

Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

KOPPARGÅRDEN OCH LIVIAGÅRDEN

20190228

Ewa Örjebo, Enhetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE | 1 |
| Sammanfattning | 2 |
| STRUKTUR..... | 3 |
| Övergripande mål och strategier | 3 |
| Organisation och ansvar..... | 4 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 6 |
| Patienters och närståendes delaktighet | 7 |
| Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet..... | 7 |
| Klagomål och synpunkter | 7 |
| Egenkontroll..... | 8 |
| PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten | 9 |
| Riskanalys | 9 |
| Utredning av händelser - vårdskador | 14 |
| Informationssäkerhet | 14 |
| RESULTAT OCH ANALYS | 14 |
| Egenkontroll..... | 15 |
| Avvikelser | 16 |
| Klagomål och synpunkter | 18 |
| Händelser och vårdskador..... | 18 |
| Riskanalys..... | 19 |
| Mål och strategier för kommande år..... | 19 |

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet har syftat till att verka förebyggande, åtgärdande och kvalitetshöjande genom kompetenshöjande insatser, dokumentation och uppföljningar/granskningar. Mot detta ändamål har följande gjorts:

Under 2018 gällande granskning och säkerställande av ställda krav avseende dokumentationen har vi granskat HSL journalerna. Granskningen visade att boendet uppfyller kraven att varje boende har en fullt utförlig journal. Registrering av patienter i kvalitetsregister såsom Senior alert och Palliativa registret har utförts av ansvariga sjuksköterskor.

Alla boende har en uppdaterad genomförandeplan.

Enligt riktlinjerna har en enkel läkemedelsgenomgång erbjudits alla patienter. En god och säker informationsöverföring mellan boendet och andra vårdenheter samt mellan olika yrkeskategorier på boendet säkerställer patientsäkerheten. Detta har gjorts i syftet att ge god vård och förebygga ohälsa.

I arbetet med patientsäkerhet har vissa områden prioriterats. Med förebyggande arbetsätt som utgångspunkten i patientsäkerhetsarbetet har boendet genom utbildningar arbetat aktivt med god läkemedelshantering, prevention av trycksår, undernäring, kost, fallprevention, spridning av smittsamma/resistenta sjukdomar och god munhälsa. Vidare har det anordnats utbildningar i demens, sårvård, basala hygienrutiner, anhörigstöd, dokumentation mm. För alla dessa utbildningar anges klara mål där kunskapsutbyten syftar till att uppnå dessa mål.

Omsorgspersonalen genomfört en webbaserad utbildning med inriktning demens/ läkemedelshantering inför delegering.

Dietisten har varit aktivt verksam under hela året och arbetat med förebyggande och övergripande SOL- aktiviteter på boendet mer än tidigare år. Dietisten har haft utbildning i kost och konsistenstrappan för så väl undersköterskor som sjuksköterskor.

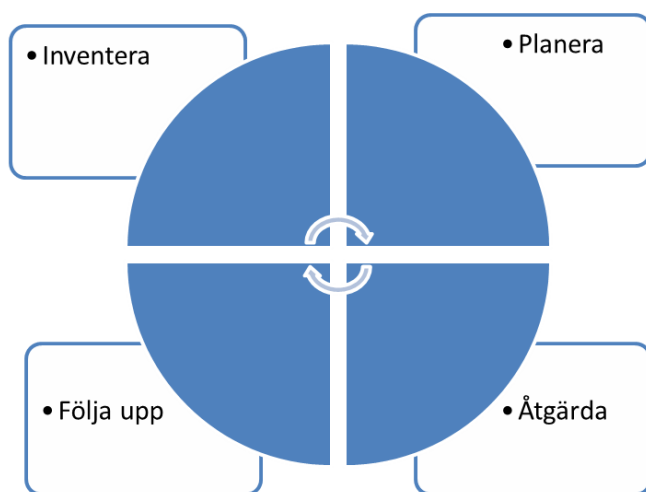
Under våren 2019 kommer boendets demensavdelningar, all HSL personal samt chefer att bli Silvia certifierade

Vi har i planeringen att registrera alla boende med demensdiagnos i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) vilket kommer att bidra/ öka vårdkvalitén av patienter med demensdiagnos.

- Fortsätta att utveckla avvikelshanteringen i alla led
- En god och säker vård av god hygienisk standard
- Arbeta profylaktiskt med fall, fallskador, undernäring, trycksår, smärta och ångest.
- Läkemedelsutbildning är planerad för all omsorgspersonal under våren- 2019 i syftet med att ge omsorgspersonalen en grundläggande kunskap i läkemedelshanteringen och administrering av läkemedel.
- Aktivt arbeta med team möten
- Utbildning i anhörigstöd vilket kommer fortgå under 2019.
- Utbildning i Demens ABC tillsammans med Silviasystrar vilket kommer fortgå under 2019.

STRUKTUR

Struktur för uppföljning/utvärdering *SOSFS 2011:9 3 kap. 2*



I verksamheten arbetar vi utifrån ovanstående modell.

