

## **Patientsäkerhetsberättelse**

År 2019

# **KOPPARGÅRDEN OCH LIVIAGÅRDEN**

20200228

Ewa Örjebo, Enhetschef

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>2</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>3</b>
Övergripande mål och strategier.....	3
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....</b>	<b>10</b>
Riskanalys.....	
Utredning av händelser - vårdskador.....	14
Informationssäkerhet.....	14
<b>RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>15</b>
Egenkontroll.....	15
Avvikelser.....	16
Klagomål och synpunkter.....	19
Händelser och vårdskador.....	19
Riskanalys.....	19
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>20</b>

## Sammanfattning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Denna ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:

-Vårdgivare får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

- IVO (Inspektionen för vård- och omsorg) kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ingår i äldreförvaltningens kvalitetsledningssystem.

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

Under 2019 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 samtidigt har granskningen visat att en del brister finns och för det har verksamheten plan för att åtgärda. Registrering av patienter i kvalitetsregister såsom Senior alert och Palliativa registret har utförts av ansvariga sjuksköterskor. Läkemedelsgenomgångar har genomförts fullt ut jämte basala hygienrutiner inklusive kontroller. Avvikelser har dokumenterats. Alla boende har en uppdaterad genomförandeplan.

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. Med förebyggande arbetssätt 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. Ständigt förbättringsarbete pågår. Omsorgspersonalen genomfört en webbaserad utbildning med inriktning demens/läkemedelshantering inför delegering, vid behovsanställda kommer att göra utbildningen under år 2020.

Dietisten har varit verksam under hela året och varit tillgänglig utifrån verksamhetens behov.

Under året 2019 har boendets demensavdelningar, all HSL personal samt chefer blivit Silviahemscertifierade. **Detta innebär en tre dagar lång utbildning för samtliga yrkeskategorier samt reflektionshandledarutbildning och ledarskapsutbildning.**

Vi har påbörjat registreringen av boende med demensdiagnos i BPSD registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) vilket kommer att bidra till att förbättra vårdkvalitén av patienter med demensdiagnos, detta kommer fortgå 2020.

Vi har arbetat med att fortsätta att utveckla avvikelshantering i alla led. Vi arbetar för en god och säker vård av god hygienisk standard och profylaktiskt med fall, fallskador, undernäring, trycksår, smärta och ångest.

All omsorgspersonal och även några sjuksköterskor har genomgått en utbildning i läkemedelshantering och läkemedelsöverlämnande utav en apotekare vid tre olika tillfällen. Syftet med utbildningen var med att ge omsorgspersonalen en grundläggande kunskap i läkemedelshantering och administrering av läkemedel.

Vi har arbetat aktivt med teammöten och vårdplaneringsmöten.

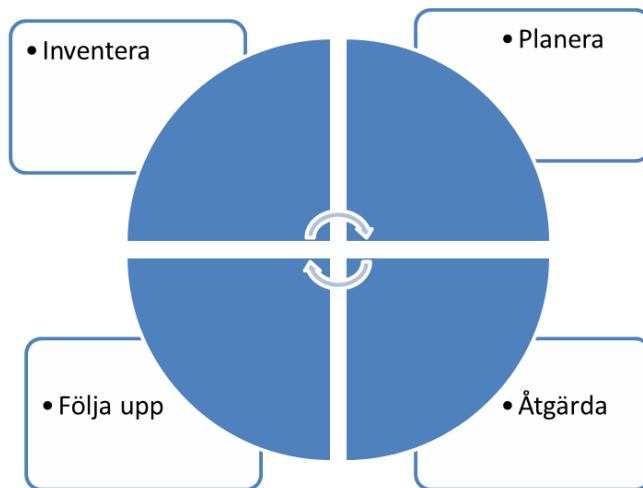
Reflektionshandledning i Silviahemmets behandlingsfilosofi med Silviasystrar och/eller utbildade handledare har påbörjats vilket kommer fortgå under 2020.

