



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2019

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet
2020-02-26
Anna Lidback Verksamhetschef
Sophie Arvidsson Tillförordnad Enhetschef HSL

Innehåll



Ersta diakoni..... 1

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE..... 1

SAMMANFATTNING:..... 2

Övergripande mål och strategier.....	3
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	8

**PROCESS – ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA
PATIENTSÄKERHETEN..... 9**

Risikanalys.....	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12

RESULTAT OCH ANALYS..... 13

Egenkontroller.....	13
Avvikelser.....	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Händelser och vårdskador.....	18
Risikanalys.....	18

**ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE
ÅR..... 19**

Sammanfattning:

Mål

Huvudmålet för patientsäkerhetsarbetet på Linnegården är en trygg och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten strävar efter att undvika och förebygga vårdskador genom ett systematiskt och strategiskt kvalitets- och utvecklingsarbete.

*Ersta diakonis värdegrund "att se människan" ska genomsyra allt vi gör och vårt arbete ska alltid präglas av våra värdeord: **Tillit, hopp och professionalism.***

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Verksamheten har under 2019 implementerat "göra listan" i Vodok. Under 2019 har verksamheten infört strukturerade kvalitetsråd och arbetar aktivt med kvalitetsutveckling och genomgång av antal inkomna avvikeser. Rutiner för blås och tarmdysfunktion har upprättats. Hälso- och sjukvårdsrutiner har setts över, kompletterats och implementerats i personalgruppen. Uppföljning av kvalitet och säkerhet sker genom egenkontroller och analyser som tex. basala hygienrutiner, läkemedel, delgeringar samt riskbedömningar. Apoteksgranskning, nattfastemätning, dokumentationsgranskning och hygienrond har utförts. Enheten registrerar i kvalitetsregistren palliativa registret, senior alert samt BPSD registret. Två planeringsdagar med fokus på vård i livets slutskede genomfördes under 2019.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Vid den årliga kvalitetsuppföljning avseende hälso- och sjukvården användes kvalitetsinstrumentet QUSTA. Resultatet visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Linnegårdens resultat vid uppföljningen 2019 visade på 97 % vilket är en förbättring sedan föregående år (2018 = 91%).

Dokumentationsgranskning utförs två gånger per år. Analysen visade en ökad kvalitet på dokumentationen främst vad gäller hälsoplaner samt kopplingar till ordinationer och åtgärder. Apoteksgranskningens resultat visade att verksamheten har patientsäkra rutiner, ordning i läkemedelsförrådet samt bra narkotikahantering.

Fokus och utveckling av de tvärprofessionella teamen har resulterat i effektivare möten, uppföljningar samt ökad identifiering av risker hos den boende. Under året har antal gruppträningar samt individuella träningar på verksamheten ökat. Riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens, ADL och munhälsa har utförts på samtliga boenden. Där risker identifierats har omvårdningsplaner upprättats. Som ett resultat av kvalitetsarbetet kan vi även se att antal rapporterade avvikelser ökat i slutet av året.

En blick framåt

Under kommande år ska kollegial dokumentationsgranskning införas. Verksamheten kommer arbeta vidare med utveckling av arbetssätt och utbildningsinsatser inom kontinens, demens och BPSD. Fortsatt fokus kommer ligga på team, bedömningsinstrument, egenkontroller och riskanalyser. En utmaning är fortfarande att minska antal missade signeringar vilket innebär mer insatser på

analyser av resultat och uppföljningar. Ett fortsatt utvecklingsområde är smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument i vård i livets slutskede.

Övergripande mål och strategier

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

Mål och strategier för 2019

- Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete samt införandet av reflektionsmöten för samtliga plan samt HSL gruppen. Mötet syftar till att diskutera vad vi gör bra och vad vi behöver bli bättre på i arbetssätt, rutiner, ansvar, samarbete etc.
- Arbeta för fortsatt kontinuitet och stabilitet i HSL-gruppen , framför allt i sjuksköterskegruppen, samt arbetsmiljö.
- Fortsatt arbete med vårdplaner och uppföljningar av dessa.
- Utbildningsinsatser gällande munhälsa, vårdhygien, inkontinens, undersköterskans initiala bedömning planeras för samtlig omvårdnadspersonal samt utbildning av 1 sjuksköterska i fördjupade kunskaper i sårbehandling hos äldre.
- Utveckla palliativa vården ytterligare hos omvårdnadspersonalen och sjuksköterskegruppen.
- Aktivt arbete med smärtskattningar med validerade smärtskattningsskalor.
- Kontinuerliga självskattningar och hygienronder.
- Fortsatt revidering av Hälso- och sjukvårdsrutiner och arbetssätt inom sjuksköterskegruppen.
- Små utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen i smärta, fall, olika psykiatriska sjukdomar, infektioner, palliativ vård, sårvård etc
- Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom implementering av palliativa ombud samt webb baserad utbildning
- Fortsatt registrering i kvalitetsregister Senior Alert, palliativa registret