Övergripande mål och strategier

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

Stadens struktur för ledningssystem är vägledande i identifiering av boendets övergripande mål och strategier. Boendet ska säkerställa god kvalitet i vården som ges genom konkreta vägledningsdirektiv. Boendet klargör ledningssystem på varje enhet, mål, rutiner, metoder, och vård- och omsorgsprocesser konkretiseras. Också klargörs hur och när uppföljningarna/utvärderingar ska ske. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Utifrån detta har följande behov identifierat:

Arbeta med förebyggande åtgärder med fall, trycksår, smärta, ångest och malnutrition. Detta genom att genomföra riskprevention för alla nyinskrivna patienter inom två veckor och vilket ska uppdateras var 6:e månad och vid förändrad status. Patienter som riskerar skador ska ha en hälsoplan upprättad och relevanta omvårdnadsåtgärder skall vidtas. Hälsoplanen skall följas kontinuerligt, utvärderas och revideras/uppdateras vid behov.

- Fortsatt rapportering och utveckling av avvikelshanteringen i alla led i syfte att leverera en god och säker vård. Samt att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser och eventuella uppkomna vårdskador.
- Boendet fortsätter att arbeta för korrekt omvårdnads - och socialdokumentation
- Boendet ska fortsätta att verka för kompetensutveckling av sina medarbetare.
- Fortsätta att arbeta aktivt för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Alla boende som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert.
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativa registret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork mellan alla yrkeskategorier.
- Säkerställ att de boende 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
- Följa basala hygienrutiner i vård och omsorg.

Organisation och ansvar

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Nämndens ansvar

Hälso- och sjukvårdsnämnden har genom sitt ansvar för hälso- och sjukvården en skyldighet att verka för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Nämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är ansvarig för rapportering och utredning av vård skada. Hälso- och sjukvårdsnämnden har utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården samt inneha anmälningsansvar för allvarlig vårdskada.

Enhetschef

En enhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Verksamhetschefen svarar för att ge MAS och MAR förutsättningar för att fullgöra sina uppdrag.

- Enhetschefen ansvarar tillsammans med biträdande enhetschefer för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet.
- Enhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård.
- Enhetschefen ansvarar tillsammans med biträdande enhetschefen för att legitimerad personal har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.
- Enhetschefen ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.
- Enhetschefen ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- Enhetschefen ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- Enhetschefen ansvarar för att rutiner implementeras och följs.
- Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet. Det är verksamhetschefens ansvar att leda och planera utvecklingen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Bestämmelserna om vad en MAS ansvarar för har i och med den nya HSL flyttats från HSL till hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där framgår bland annat att en MAS ansvarar för att

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - läkemedelshantering
 - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom aktivt förebyggande arbete och ska.

- Medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten
- Följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
- Rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- Utföra egenkontroll
- Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete.

- Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient och upprätta vårdplaner
- De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Omvårdnads personal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vi samverkar med landstinget genom att säkerställa överrapportering genom att få aktuell omvårdnadsepikris, epikris från rehab, samt att aktuell medicinlista skickas med när boende/korttids patienter flyttas från sjukhus till Koppargården. Detsamma gäller när boende skickas till sjukhus så att aktuell status samt medicinlista skickas med. Eventuellt tillägg med information om andra vårdbehov såsom den sociala hemsituationen som kan inverka på patientens fortsatta situation, behov av medicinska tekniska produkter, specifika läkemedel, samt utökat vårdbehov. På boendet sker en samverkan med primärvården/kommunen för att säkerställa fortsatt vård. Patienten överrapporteras muntligt och skriftligt där orsaken till sjukhusinläggningen, tillämpade behandlingar/åtgärder samt fortsatt mål för vård diskuteras.

När patienter flyttas mellan kommuner och landsting sker samverkan genom överrapportering, muntligt och skriftligt i syftet att säkerställa kontinuitet och undvika vårdskador. Reglerna och riktlinjerna skiljer sig åt mellan kommuner/landsting. Avvikelse i vårdkedjan har också överrapporterats vidare till rätt instans.

Vi har rapporterat avvikelser i vårdkedjan såsom doscentrum/apoteket.

Vid ordination av medicinsk- och tekniskhjälpmedel sker en samverkan mellan Koppargården/Liviagården och de tillhandahållande enheterna.

Rapportering mellan legitimerad personal och omvårdnads personal sker muntligt och skriftligt via Parasol samt kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser med aktuella instruktioner och ordinationer.

Boendet har också samverkan med läkarorganisationen avseende läkemedelsgenomgång. På boendet har ansvarig läkare tillsammans med ansvarig sjuksköterska genomfört läkemedelsgenomgångar. Dessa tillfällen har också varit en möjlighet att kontrollera patientens allmänna välbefinnande.

Vi har nära samarbete med hygiensjuksköterska i staden där vi utbildar all personal i hygienrutiner.

