ska hålla i ett utbildningstillfälle för BPSD administratörer registret
- Att utifrån "Vad tycker äldre om äldreomsorgens" resultat öka antal positiva svar
  - "Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkaren"
  - " Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål"
- En gång i månaden ha reflektionsmöten utifrån silviacertifieringen där SSK och Rehab bjuds in.
- Utbildning för verksamhetschef, HSL och gruppleddare i risk- och händelseanalys
- Verksamhetschef ska gå utbildning inom palliativ vård
- Vi kommer driva ett projekt med förebyggande hudvård i palliativ vård. För att mäta resultatet använder vi oss av Norton, palliativ registret och journalföring.