-
- Utbildning gällande förskrivning och ordination av inkontinenshjälpmedel.
 - Implementering av förbättringstavla för sjuksköterske gruppen.
 - Införande av reflektionsmöten.
 - Fortsatt arbete med att räkna missade signeringar vid administrering av läkemedel.

Organisation och ansvar

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

Ersta diakonis styrelse har det övergripande ansvaret för all verksamhet.

Direktorn har det verkställande ansvaret och ansvarar gentemot styrelsen.

Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet.

Kvalitets samordnare har ett övergripande ansvar för utveckling och förvaltning av kvalitets- och miljöledningssystemet. Ansvarar för att ledningssystemet är uppdaterat och att revisioner genomförs för att säkra efterlevnaden av interna och externa krav, inkluderat lagstiftning.

Äldreomsorgschefen ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat. Säkerställer att medarbetare känner till och följer ledningssystemets rutiner, känner till och följer lagstiftning och andra relevanta krav.

Verksamhetschef säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete samt uppfyller MAS krav på en god och säker vård. **Verksamhetschef tillsammans med tillförordnad enhetschef HSL** ansvarar för att de rutiner och riktlinjer väl kända i verksamheten. Ny hälso- och sjukvårdspersonal får den kunskap som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter etc.

Ersta diakonis interna MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. **Stockholm stads MAS** och **MAR** har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt 11 kap. 4. Och att patienters behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses samt att avtal följs.

Legitimerad personal ansvarar för att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ansvarar för att insatser inom hälso och

sjukvård utförs och följs upp enligt uppsatta mål. De följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utöver hälso och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa styrdokument, riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål.

Enheten har tillgång till en dietist anställd av Ersta som ger stöd och vägledning i nutritionsfrågor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan:

- Samverkansavtal finns med läkare från Legevisitten. Läkare kommer regelbundet på besök till enheten samt vid akuta behov dygnet runt. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker 2 till 3 gånger per år.
- Samarbete med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretag som utför fria munhälsobedömningar.
- Avtal med Apoteket AB som genomför årlig kvalitetsgenomgång av läkemedel och läkemedelshantering.
- Vårdhygien genomför årliga hygienkontroller på verksamheten. De finns även till hjälp för att få råd och stöd samt tillhandahåller utbildning vid behov.
- Avtal för extern kontroll av Medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift. Extern granskning ISO
- Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast sker i samband med skiftbyten samt genom dagligplanering och veckoplanering i varje arbetsgrupp. Vid förändringar skriver sjuksköterskan information till omvårdnadspersonalen via omvårdnadspersonalens dokumentationssystem.
- Vårdplaneringar, där läkare, anhörig, boende, kontaktman och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast medverkar.

-
- Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis Erstas dietist samt fotvårdare.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4§,

Verksamheten arbetar aktivt med boende och anhörigas delaktighet i vården. Boende görs delaktig i sin planering av vård och omsorg i genomförandeplanen. I samband med inskrivning så informeras anhöriga att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet, välkomstsamtal genomförs inom två veckor. För att säkerställa den äldres behov av vård och omsorg arbetar enheten i tvärprofessionella team. Med boendes medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande.

Riskbedömningar görs av legitimerad personal och vårdplaner upprättas vid behov. Vid förändrat hälsotillstånd hos den boende erbjuds vårdplanering, där boende och/ eller anhörig deltar. Alla boende har en kontaktperson och en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid brytpunktsamtal med läkare.

På verksamheten finns flera anhörigombud tillgängliga som en länk mellan personal, boende och anhöriga. Anhörigombudet skapar en tidig kontakt. På enheten anordnas anhörigmöten i olika former, boråd hålls regelbundet och förtroenderådet sammanträder två gånger per år. Nyhetsbrev skickas ut till anhöriga från verksamhetschef en gång per månad. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål. Blanketter, information och förslagslåda finns vid entreerna samt på varje plan.