Boendet har samverkan med Folktandvården, Flexident, Oral Care och fotvården.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten samverkar på olika sätt med såväl den enskilde samt närstående, om samtycke finns. Varje avdelning har ett anhörigombud. Så väl personal som chefer tar emot synpunkter och klagomål från brukare och närstående. I övrigt, där det är aktuellt och finns samtycke, har närstående kontaktuppgifter till verksamheten, till enhetschef och biträdande enhetschef. Närstående får också tydlig information om att ringa eller maila ifall de har frågor eller synpunkter.

För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska utföras och säkerställas. Direkt kontakt med anhöriga sker vid befarad/påtalad risk för vårdskada. Kontakten sker per telefon/mail. Närstående träff hålls två gånger under året. Närstående och patienter uppmuntras att kontakta sjuksköterska eller ledning om man har synpunkter på sin vård.

Närståendebrev skickas ut minst fyra gånger per år.

I alla patientlägenheter finns en närståendedagbok för anhöriga och personal att skriva i vilket blir ett sätt för anhöriga och boendets anställda att kommunicera om icke akuta behov. Framförallt görs detta för att anhöriga ska kunna vara delaktiga i omvårdnaden av sina närstående.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Alla medarbetare har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och rapporterar händelser direkt till legitimerad personal och ansvarig biträdande enhetschef. Sjuksköterskan informerar boende/närstående. När avvikelser bedöms allvarliga rapporteras detta även till enhetschefen som i sin tur tar ställning till om avdelningschef ska informeras eller inte. Vid allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas även direkt kontakt med MAS-/MAR beroende på vilken typ av avvikelse det handlar om.

Avvikelse som skett tas upp med inblandade personal. Ansvarig sjuksköterska/ rehab följer upp vad som har orsakat händelsen och säkerställer att rutiner följs för att det inte skall hända igen. Legitimerad personal dokumenterar i Vodok. Samtliga avvikelser skrivs ut och sparas i en pärm. Enheten har kvalitetsråd 1 gång/ månad. Medverkande på kvalitetsråd är enhetschef, biträdande enhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och kvalitetsombud på respektive plan. MAS och MAR är även delaktiga ibland. På kvalitetsrådet går vi igenom och för statistik på samtliga avvikelser under föregående månad. Vi analyserar olika samband som kan finnas för att se om det t.ex. finns skäl att justera någon rutin. På rådet diskuteras också rutiner, synpunkter och klagomål och övriga utvecklingsområden relaterat till de inkomna avvikelserna. Minnesanteckningar/protokoll som förs förmedlas till övriga medarbetare på arbetsplatsträffar.

Klagomål och synpunkter

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

Sjuksköterskorna/ enhetscheferna informerar vid ankomstsamtal och lämnar blankett till närstående gällande synpunkter och klagomål. Vid klagomål sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter helst inom samma dag.

- Alla medarbetare har kunskap om 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.
- Enhetschef och ansvarig sjuksköterska informeras snarast.
- Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till MAS eller MAR samt till avdelningschef.
- Vi skapar tillgänglighet genom att "ha tydliga platser där man kan lämna klagomål samt inhämta information"
Vi har brevlådor för synpunkter/klagomål vid våra hissar och har skickat ut "synpunktsblanketter" till närstående tillsammans med vårt anhörigbrev. Denna finns även i ett ställ vid brevlådan. Övrigt informationsmaterial finns i ett ställ på bottenvåningen vid boendesamordnare.

Egenkontroll

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

Egenkontroll som kvalitetsverktyg har visat sig vara väldigt relevant och användbart. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att ledningen ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroll är ett verktyg där vi kunnat identifiera förbättringsområden i verksamheten samt haft en vägledning i det förbättringsarbete som verksamheten haft framför sig.

Egenkontrollen ökar även insynen i verksamheten och ökar boendets kvalitet. Resultatet från egenkontrollerna har följts upp på verksamhetens kvalitetsråd och APT möten där vi går igenom förbättringsområden och gör upp tidsplaner samt ansvariga för målen.

Sjuksköterskorna kontrollerar månadsvis signeringslistorna för läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsinsatser så att dessa är i fyllda korrekt. Om det upptäcks brister upprättas en avvikelse och återkoppling sker till enhetschef samt berörd personal. Vid avvikelser inom läkemedelshanteringen och andra hälso- och sjukvårdsinsatser så diskuteras detta i ledningsgruppen och på kvalitetsrådet för att se hur processen kan förbättras. Återkoppling sker till personalgruppen.

Rehabpersonalen kontrollerar sina signaturlistor för rehab ordinationer och återkopplar till biträdande enhetschef och berörd personal om brister upptäckts. Avvikelse upprättas om brister skett i utförandet.

Vi har under året haft granskningar och uppföljningar såsom:

Kvalitetsindikatorer, risk och konsekvensanalyser i egna hemmet, larm och skyddsåtgärder, läkemedelsuppföljning/genomgång. Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

Infektionsregistrering har utförts, vi följer observation och självskattningen gällande basala hygienrutiner. Följsamhet till basala hygien och hygienrutin och klädrutiner genom

observation en gång/ månad samt självskattning.