Vidare har det anordnats utbildningar i demens, sårvård, basala hygienrutiner, anhörigstöd, förflyttningsteknik och hjälpmedel, brandutbildning, dysfagi, psykiatriska diagnoser, BPSD, palliativvård, och dokumentation mm. För alla dessa utbildningar anges klara mål där kunskapsutbyten syftar till att uppnå dessa mål.

## **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 ledningssystemet och mål, rutiner, metoder, och vård- och omsorgsprocesser konkretiseras. Ledningssystemet beskriver hur och när uppföljningar och utvärderingar sker. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Utifrån detta har följande behov identifierats:

Arbeta med förebyggande åtgärder med fall, trycksår, smärta, ångest och malnutrition. Detta genom att genomföra riskprevention för alla nyinskrivna patienter inom två veckor och vilken 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. Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten kring negativa 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 teamarbete 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.
- Under april 2020 har vi bjudit in Tena för genomgång av inkontinens och inkontinensskydd.
- 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. Enhetschefen 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 och medicinskt ansvarig för rehabilitering**

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS/MAR. Bestämmelserna om vad en MAS/MAR 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
- Arbeta förebyggande
- Följa de rutiner och riktlinjer som gäller för verksamheten,
- Rapportera risker och avvikelser i vården till MAS/MAR och verksamhetschef.
- Utföra egenkontroll
- Kontinuerligt följa upp sitt dagliga arbete.

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

### **Omvårdnads personal**

Omvårdnadspersonalen är skyldiga 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*

#### ***Samverkan i den egna verksamheten***

Ledningsgruppen träffas varje vecka, där aktuella ärenden i verksamheten diskuteras och beslut fattas. Vid behov av fördelning av resurser relaterat till patientsäkerhet samverkar ledningsgruppen och tar gemensamma beslut.

Hälso- och sjukvårdsmöten för all legitimerad personal är ett forum för information och erfarenhetsutbyte för yrkesspecifika frågor. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering är närvarande.

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

Det finns representanter i kvalitetsrådsmötet från verksamhetens olika professioner, vid inträffade händelser och incidenser diskuteras och analyseras. Kunskap delges som kan minska riskerna eller förhindras att det inträffar igen. På enhetsnivå sker återkoppling av händelser och incidenser till samtlig personal vid enhetens olika möten och vid rapporter. Övergripande information kan även mailas ut till samtliga.

#### ***Samverkan med andra vårdgivare***

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./Liviagården. 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 medicinsktekniska produkter, specifika läkemedel, samt utökat vårdbehov. På boendet sker en samverkan med primärvården och kommunen för att säkerställa fortsatt vård. Patienten överrapporteras muntligt och skriftligt där orsaken till sjukhusinläggningen, tillämpade behandlingar och 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.

Boendet har en lokal samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation,

Familjeläkarna. På samverkansmötet närvarar enhetschef, biträdande chef för HSL, HSL samordnare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, MAS och MAR. På dessa möten sker uppföljning/ utvärdering av den gemensamma överenskommelsen, utveckling, genomgång av avvikelser och eventuella förändringar.

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.

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

För övrigt sker samverkan med Landstinget gällande läkemedelsförråd, Apoteket för att säkerställa läkemedelshanteringen, Flexident tandvård och tandvårdstaben när det gäller munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt Smittskyddsenheten och Vårdhygien.

Vid samverkan med dessa aktörer diskuteras eventuella avvikelser och förslag för att förbättra rutiner, nya vårdprogram nyheter och statistik bland annat.

Vi har rapporterat avvikelser i vårdkedjan såsom doscentrum/apoteket.

## **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. Såväl personal som chefer tar emot synpunkter och klagomål från boende 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. När en boende flyttar in erhålls en "Välkomstmapp" med information om boendet och kontaktuppgifter. Här finns också information om hur man lämnar synpunkter och blankett.

För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska utföras och säkerställas. Verksamheten strävar efter att patientens delaktighet i sin egen vård även ska synas i dokumentationen av hälso- och sjukvård.