Verksamheten samarbetar även med närstående via resultatet från brukarenkäter, inkomna synpunkter och klagomål via telefon eller mail samt dagliga möten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelsehantering är en av grundpelarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas till att skriva avvikelser för att uppmärka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra en vårdskada skrivs en avvikelse. Risker och avvikelser rapporteras i Erstas

interna avvikelser system. Sjuksköterska, verksamhetschef eller rehab tilldelas avvikelserna. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp enskilt eller med berörda parter efter behov. Tilldelad person bedömer allvarlighetsgrad. Vid misstanke om allvarlig vårdskada Lex Maria, eller risk för ett missförhållande enligt Lex Sarah kontaktas närmaste chef, MAS, MAR omedelbart. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad.

Alla avvikelser sammanställs månadsvis, hanteras på kvalitetsråd, planmöten samt APT. Resultatet analyseras för att kunna se olika mönster och trender. Förbättningsförslag, handlingsplaner samt nya förbättrade rutiner är ett resultat av inkomna avvikelser.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten har en lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till medarbetare förmedlas till enhetschef eller verksamhetschef beroende på händelsens karaktär.

Verksamhetschef//enhetschef ansvarar för att återkoppling sker till berörd person inom 3 arbetsdagar och efter utredning återrapporteras inom 14 dagar. Om ärendet är mer allvarligt eller har betydelse för patientsäkerheten görs en riskanalys med bedömning *och åtgärdsplan samt ställningstagande till ytterligare utredning.*

Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender, upptäcka brister samt arbeta fram förbättringsåtgärder. Återkoppling/uppföljning sker individuellt, på kvalitetsråd, samverkansmöten, förtroenderåd, arbetsplatsträffar och på planmöten.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt årsplan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa /HUR
Dokumentationsgranskning HSL	2 ggr/år	Görs av SSK samt Erstas MAS. Analyseras och

		skickas in till MAS/MAR
Palliativa registret	1 gg mån	Egenkontroll ssk
Punktprevalensmätning (PPM)	2 ggr per år, v 10, v 36.	Socialstyrelsens indikationer för blåsdysfunktion. Skickas in till MAS och MAR.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gg/år	Apoteket
Hygienrond	1 gg/år	I samarbete med vårdhygien
Basala hygienrutiner	Var 3:dje månad	Observation samt självskattningar, samlas in och analyseras
Loggkontroller Vodok	En gång per månad	Utförs av Tf enhetschef HSL
Delegeringar	En gång per månad	Egenkontroll ssk
MTP	Var 6:e mån	Leg pers enligt rutin.
Infektionsregistrering	1 gg per månad	Egenkontroll ssk, resultat skickas till MAS enligt överenskommelse var tredje månad.
Nattfastemätning	2 ggr per år, görs under 3 dygn.	Resultat skickas in till MAS
Avvikelser Synpunkter och klagomål	1 gg per månad.	Resultat sammanställs av Tf Enhetschef HSL, rapporteras till Vc samt på kvalitetsråd.
Uppföljning av hälso och sjukvårdens kvalitet Qusta	1 gång per år	Qusta(quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar) Verksamhetsbesök, MAS/MAR
Riskbedömningar screening fall,trycksår, undernäring, inkontinens, munhälsa, ADL.	1 gång per månad	Egenkontroller ssk

Patientsäkerhetsberättelse	1 gg per år	Skickas in till MAS/MAR
----------------------------	-------------	----------------------------

PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten *SOS* 2011:93.2

Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att arbeta riskförebyggande för att upptäcka, förebygga samt undvika skador och arbeta systematiskt med att utveckla och kvalitetssäkra vården. En viktig del av det strategiska arbetet är att arbeta för en intern samverkan mellan olika personalkategorier för att säkerställa en sammanhållen och god vård och omsorg för den enskilde genom ett tvärprofessionellt arbetssätt.

Kvalitetsuppföljning i Qusta

Qusta har genomförts på verksamheten under året. Qusta används som ett internt revisionsinstrument för att bedöma om verksamheten har förutsättningar att erbjuda en god och säker vård som håller god kvalitet. Uppföljningen ska stimulera till ständiga förbättringar och vidareutvecklingar inom hälso- och sjukvårdens område.

Läkemedel

Extern granskning av läkemedelshanteringen har gjorts av Erstas MAS, Apoteket och från Östermalms stadsdels MAS. Förbättringsförslagen har sammanställts och arbete med revidering av rutiner och struktur har utförts. Läkemedelsordinationer sker i Pascal. Läkemedelsgenomgångar sker en gång per år.