Ansvar för granskning av HSL journaler innehar biträdande enhetschef och samordnare för hälso- och sjukvården som efter granskningarna återkopplar till ansvariga sjuksköterskor. Ett verktyg för denna granskning är dokumentet ”Verksamhetens Egen Utvärdering”. En grundmall som arbetats fram av MAS/MAR och boendets egen samordnare för HSL dokumentation sedan tidigare. Mallen syftar till att verksamheten ska få en uppfattning av sin dokumentationsmognad samt skapar förutsättningar/grundar för utvecklande dialog. Dokumentet skapar också möjlighet till egenkontroll som kan synliggöra behov av kompetensutveckling gällande dokumentation i enlighet med Vodok/ICF och Kvå.

Kravet i granskningen är att alla boende har en aktuell omvårdnadsanamnes och omvårdnadstatus, utförda riskbedömningar enligt rutin, upprättade av omvårdnadsplaner med följande omvårdnadsåtgärder.

Parasolombud granskar Sol- dokumentation så att alla boende har en uppdaterad genomförandeplan. Vi följer arbetet med genomförandeplaner via våra ParaSol ombud som stöttar sina kollegor i arbetet med att ta fram dessa. ParaSol ombuden har månadsvisa möten med ParaSol handledare för att gå igenom behov av uppdatering och annat kring skrivandet av genomförandeplanerna.

Alla förskrivna hjälpmedel registreras på boende med inventarienummer och samlas i pärm samt även alla hjälpmedel som är inköpta till huset.

Sjukgymnaster/ arbetsterapeuter kontrollerar regelbundet underhållsbehovet. Enhetschef i samråd med rehabpersonal ansvarar för att besiktning av taklyft och mobila liftar sker årligen.

Årlig besiktning av sängar och personlyftar har genomförts och produkter med anmärkning har åtgärdats. Funktion hos övriga hjälpmedel kontrolleras av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut en gång per år eller vid behov. Omvårdnadspersonalen gör funktionskontroller löpande vid daglig omvårdnad.

Det finns en lokal rutin för ansvarsfördelning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster på Koppargårdens Vård- och omsorgsboende. Enligt den lokala rutinen har respektive profession ansvaret att ta kontakt med ett certifierat och upphandlat företag. Eventuella behov av service och reparationer som upptäcks efter genomförd årlig besiktning åtgärdas av Etac Teknisk Service.

Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Riskanalys

På Koppargården arbetar enhetschef, biträdande enhetschefer och legitimerade personal systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används blanketter för avvikelserapportering och klagomål/synpunkter. Dessutom görs en riskanalys som dokumenteras i det sociala dokumentationssystemet vid inskrivning av nya patienter.

- Systematisk uppföljning av avvikelser har 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.
- Egenkontroll har genomförts som beskrivits tidigare.

- All personal har under året genomgått brandutbildning.
- I de fall det finns delegering har delegeringsutbildningar getts till berörd personal, även vid förändrat behov eller vid nyanställningar.
- Samtliga i personalen har vid två tillfällen under 2018 genomgått utbildning i basala hygienrutiner.
- Under året har all personal även genomgått utbildning i omvårdnad av patienter med ALS diagnos.
- Omvårdnadspersonal har fått utbildning i munvård.
- Anhörigombuden fått utbildning i Våld i nära relation.
- Sjuksköterskor har fått utbildning i sårvård.
- Läkemedelsutbildning för sjuksköterskor.
- All legitimerad personal fått utbildning i ledarskap.
- Personal har genomgått utbildning i ergonomi och lyftteknik
- Kollegial observation: Totalt sex undersköterskor har genomgått utbildning i kollegial observation och har under året utfört kontroller så att vi kan förbättra vår egenkontroll i områden som omvårdnad, måltidssituationer, aktiviteter och bemötande. Detta är en del i att förstärka arbetet med egenkontroller för att höja kvalité och patientsäkerhet.
- Utbildning i anhörigstöd vilket bidrar till att få anhöriga delaktiga i omvårdnaden.
- Utbildning i Demens ABC tillsammans med Silviasystrar. Utbildningen syftar till att höja kompetens samt kunskap för personal. Silviasysterutbildning kommer att vara klar under våren för våra utbildade undersköterskor.
- Dokumentationsutbildning har genomförts för leg. HSL personal, vilket syftar till att säkra dokumentationen. Handledarträffar har genomförts med stadsdelens dokumentationsansvarig.
- Dietisten har haft utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor med syfte att höja kompetensen avseende kost och konsistenstrappan. Tre sjuksköterskor har tillsammans med dietisten genomgått utbildningen ”nutritions dagar för äldre” De har därefter haft utbildning för övriga sjuksköterskor.
- Kostmöten och information om konsistenstrappan. Nattfastemätningar har gjorts.
- Under året har vi kontinuerligt arbetat med trycksårsprofylax, där bedömningar visade att patienterna indikerade på risk för trycksår. Detta har då åtgärdats genom att preventivt arbeta profylaktiskt med sårprocessen.
- Språkombuden fortsätter att stötta sina kollegor med exempelvis dokumentation som en del i en satsning på den sociala dokumentationen med mål att ge en bra kontinuitet i vården och förbättra delaktigheten i vårdens utförande.
- Under hösten 2018 har all HSL personal fått utbildning i Ledarskap med syftet att förstärka sjuksköterskans handledarroll.
- Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna leder omvårdnadspersonalen i funktionsbevarande arbetssätt så att patienterna bibehåller sina förmågor.
- Under juni 2018 genomgick all visstidsanställd omsorgspersonal utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik. Målet är att all omvårdnadspersonal utbildas i förflyttning kontinuerligt.