Direkt kontakt med anhöriga sker vid befarad risk för vårdskada. Kontakten sker per telefon och mail. Närstående träff hålls två gånger under året. Närstående och boende uppmanas att kontakta sjuksköterska eller ledning om man har synpunkter på sin vård.

Enhetschefen inbjuder till "Anhörigråd", anhöriga kan delta som önskar främja utvecklingen av verksamheten och arbeta fram förslag på åtgärder tillsammans med ledningsgruppen och ta till vara de synpunkter och klagomål som inkommit.

Närståendebrev skickas ut minst fyra gånger per år. Och Närståendeträffar anordnas två gånger per år. Under 2019 startades också ett Närståenderåd som har möten fyra gånger per år.

I boendes lägenheter 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 närstående 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 avvikelsen bedöms allvarlig 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.

Avvikelser som skett tas upp med inblandade personal. Ansvarig sjuksköterska/ rehab följer upp vad som har orsakat händelsen och säkrar upp 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,*

När klagomål och synpunkter mottagits i verksamheten sker handläggningen enligt den processbeskrivning som finns. Klagomålet eller synpunkten överlämnas till närmsta chef. Därefter påbörjas utredning av vederbörande chef som tillsammans med medarbetare tar fram underlag och bereder ärendet skyndsamt. Återkoppling sker inom 2 veckor till berörda parter och personalen delges.

Vid inflyttning lämnas en Välkomstmapp till närstående och boende. I denna finns bland annat blankett gällande synpunkter och klagomål samt kontaktuppgifter till chefer.

Sjuksköterskor informerar också om rutinen vid ankomstsamtal. Vid klagomål sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter helst 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 har tydliga platser där man kan lämna klagomål samt inhämta information
- För att underlätta för vårdtagare och närstående att uttrycka klagomål och synpunkter finns

brevlådor för synpunkter/klagomål vid våra hissar. Vi har även 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*

Verksamheten ska utföra riskbedömningar och rapportera kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård. Verksamheten har under 2019 arbetat med att förbättra och utöka arbetet med egenkontroller. Detta innefattar även analys och sammanställning av resultaten för att utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet. Egenkontroll som kvalitetsverktyg är en relevant och användbart verktyg där vi kunnat identifiera förbättringsområden i verksamheten samt haft en vägledning i det förbättringsarbete som verksamheten haft framför sig. Egenkontroller ökar även insynen i verksamheten och ökar boendets kvalitet. Resultatet från egenkontrollerna följs på verksamhetens kvalitetsråd och arbetsplatsträffar.

Sjuksköterskorna kontrollerar månadsvis signeringslistorna för läkemedel och andra hälso- och sjukvårdsinsatser så att dessa är korrekt ifyllda. 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 hygienrutin och klädrutiner genom observation en gång/ månad samt självskattning.

Egenkontroll av narkotika preparat har gjorts enligt rutin under året.

Egenkontroll av signeringslistor för patienter med sondmat har gjorts under året då vi haft patienter med Peg.

Egenkontroll av riskbedömningar har gjorts i Senior alert under året.

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 HSL biträdande chef och 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. Omsorgspersonalen ansvarar för egenkontroll av funktion månadsvis i samband med rengöring.

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

Besiktning personlyftar genomfördes hösten 2019 och besiktning av sängar genomförs i februari 2020. Produkter med anmärkning åtgärdas. 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..

## **Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

### **Risikanaly**

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 (Hsl) 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 2019 genomgått utbildning i basala hygienrutiner.
- Omvårdnadspersonal har fått utbildning i munvård.
- Sjuksköterskor har fått utbildning i sårvård.
- All legitimerad personal fått utbildning i ledarskap i samband med boendets Silviahemscertifiering
- All personal genomgår regelbundet utbildning i ergonomi och lyftteknik
- Arbetet med kollegial observation har fortgått för omvårdnadssituationer. Vi planerar att utöka arbetet med kollegial observation under 2020 till att innefatta även måltidssituationer. Detta är en del i att förstärka arbetet med egenkontroller för att höja kvalitet och patientsäkerhet.