Riskbedömningar

Boendes psykiska, fysiska och medicinska behov kartläggs och följs upp via bedömningsinstrument och vårdplaner. Riskbedömningar av arbetsmiljön görs även i boendes lägenheter.

Apoteksgranskning

Apoteket har granskat läkemedelshanteringen under hösten. MAS har även granskat förråden samt läkemedelshanteringen vid två tillfällen. Förslag till förbättringar har åtgärdats.

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning via staden och att Linnegården följer gemensamt avtal.

Verksamhetsuppföljning

Verksamheten har under året följts upp av MAS/ MAR samt av staden. Resultatet av uppföljningen resulterade i en rapport och utifrån den har verksamheten tagit fram en handlingsplan som sedan följs upp. Vid besöken ses även verksamhetens lokaler över. Personalens bemötande granskas visuellt. Personal intervjuas kring arbetsätt och rutiner.

Vårdrelaterade infektioner

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS. Tydliga rutiner och påminnelse om rutin kring Calici har genomförts och verksamheten har inte haft utbrott av Calici under året.

Svenska palliativa registret

Alla dödsfall på verksamheten registreras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i palliativa registret.

BPSD

Alla personer med en demensdiagnos registreras i registret av BPSD-administratör i registret

Dokumentation

All legitimerad personal dokumenterar i journalsystemet vodok. Dokumentationsgranskning sker en gång i halvåret internt tillsammans med MAS. Logg kontroller sker varje månad, skickas till MAS en gång per år.

Kunskap och kompetens

All vårdpersonal genomför E-utbildning i basala hygienrutiner, demens ABC, arbetsmiljö, hot och våld, lyfteknik, förflyttningsutbildning, lyftkörkort. Vid delegering görs webbutbildningen arbeta säkert med läkemedel. En förbättrad checklista för introduktion har införts och en gemensam introduktionsdag för sommarvikarier har genomförts med gott resultat.

Avvikelsehantering

Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, läkemedel, fall mm utgående från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser sammanställs av tillförordnad enhetschef HSL

och diskuteras samt analyseras på kvalitetsråd varje månad. Avvikelser dokumenteras i journal samt avvikelssystem. Skadeförekomsten vid fall följs upp av sjukgymnast samt sjuksköterska. Statistik redovisas varje månad för alla medarbetare på APT. Vid allvarlig avvikelse kontaktas Vc samt MAS omedelbart. Verksamhetschef rapporterar antal inkomna avvikelser varje månad.

Riskanalyser

Riskanalyser görs där risker i verksamheten identifierats.

Hygien/ hygienrund

Självskattningar och observationsmätningar av följsamhet till basala hygienrutiner sker var tredje månad. En hygienrund utförts varje år på Linnegården. De sammanfattande rekommendationerna har setts över. En åtgärdsplan har upprättats över de rekommendationer som inte åtgärdats direkt.

Strategiska möten och arbetsgrupper internt och externt

Teammöten sker tre gånger per vecka. HSL möten en gång per månad. Kvalitetsforum en gång per månad. Möten BPSD sker löpande. Läkarrond en gång per vecka. Samverkan med ansvarig läkarorganisation sker en gång per år. Enhetens kvalitetsforum bestående av representanter från de olika yrkeskategorierna träffas en gång per månad med fokus på interna och externa avvikelser, synpunkter och klagomål. Ledningsgruppen träffas en gång per vecka.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalys görs inför förändringar i verksamheten eller efter införande av nya metoder, processer samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. En riskanalys kan göras på individ eller verksamhetsnivå.

Riskanalyser görs i verksamheten vid inflytt i boendes lägenhet, vid hot och våldssituationer, fall, undernäring, nutrition etc. Vid införande av nya tekniska produkter, inför längre semesterperioder, inför värmeböljer eller dylikt. Vid medarbetares upplevelse att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld. Resultatet kommuniceras ut i verksamheten och vid behov till MAS/MAR.

Utredning av händelser - vårdskador

Under året har inga avvikelser anmälts till IVO enligt Lex Maria. En händelse enligt Lex Sarah har anmälts.