Vid samma tillfälle gavs utbildning om riktlinjer för läkemedelshantering och delegering samt basala hygienrutiner, anmälningsplikt lex Sarah och lex Maria och dokumentation.

- Palliativ vård är ständigt aktuell inom vård- och omsorgsboendet. En god palliativ vård bygger på gedigen kunskap. Hässelby-Vällingby stadsdel anordnade i samarbete med Palliativt kunskapscentrum (PKC) två nätverksträffar under våren 2018 med syfte att ge våra utbildade palliativa ombud stöd i sitt fortsatta arbete. Ett palliativt ombud förväntas sprida kunskap om palliativ vård på sin arbetsplats, inom sitt arbetslag, i vårdnära arbete.
- På planeringsdagarna har vi både diskuterat inflyttningsprocessen och teammöten och tillsammans med alla yrkeskategorier åstadkommit lokala rutiner kring inflyttningsprocessen och team möten. Rutinerna är välkända i organisationen.

Riskbedömningar

Verksamheten utför riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård utifrån Socialstyrelsens anvisningar till MAS/MAR. Riskbedömningarna är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga patienternas hälsotillstånd vid eventuella risker uppdateras en åtgärdsplan.

Nedanstående riskbedömningar ska erbjudas inom 14 dagar vid inflytt. De bedömningsinstrument som finns i Vodok ska användas.

Om uppenbara risker konstaterats i samband med inflyttningen ska bedömningarna erbjudas snarast.

- Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår
- Munbedömning
- Bedömning av ADL
- Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens

Nutrition/Undernäring

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en nutitionsbedömning och för samtliga identifierade riskpatienter ska ett ställningstagande göras om och vilka åtgärder ska vidtas. För nutitionsbedömning används riskbedömning MNA, Mini Nutritional Assessment.

Dietisterna i Västerort har arbetat tillsammans med läkare och sjuksköterska i att utreda, ordinera, behandla och följa upp nutitionsbehandlingen utifrån nutitionsstatus/diagnos.

Trycksår

Samtliga vårdtagare ska erbjudas en riskbedömning för trycksår i syfte att identifiera riskpatienter och därmed kunna sätta in förebyggande åtgärder i det enskilda fallet. Validerat instrument för riskbedömning Modifierad Nortonskala ska användas.

Munhälsobedömning ROAG

ROAG står för "Revised Oral Assessment Guide". ROAG är ett bedömningsverktyg som tillämpas i arbetet med munhälsovård för äldre. Det är ett riskbedömningsverktyg för sjukvårdspersonalen för att i förebyggande syfte kunna göra en typ av bedömning av den orala hälsan hos patienten och erbjuds alla patienter vid inflytt.

Fall

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en riskbedömning avseende fall i syfte att identifiera vårdtagare som riskerar att falla och därmed kunna sätta in förebyggande och individuellt anpassade åtgärder och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Downton Fallriskindex. Vi följer även upp fall som inträffar och vidtar åtgärder.

Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens

Som del i det hälsofrämjande arbetssättet ska riskbedömning inkontinens göras med bedömningsinstrumentet riskbedömning blåsdysfunktion NIKOLA.

Målet är att samtliga vårdtagare ska få en inkontinensutredning gjord, som är framtagen av Nikola, nationellt nätverk inom blåsfunktionsområdet. Samtliga som bedöms inkontinenta ska ha individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.

Kvarliggande kateter (KAD) i urinblåsan används endast på läkarordination.

ADL- Aktiviteter

Vid inflyttning erbjuds samtliga vårdtagare en bedömning av sin ADL-förmåga, Aktiviteter i Dagliga Livet avseende personlig vård, i syfte att identifiera vårdtagare som med hjälp av träning eller förebyggande åtgärder såsom strategiska insatser eller hjälpmedel kan bli mer självständiga i sin personliga vård och/eller minska risk för skador ex. fallolyckor. Även ADL bedömningen identifierar risker och erbjuds i samband med inflyttning och uppdateras en gång per år eller vid behov, såsom vid förändrat hälsotillstånd. Vid bedömning används det validerade bedömningsinstrumentet Sunnås.

Medicintekniska produkter/hjälpmedel

Rehab har lokal rutin för MTP och har fördelat ansvaret för husets hjälpmedel mellan sig och ansvarar för att i dialog med chef och kollegor köpa in dessa hjälpmedel vid behov.