- Fyra Silviasystrar fick sin examen under 2019, boendet har i och med det sammanlagt sju Silviasystrar
- Dokumentationsutbildning har genomförts för leg. HSL personal, vilket syftar till att säkra dokumentationen. Handledarträffar har genomförts med stadsdelens dokumentationsansvarig.
- Kostmöten och information om konsistenstrappan. Nattfastamätningar har gjorts.
- Språkbuden 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.
- Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna handleder omvårdnadspersonalen i funktionsbevarande arbetssätt så att patienterna bibehåller sina förmågor.
- Under juni 2019 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. Våra palliativa ombud har varit på två nätverksträffar under våren 2019 som PKC centrum anordnade med syfte att ge 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. Omsorgspersonal och några sjuksköterskor har deltagit i PKC dagen under 2019.
- Vi byter kontinuerligt ut slitna medicintekniska produkter såsom vårdsängar, golvlyftar, lyftselar med mera. I början av året byttes 150 madrasser till vårdsängarna ut, samtliga tryckavlastande.
- Dietist är ett komplement i arbetsteamet och kan konsulteras vid behov. Samarbetet sker också genom kostombuden i verksamheten. Dietist har utarbetat nutritionsrutiner i samråd med stadens dietister och MAS rutiner för kosttillägg och sondmat, Rutin för undernäring, rutin för kontakt med dietist, mat-och vätskelista samt signeringslista för kosttilläggriktlinjer för nutrition, viktmätning och nattfasta.
- Rutiner för egenkontroll har uppdaterats och förtydligats
- Kvalitetsuppföljning från apoteket med farmaceut.
- Mottagande av högskolestudenter som erbjuds verksamhetsförlagd utbildning i vård- och omsorg.
- Kollegialgranskning av dokumentation av hälso- och sjukvård, återkoppling och lärande diskussioner.
- Fortlöpande egenkontroll av medicintekniska produkter sker på enhetsnivå.
- Rutiner för inloggningsuppgifter till nyanställd personal för åtkomst till olika kvalitetsregister och läkemedelssystem ses över så att det sker utan dröjsmål.

## **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 och eventuella risker uppdateras en åtgärdsplan.:

- utförda riskbedömningar för fallolyckor, undernäring och trycksår.
- utförda inkontinensutredningar
- Utförda munhälsobedömningar och antalet personer som har tackat nej.
- boende med utförd bedömning om funktionsförmåga i det dagliga livet (ADL).

Ovanstående 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.

Mätmetod för kvalitetsindikatorer;

- egenkontroll av infektioner
- Fall som har lett till fraktur eller annan skada och totala antalet fallolyckor.
- Registreringar i nationella register.

Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling.

## ***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***

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har lokal rutin för MTP och har fördelat ansvaret för verksamhetens hjälpmedel mellan sig och ansvarar för att i dialog med chef och kollegor köpa in dessa hjälpmedel vid behov. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster ansvarar för att ha listor för var hjälpmedel är placerade i huset. Sängar, taklyftar, taklyftsskenor och duschvagn 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.

### **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 i 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 anmälts till IVO för misstanke om vårdskada av en anhörig. Beslut i ärendet har ännu inte inkommit. Ärendet gäller synpunkter på omsorgen som enligt anhörig bidragit till att boende avlidit. Verksamhetens egen utredning kunde notera att förbättringar i signering av administrering av sondmat behövde göras vilket vi har arbetat med under året och sett förbättringar. Vi såg också brister i dokumentation, både vad gäller hälso- och sjukvården och den sociala dokumentationen. Även här har ett omfattande arbete utförts under året, bland annat med genom egenkontroller.

Avvikelser gällande missad administration av läkemedel har registrerats men är färre än 2018. Vi arbetar fortsatt med processen runt läkemedelshantering.