Informationssäkerhet

HSL-FS 2016:40, kap. 1§

Informationsöverföring sker både internt och externt, muntligt och skriftligt och är en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet. Det är viktigt att informationen skyddas från att spridas oavsiktligt samt avsiktligt till fel mottagare. Vid anställning skriver varje medarbetare på vad som ingår i tystnadsplikten. Studenter informeras även om tystnadsplikt. Vid inflytt tillfrågas även boende samt anhöriga om de för synas på foto, vara med på Linnegårdens facebookside etc. En avvikelse har inkommit under året. En student tog bilder på boende och la ut på sociala medier. Omedelbar åtgärd. Kontakt med elev samt skola togs direkt.

Sjuksköterskor har läsbehörighet i journalsystemet Take care. Vid inflytt tillfrågas brukaren om samtycke till att uppgifter hämtas i Take care. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring sker två gånger per år. För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller i journalsystemet Vodok. Eventuella avvikelser rapporteras och följs upp. Inga avvikelser har uppkommit under året. Under året har en ny skrivare installerats som skyddar från att dokument skrivs ut på fel skrivare.

Resultat och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Egenkontroller

QUSTA

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen avseende hälso- och sjukvården användes kvalitetsinstrumentet QUSTA: Resultatet visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Linnegårdens resultat vid uppföljningen 2019 visade på 97 % vilket är en förbättring sedan föregående år (2018 = 91%).

Dokumentation

Egenkontroller har utförts enligt årshjulet. Den senaste dokumentationsgranskningen visade på en ökad kvalitet på dokumentationen främst vad gäller hälsoplaner samt kopplingar till ordinationer och åtgärder. Verksamheten arbetar vidare med förbättringsområden som framkommer vid egenkontrollerna.

Delegeringar: Samtliga delegeringar är aktuella. Bevakningslistan i vodok som skickar ut påminnelse när en delegering behöver förnyas har säkerställt att alla ingen delegering missas. Delegeringsrutinen uppdateras årligen och har kompletterats med en checklista för ssk. Egenkontroll har skett varje månad och följts upp och analyserats av HSL ansvarig.

Hygien Självskattningarna, observationerna visar att enheten följer rutiner för basal hygien med undantag för några få avvikelser, glömt avlägsna ring, haft nagellack inte spritat händer innan handskanvändning. Direkt återkoppling sker vid observationerna. Lokala rutinerna har uppdaterats.

Hygienrond

De sammanfattande rekommendationerna från hygienronden har setts över. En åtgärdsplan har upprättats över de rekommendationer som inte åtgärdats direkt.

Medicintekniska produkter

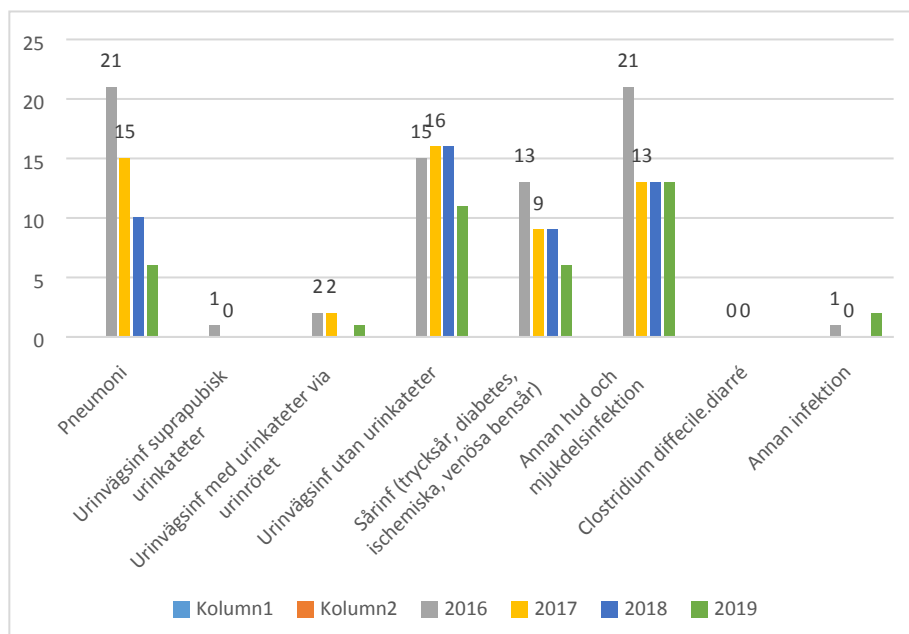
Utbildningar i förflyttningsteknik och lyftkörkort har genomförts för all personal under året för att säkerställa att omvårdnadspersonalen har rätt kompetens. Egenkontrollerna har fyllts i gällande kontroll av hjälpmedel.