Rehab ansvarar för att ha listor för var hjälpmedel är placerade i huset.

Sängar och taklyftar besiktigas årligen och att fel åtgärdas.

Övriga hjälpmedel funktionskontrollernas en gång per år eller vid behov. Lyftselar kontrolleras var sjätte månad

Löpande funktionskontroller görs vid daglig omvårdnad av personal, rehab meddelas om åtgärder behövs.

Rehab beställer och återlämnar hjälpmedel från hjälpmedelscentralen utifrån patienternas behov och dokumenterar detta i Vodok.

Senior Alert

Senior alert är ett kvalitetsregister som används för patienter inskrivna bl.a. i kommunal hälso- och sjukvård. Varje patient registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion.

Det förebyggande arbetssätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar; systematik, struktur och synliggöra resultat. Användning av Senior alerts register innebär att vårdprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

På verksamheten registreras alla boende i Senior Alert.

Svenska Palliativ Registret

Svenska palliativ registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Palliativ vård ska tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Vi registrerar alla boende i Svenska palliativ registret.

Nationell Patient Översikt (NPÖ)

Verksamheter i egen regi/Hässelby - Vällingby har åtkomst till Nationell Patient Översikt (NPÖ). Syftet med NPÖ är att få en samlad information för att kunna ge patienten en god och säker vård. I NPÖ finns patientens vårdhistorik och vårdbehov från andra vårdgivare. Endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får ta del av patientinformationen i den sammanhållna journalföringen som har betydelse för vården av patienten i syfte att kunna förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Med sammanhållna journalföring menas ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare som slutenvård och primärvård. För att få ta del av NPÖ krävs patientens samtycke och att man har en patientrelation samt att det har betydelse för vården av patienten.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

De flesta avvikelserna som inkommit har kunnat hanteras inom verksamheten. En avvikelse på verksamheten har utreddes av IVO för misstanke om vårdskada. Ärendet bedömdes inte vara en vårdskada men har lett till vissa förbättringar i dokumentationsrutiner bland annat. Flertalet avvikelser gällande missad administration av läkemedel har registrerats. Detta har lett till att processen runt läkemedelshantering har setts över.

Synpunkter och klagomål som inkommit har kunnat åtgärdas genom information och dialog. Avvikelser avseende fall har förekommit. En del falltrauman har lett till frakturer.

Preventionsbedömningar och rehabiliterande åtgärder har då genomförts.

Det har varit flera avvikelser gällande utebliven signering för rehabiliterande insatser vilket har lett till att vi testat nya sätt att hantera signeringslistorna.

Ett par synpunkter har inkommit angående läkarorganisationen vilka har bemötts av berörd organisation.

Inga Lex Maria/ Lex Sara anmälningar har inkommit under 2018.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Inga loggkontroller har utförts under året. Detta område behöver utvecklas under 2019. Stockholmsstad har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Personuppgiftslagens (PuL) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Resultat och Analys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Koppargården arbetar enhetschef, biträdande enhetschef och legitimerad personal systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används blankett för avvikelserapportering gällande klagomål/synpunkter. Riskbedömningsinstrumenten gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa görs i Vodok och Senior alert och uppdateras för den enskilde vid inflyttning. De uppdateras årligen samt vid förändring i patientens tillstånd eller vid behov.

En riskbedömning görs även för personalens arbetsmiljö i arbete hos boende. Dessa riskbedömningar görs i samband med inflyttning samt vid behov. Handlingsplaner upprättas om risker identifieras.

Två gånger per år kontrolleras att riskbedömningarna är genomförda på alla boende.

Egenkontroll av genomförda riskbedömningar i Vodok under året 2018 redovisas i HSL-journalgranskning som verksamheten har ansvar för.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalité systematiskt och fortlöpande utvecklas genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet. Hur arbetet med avvikelshantering ska utföras beskrivs i lokal rutin.

Avvikelse som bedöms som allvarliga hanteras snarast. Dessa rapporteras omgående till MAS samt dokumenteras och övriga avvikelser diskuteras i ledningsgrupp, på team möten och APT möten.

Egenkontroll

Resultat av HSL dokumentationsgranskning som genomförts visade på dubbeldokumentation, inaktuella och oavslutade/outv rderade hälsoplaner, riskbedömningar som inte uppdaterats enligt rutin, felaktig dokumentation under fel sökord samt icke aktuella texter.

Vi har arbetat med att patientsäkra dokumentation genom att HSL-personal kontinuerligt fått fortutbildning i dokumentation.

Dokumentationsgranskningen och fortbildningen förväntas resultera i att HSL-personalen följer upp och arbetar med att kvalitetssäkra dokumentationen och följer de riktlinjer som finns.

Hygienronden som gjordes under november 2018 visade att boendet blivit markant bättre på att följa handlingsprogrammet för vårdhygien och basala hygienrutiner. Dock finns det en del förbättringsområden, exempelvis handhavande av oml ggningsmaterial, stickvagnar och hjälpmedel.