Synpunkter och klagomål som inkommit har kunnat åtgärdas genom information och dialog. Avvikelser avseende fall har förekommit. En del falltrauman har lett till frakturer och preventionsbedömningar och rehabiliterande åtgärder har då genomförts. Fall har vid tre tillfällen skett i samband med dödsfall, man har dock inte kunnat fastställa att fall skulle orsakat att boende avlidit.

Inga Lex Maria/ Lex Sara anmälningar har inkommit under 2019.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Inga loggkontroller har utförts under året. Loggkontroller kommer utföras under 2020. 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 2019 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 kvalitét 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/ MAR 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/ej utvärderade 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.

Egenkontrollen av signeringslistor visade att det fanns fortfarande osignerade luckor men självklart blivit mycket bättre än hur det var förut.

Nattfastemätningar som genomfördes i november 2019 visade att erbjuden nattfasta inte överskred 11 timmar. (9,52). Resultatet förbättrat sedan mätning i maj. Dock ser vi skillnader på olika avdelningar.

### **Avvikelse – Koppargården inklusive Liviagården**

Avvikelshanteringen 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 2019 redovisas i HSL-journalgranskning, som verksamheten har ansvar för.

### Avvikelser – Koppargården inklusive Liviagården

Läkemedelsavvikelse		2019	2018	2017
	Sammanlagt 88 varav 12 på Liviagården	88	101	76
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Övrigt/annat</li> </ul>	61	61	
	Tex Utebliven administrering	20		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utebliven signering</li> </ul>		18	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fel iordningställt läkemedel</li> </ul>	16	4	
<b>Vårdkedjan</b>		0	7	1
<b>Specifik omvårdnad/rehab</b>		0	11	2

Inga dokumenterade avvikelser Trycksår i Vodok , men i Kvalitetsindikatorer redovisar verksamheten om 10 nya trycksår, som har uppkommit på verksamheten. Målet för 2020 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.

Antal registrerade fall 2019-01-01 till 2019-12-31 i avvikelsemodulen

Totalt registrerade fall på boendet är 416 st och varav 6 st lett till frakturer!

Liviagråden, 32 fall

Plan 2 kortids, 39 fall

Plan 2 permanent, 53 fall

Plan 3, 114 fall

Plan 4, 115 fall

Plan 5, 28 fall

Plan 6, 35 fall

**Senior Alert**

Verksamheten har haft som mål att under året 2019 registrera alla patienter i Senior Alert.

Registrering av SENIOR ALERT Koppargården 2020-01-23 visar följande;

Plan 1 Liviagården, 25 registrerade och hos en boende saknas bakomliggande orsaker till risker och åtgärder.

Plan 2, 19 registrerade, 15 riskbedömningar klara, några åtgärder saknas och ett fåtal uppföljningsdatum passerats.

Plan 3, 27 registrerade, utan anmärkning, 9.

Plan 4, 26 registrerade, brister, hos en boende saknas riskbedömningen.

Plan 5, 23 registrerade, inga anmärkningar!

Plan 6, 21 registrerade, få brister.

### **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 2020 är att under den sista levnadsveckan görs fler smärtskattningar med smärtskattningsinstrument och vid munhälsobedömningar används bedömningsverktyget ROAG.

### ***Sammanställning av statistik/kvalitetsindikatorer under året***

10 nya trycksår som har uppkommit på verksamheten.

41 patienter skickades akut in till sjukhuset mellan kl. 07-16.

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

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

6 patienter föll så att det ledde till fraktur.

45 patienter avled på boendet.

Statistiken skiljer sig inte nämnvärt jämförd med 2018.

### ***Sammanställning av infektionsregistrering, antibiotikabehandlade infektioner***

48 registrerade pneumonier ( lite högre antal än år 2018)

20 registrerade urinvägsinfektioner (vårdtagare med kateter)

29 registrerade urinvägsinfektioner, (har minskat i antal än år 2018)

6 registrerade influensa.