Teamarbete: Under året har fokus på utvecklingen av de tvärprofessionella teamen lett till ökad delaktighet, effektivare möten och ökad kvalitet. Man har hittat en struktur på teamen som även inbegriper genomförandeplaner och riskbedömningar i boendes lägenheter. Tydligare ansvarsfördelning har även gjort att dokumentationen efter teamen har förbättrats.

Senior alert: Registrering i senior alert är ett område där registreringar sker men det behöver göras mer kontinuerligt på alla plan i huset. *Åtgärd:* Checklista för egenkontroll har införts som kontrolleras månadsvis

Infektionsregistrering:

Registrering sker varje månad. Om man jämför resultaten syns en succesiv minskning i pneumoni de senaste fyra åren. Vi kan även se en minskning av antal sårinfektioner samt urinvägsinfektioner hos boende utan urinkater.



Tabellen ovan är en jämförelse mellan infektionsregistrering år 2016, 2017, 2018 och 2019.

Till vårdrelaterade infektioner tillhör VRE, MRSA, ESBL och Hepatit. Antal boende med vårdrelaterade infektioner har minskat från 2 st 2018 till 1 st 2019. *Åtgärd:* Verksamheten arbetar vidare med registrering samt egenkontroller

PPM avseende blåsfunktion Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende socialstyrelsens indikationer för blåsfunktion som visar att 94 % av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att alla 94 % har fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel. Ett förbättringsområde som framkommer är att ordinaera hjälp med toalettassistans, att det inte bara står beskrivet i genomförandeplanen utan även som åtgärd i vodok.

PPM gällande skyddsåtgärder

Inhämtad statistik visar att 76 % av brukarna på Linnegården har beslut om skyddsåtgärd. 100 % av dessa har dokumenterade samtycken för skyddsåtgärd. 79% har en hälsoplan som omfattar skyddsåtgärden. 50 % av skyddsåtgärderna gäller beslut om grind. Andel äldre som har en stående ordination sömnmiddel är 45%.

Trycksår: Inga trycksår finns på verksamheten, enheten arbetar förebyggande i team.

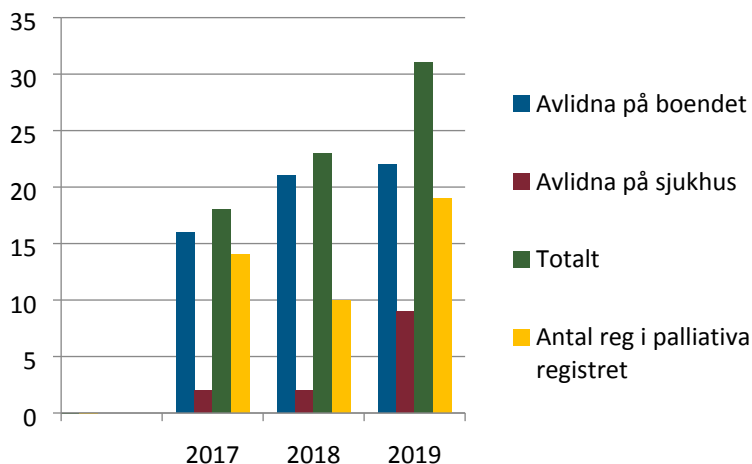
Vård i livets slutskede:

Palliativa registret: Andelen registreringar i palliativa registret har uppgått till 19 st av 23 vilket är bättre resultat än tidigare år.

Åtgärd: Fortsatta egenkontroller enligt checklista för registret.

På verksamheten finns flera palliativa ombud som arbetar med att utveckla rutiner för att förbättra och säkra vården i livets slut.

Avlidna



Statistiken grundas på antal vårdtagare som avlidit.

Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede. Statistiken visar på att merparten av vårdtagarna bor kvar och avlider i sitt hem. Det beror både på att vårdtagarna vill gå bort i hemmet men även att allt sjukare personer flyttar in på äldreboende. Allt sjukare personer flyttar in avlider med kortare vårdtider vilket förklarar att antalet totalt avlida per år har ökat de senaste åren.