Nattfastemätningar som genomfördes av dietisten visade att nattfastan inte överskred 11 timmar.

Inga Lex Sarah eller Lex Maria anmälningar har gjorts.

Avvikelse – Koppargården inklusive Liviagården

Avvikelsehanteringen ökar patientsäkerheten genom att risker, tillbud och negativa händelser rapporteras. Uppkomna avvikelser undersöks, bearbetas och dokumenteras. Handlingsplaner upprättas och åtgärder skapas, tillämpas och utvärderas. Avvikelse diskuteras i Kvalitetsrådet på APT i team möten och i de dagliga morgonrapporterna både avseende bakomliggande orsaker och lärdomar som kan dras.

Resultat

Riskbedömningar

Egenkontroll av genomförda riskbedömningar /Vodok under året 2018 redovisas i HSL-journalgranskning, som verksamheten har ansvar för.

Avvikelser – Koppargården inklusive Liviagården

| Läkemedelsavvikelse | | 2018 | 2017 | 2016 |
|--------------------------|---|------|------|------|
| | Sammanlagt 101 varav 26 på Liviagården | 101 | 76 | 112 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Övrigt/annat | 61 | | |
| | Tex Utebliven administrering | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Utebliven signering | 18 | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Fel i ordningställt läkemedel | 4 | | |
| Vårdkedjan | | 7 | 1 | 7 |
| Specifik omvårdnad/rehab | | 11 | 2 | 4 |
| | | | | |

Inga dokumenterade avvikelser Trycksår i Vodok 2018 och 2017, men i Kvalitetsindikatorer redovisar verksamheten om 16 nya trycksår, som har uppkommit på verksamheten. Målet för 2019 är att sjuksköterskor ska föra in nya trycksår (grad 2-4) i avvikelsemodulen/Vodok, samt skriva hälsoplan för dessa.

Brister i vårdkedjan skickas/vidarebefordras till den vårdgivare den gäller av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Senior Alert



Verksamheten har haft som mål att under året 2018 registrera alla patienter i Senior Alert.

Registrering av SENIOR ALERT Koppargården 20190114 visar följande;

Plan 2, 16 registrerade, 14 riskbedömningar klara, några åtgärder saknas och ett fåtal uppföljningsdatum passerats

Plan 3, 14 registrerade, utan anmärkning, 9 möjliga att börja registrera

Plan 4, 20 registrerade, brister, 11 möjliga att börja registrera

Plan 5, 22 registrerade, få brister, 2 möjliga att börja registrera

Plan 6, 20 registrerade, få brister, 1 möjlig att börja registrera

Palliativt register

Verksamheten registrerar i Palliativt register, men för att uppnå en god smärtlindring behöver smärtskattning göras kontinuerligt och på ett strukturerat sätt. Det idag vanligaste smärtskattningsinstrumentet är VAS/NRS, som kräver aktiv medverkan av personen med smärta och kan inte användas vid kognitivt nedsatt förmåga.

Abbey Pain Scale är ett validerat instrument, som har tagits fram för att bedöma smärta hos patient med demens i sent palliativt skede. Mål för 2019 är att under den sista levnadsveckan görs fler smärtskattningar med smärtskattningsinstrument och vid munhälsobedömningar används bedömningsverktyget ROAG.

Sammanställning av statistik/kvalitetsindikatorer under året

16 nya trycksår som har uppkommit på verksamheten.

54 patienter skickades akut in till sjukhuset mellan kl. 07-16, (14 patienter från plan 3)

21 patienter skickades akut in mellan kl. 16-21.

6 patienter skickades akut in mellan kl. 21-07.

14 patienter föll så att det ledde till fraktur, (5 patienter på plan 3)

43 patienter avled på boendet, (15 patienter på plan 5).

Statistiken skiljer sig inte nämnvärt jämförd med 2017. Inom parentes det plan, som hade betydligt fler än de övriga plan.

Sammanställning av infektionsregistrering, antibiotikabehandlade infektioner

42 registrerade pneumonier (50% lägre antal än år 2017)

18 registrerade urinvägsinfektioner (vårdtagare med kateter)

33 registrerade urinvägsinfektioner (vårdtagare utan kateter, 25% minskning jämförd år 2017)

2 registrerade influensa (i januari 2018)

0 virusorsakade maginfluensa (9 vårdtagare drabbades 2017)

42 sårinfektioner (10% lägre antal än år 2017)

20 ”annan hud-mjukdelsinfektion”

1 *Chlostridium difficile* diarré

19 annan infektion (14% minskning jämförd år 2017)

Vårdrelaterade infektioner

| | ESBL | MRSA |
|--------------|-------|-------|
| Liviagården, | Ingen | Ingen |
| Plan 2 | 2 | Ingen |
| Plan 3 | 2 | Ingen |
| Plan 4 | Ingen | Ingen |
| Plan 5 | 2 | 1 |
| Plan 6 | 2 | Ingen |
| | | |

Ingen Lex Sarah eller Lex Maria under år 2018.