0 virusorsakade maginfluensa

22 sårinfektioner (har minskat markant i antal än år 2018)

9 ”annan hud-mjukdelsinfektion”

0 Clostridium difficile diarré

5 annan infektion

### Vårdrelaterade infektioner

	ESBL	Hepatit B	MRSA	Hepatit C
Liviagården,	Ingen	0	Ingen	2
Plan 2	3	0	Ingen	0
Plan 3	1	0	Ingen	1
Plan 4	Ingen	0	Ingen	0
Plan 5	2	1	1	0
Plan 6	1	0	Ingen	0

Ingen Lex Sarah eller Lex Maria under år 2019.

### Klagomål och synpunkter

Enheten har mottagit följande:

Ett klagomål avseende bristande rutiner i tillsyn - informationsöverföring-, ärendet har utretts, återkopplats och åtgärdats.

Ett ärende gällande kvalitet på verksamheten, anmält till IVO av anhörig. Ärendet har utretts och återkopplats till anhörig och till IVO - vi avvaktar IVOs beslut.

Ett ärende gällande bemötande - har utretts och återkopplats.

Ett ärende gällande bristande informationsöverföring - har utretts och återkopplats.

En synpunkt gällande medicinsk bedömning har inkommit - har utretts och återkopplats

En synpunkt på boendes tillstånd vid inskick till sjukhus har inkommit - har utretts och återkopplats

### Händelser och vårdskador

En händelse anmäldes under 2019 som vårdskada till IVO av anhörig – denna har verksamheten ännu inte fått återkoppling på.

Verksamheten har utrett tre fall under året som för att utesluta vårdskada. Dessa fall har lett till att patienter avlidit i anslutning till fallen och utredning har skett tillsammans med MAS och MAR.

## **Risicanalys**

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.

Risicanalys 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, basala hygienrutiner och bemötande. Detta är en del i att förstärka arbetet med egenkontroller för att höja kvalitét och patientsäkerhet.

## **Mål och strategier för kommande år**

Att genom systematiskt arbete med personcentrerad vård och omsorg förbättra den upplevda kvaliteten på boendet och att arbeta för verksamhetens mål enligt verksamhetsplanen.

Utvärdering sker bland annat genom brukarundersökning och resultat av uppföljningar och egenkontroller.

Hög utbildningsnivå, förbättringsåtgärder, vårdutveckling och kvalitetsfrågor samt kompetens försörjning är prioriterade områden för att nå hög kvalitet. Men också samverkan med anhöriga och vårdtagarnas delaktighet i vård- och omsorg är viktiga parametrar för att nå till en personcentrerad vård där vårdtagaren och anhörig är en naturlig del av arbetsteamet.

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 och utveckla arbetet med att sammanställa och analysera resultaten.

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.

Inga loggkontroller har utförts under året. Loggkontroller kommer utföras under 2020.

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 2020.

Det ligger i planeringen att våra somatiska avdelningar och Liviagården också skall Silviahemscertifieras.

Vi planerar även en utbildning i dysfagi under året.

Hygienutbildning är inplanerad samt munvårdutbildning är planerad till omsorgspersonal.

Palliativ och BPSD utbildningar till ombud och sjuksköterskor är planerade under 2020.

Psykiatriutbildning för personalen på avdelningen för geriatrisk psykiatri kommer genomföras

Några mer språksvaga vårdbiträden kommer gå utbildningen ”Språk och Vård”. Tre av dem som blir vårdbiträden kommer få gå vidare och utbilda sig till undersköterskor.

Ett femtontal undersköterskor kommer under året gå vidareutbildningar ”USK 3 och 4”

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

Att öka uppmärksamheten vid anställning av nya medarbetare eller vikarier och betona vikten av att uppsatta rutiner lärs ut och efterföljs.

I samarbete med läkarorganisationen Familjeläkarna regelbundet genomföra multidisciplinära fallronder, och läkemedelsgenomgångar så att alla våra boende får en korrekt och lämplig läkemedelsbehandling.