Apoteksgranskning:

Kvalitetsgranskning görs två gånger per år. Den senaste granskningen innefattade en genomgång av enhetens rutiner för läkemedelshantering, granskning av kvalitetsdokument samt genomgång av läkemedelsförvaring på expedition samt i lägenheter. Resultatet visade att *”Alla rutiner för läkemedelshantering är tydligt beskrivna i enhetens dokument som finns att tillgå elektroniskt. Det var bra ordning i läkemedelsförrådet, rutiner för narkotikahantering fungerar bra och enheten har patientsäkra rutiner”*. Verksamheten arbetar vidare med följsamhet till de rutiner och riktlinjer som finns för en säker läkemedelshantering.

Läkemedel:

Läkemedelsgenomgångarna under 2019 hamnade efter pga många byten av läkare under första delen av året men extra många läkemedelsgenomgångar gjordes i slutet av året för att hamna i kapp. Egenkontroller visar att verksamheten blir bättre på att signera läkemedel, vissa plan har mer antal missade signeringar än andra och här behöver vi fortsätta arbeta för att förbättra oss och sätta in punktinsatser.

Riskbedömningar: Egenkontroller gällande riskbedömningar sker en gång per månad och visar att det finns fungerande rutiner för uppföljning. Över 94% av alla riskbedömningar är aktuella. Analysen visar att munhälsobedömningarna är de som ligger lägst. Analysen visade att några få boende har fått vänta längre än två veckor på att riskbedömningar har gjorts efter inflytt. *Åtgärd:* Fortsatta egenkontroller enligt checklista. Kontrollera checklista vid inflytt.

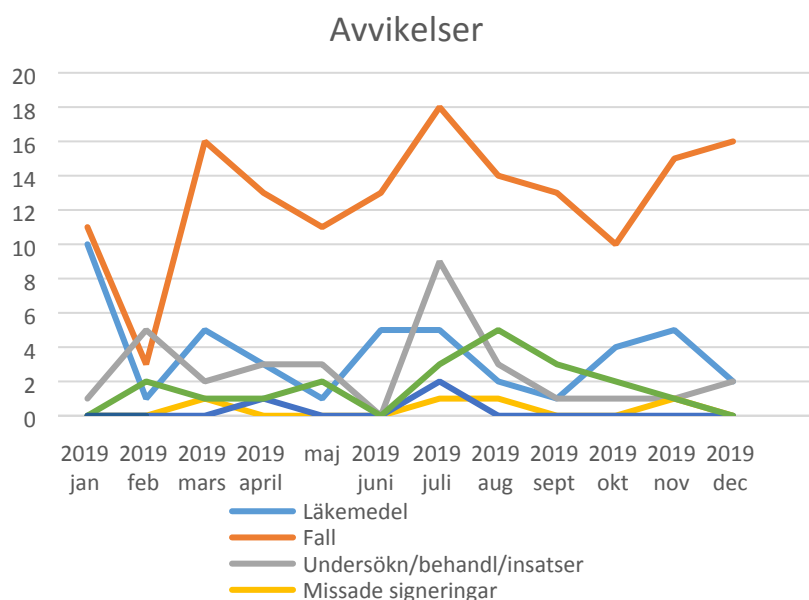
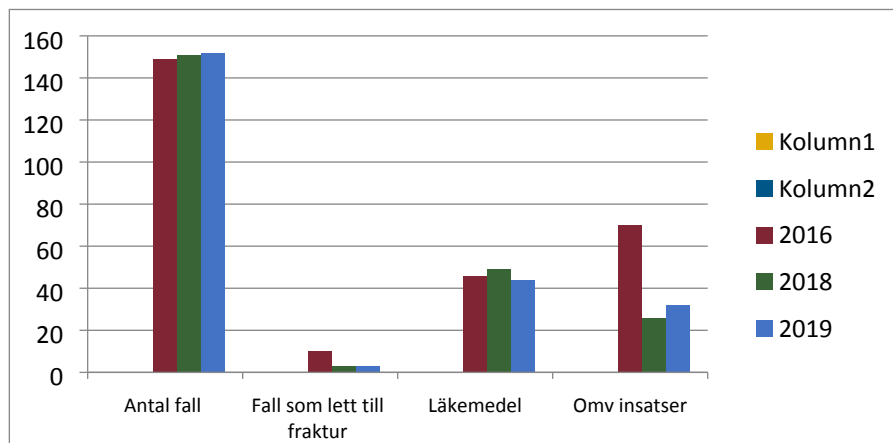
Sammanställning Linnegårdens riskbedömningar 2019.