Klagomål och synpunkter

Enheten har under året tagit emot 11 klagomål/synpunkter:

- Otydlighet i besked kring boendes mående och matintag - olika besked från läkare och omsorgspersonal.
- Brist i omsorg (utförande av insats, 2 synpunkter)
- Brist i rapportkedja (avsluta boende i ParaSol)
- Brist i bemötande (3 synpunkter)
- Brist i överrapportering (önskemål om att ärende skulle framföras till läkare)
- Synpunkter på läkarinsatser - läkares bedömning och ej utförd insats (2 synpunkter)
- Ej svarat på larm i tid, brustit i rutin.

Samtliga har utretts och åtgärdats.

Händelser och vårdskador

En händelse anmäldes under 2018 som vårdskada till IVO av anhörig – dock fann IVO att inget fel begåtts från vårdgivarens sida.

I övrigt inga vårdskador anmälda under året.

Risikanalyt

Vi arbetar systematiskt med förbättringsarbeten och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används blanketter för avvikelserapportering och klagomål/synpunkter. Dessutom görs en riskanalys som dokumenteras i det sociala dokumentationssystemet vid inskrivning av nya patienter.

Risikanalyt av arbetet med och hos boende görs både ur patientperspektiv och ur arbetsmiljöperspektiv. Resultaten följs upp och handlingsplaner upprättas.

Systematisk uppföljning av avvikelser och åtgärder genomförs och återkopplas till ansvariga. Patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Egenkontroller har genomförts som beskrivits tidigare.

Kollegiala observationer ser vi som ett bra verktyg för egenkontroll och riskanalys och dessa utförs i områden som omvårdnad, måltidssituationer, aktiviteter och bemötande. Detta är en del i att förstärka arbetet med egenkontroller för att höja kvalitét och patientsäkerhet.

Mål och strategier för kommande år

Under våren 2019 kommer verksamhetens demensavdelningar bli Silviahemscertifierade. Det innebär att all omsorgspersonal på boendets demensavdelningar, all HSL personal samt chefer utbildas i Silviahemmets vård filosofi.

Vi planerar att registrera alla boende med demensdiagnos i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) vilket kommer att bidra till att förbättra vårdkvalitén för patienter med demensdiagnos.

Verksamheten kommer fortsätta att arbeta aktivt med egenkontroller.

Boendet kommer att bedriva ett fortsatt arbete med att implementera rutiner och förbättra arbetet kring risker, analyser av dem samt resultatet av dessa analyser

Fortsätta att rapportera och utveckla avvikelshanteringen i alla led. All vårdpersonal ska vara delaktiga och alla ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser och eventuella uppkomna vårdskador.

Vi fortsätter att arbeta aktivt för en säker läkemedels- och delegeringsprocess och en korrekt omvårdnads - och socialdokumentation samt en god och säker vård av god hygienisk standard.

Vi kommer fortsätta arbeta profylaktiskt med fall, fallskador, undernäring, trycksår, smärta och ångest och säkerställa att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning.

Vi fortsätter att säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier.

Boendet ska fortsätta att verka för kompetensutveckling av sina medarbetare. Flertalet utbildningar är redan inbokade för år 2019.

Läkemedelsutbildning är planerad för all omsorgspersonal under våren 2019 i syftet att ge omsorgspersonalen en grundläggande kunskap i läkemedelshanteringen och administrering av läkemedel.

Vi planerar även en utbildning i dysfagi under våren.

Hygienutbildning är inplanerad liksom utbildningar i Hot- och våld och lågaffektivt bemötande. Psykiatriutbildning för personalen på avdelningen för geriatrisk psykiatri kommer genomföras, de får även en dag med temat ”arbetsgruppens dynamik och arbetsglädje”.

Ledningsgrupp kommer genomgå ledarskapsutbildning.

Verksamheten har drygt 80% utbildade undersköterskor, vi kommer fortsätta att skicka undersköterskor till vidareutbildning och vårdbiträden till grundutbildning.

Några mer språksvaga vårdbiträden kommer gå utbildningen ”Språk och Vård”.

Språkbuden fortsätter att stötta sina kollegor med exempelvis dokumentation med mål att ge en bra kontinuitet i vården och förbättra delaktigheten i vårdens utförande.

Rehab fortsätter att utbilda och handleda personalen i ergonomi och lyftteknik. De får själva också vidareutbildning för att förbättra sina egna kunskaper inom området som är viktigt både för boende och personal.

Vi har anhörigombud i verksamheten och avsikten är arbetet ska utvecklas genom möten och nätverksträffar på samma sätt som vi redan arbetar med Palliativa ombud.

Utbildning i Demens ABC tillsammans med Silviasystrar.

Under våren kommer de fyra undersköterskor som går utbildning till Silviasystrar bli klara, verksamheten har då sammanlagt sex Silviasystrar. De kommer fortsätta handleda och hålla studiecirkel för personalen.

Vi planerar också att arbeta för en bättre kontinuitet med vikarier med målet att inte blanda in så många personer i våra boendes omvårdnad.