2019	Downton	MNA	Norton	Nikola	Roag	ADL
Totalt: 82	80	75	78	82	76	82
Totalt: %	98%	95%	94%	100%	93%	100%

Avvikelser

Under 2019 har totalt 153 fall rapporterats, 31 av dessa har resulterat i mindre sårskada/obetydligskada. 3 av fallen resulterade i fraktur. Fallen ligger i relativt jämn nivå i jämförelse med tidigare år, trots ökat antal aktiviteter och ökad individuell träning. Vi tror det kan bero på att de som kommer till äldreboendet är sjukare och att fler faktiska fall rapporteras. Trots en liten ökning av fallen kan vi i alla fall se att frakturerna minskat de senaste två åren.

Inrapporterade läkemedelsavvikelserna ligger på en jämt nivå senaste åren. Omvårdnadsavvikelserna har minskat. Det kan bero på att vi fokuserat mycket vid fall och läkemedelsavvikelser men att vi kan behöva lyfta andra typer av avvikelser. *Åtgärd:* Verksamheten kommer att arbeta vidare med att uppmuntra och uppmana alla medarbetare att skriva alla typer av avvikelser. Det pågår även ett utvecklingsarbete av Erstas avvikelssystem med mål att det ska bli lättare att rapportera, att utreda och att analysera avvikelser för alla medarbetare.



Vad vi kan se i grafen är att antal avvikelser både gällande fall och undersökning/ behandling/insatser har nått en peak under sommarperioden.

Åtgärd: Under våren planeras introduktionsdagar för nyanställd personal för att säkra upp att rätt kompetens finns vid sommarledighet.

Klagomål och synpunkter

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

Under året har ett tjugotal synpunkter och klagomål inkommit till verksamheten muntligt, via telefon, via mail samt i vår klagomålsbrevlåda.

Klagomålen har i huvudsak berört uteblivna insatser, kvalitet på insatser och medicinhantering. Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender.

Ett flertal av de klagomål som inkommit har varit från samma anhöriga vilket har krävt tid, engagemang i form av uppföljningar, samtal, möten och gemensamma och tydliga direktiv i hela personalgruppen.

Händelser och vårdskador

Ingen utredning av händelser har bedömts som risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada under 2019.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Under 2019 utfördes riskanalyser inom följande områden:

- Riskbedömningar/analys samt handlingsplaner av arbetsmiljö i boendes lägenhet görs i samband med inflytt. Uppföljning sker månadsvis. Vid risk för hot och våld, smitta eller dylikt görs en handlingsplan som ska vara känd för varje medarbetare.
- Riskanalys och handlingsplan sjuksköterskebemanningen under sommaren.
- Riskanalys för risker under jul och nyår bemanning.
- Förflyttning av ssk expeditionen
- Riskbedömning och handlingsplan vid obehöriga i verksamheten feb 2019

Övergripande mål och strategier för kommande år

Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet:

- Alla boende ska ha en aktuell riskbedömning - Downton, Roag, Norton, MNA, Nikola, ADL – över 95%

-
- Alla boende med demensdiagnos ska registreras i BPSD registret.
 - Team tre gånger per vecka. Öka patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete med tydlig ansvarsfördelning samt dokumentation efter teamet.
 - Utveckla palliativa vården ytterligare hos omvårdnadspersonalen och sjuksköterskegruppen. Ombuden medverkar på nätverksträffar och för information vidare.
 - Säkerställa att vi arbetar enhetligt i gruppen på samma sätt på varje plan. Säkerställ att alla nödvändiga rutiner finns och är uppdaterade.
 - Vid akut inskick till sjukhus, alla boende ska ha färdigt kit vid sin läkemedelslista i rummet.
 - Fördjupning av arbetet med hälsoplaner, samt kopplade ordinationer och åtgärder. Synliggöra boendes delaktighet i vården i dokumentationen.
 - Aktivt arbete med smärtskattningar med validerade smärtskattningsskalor.

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, delegeringar, inkontinens, riskbedömningar, missade signeringar, skyddsåtgärder enligt checklista. Kontroller sker månadsvis av tillförordnad enhetschef HSL som i sin tur rapporterar vidare till verksamhetschef.
- Verksamheten fortsätter att räkna missade signeringar, analysera resultaten för att uppmärksamma bruiser och utveckla säkrare och tryggare rutiner varje månad.
- Avvikelser rapporteras och sammansälls varje månad. Uppföljning sker på kvalitetsforum.

Kompetensutveckling

-
- Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom att arbeta vidare med palliativa ombud, nätverksatréffar samt spridning den av den kunskap som finns.
 - Utbildningsinsatser i inkontinens för samtlig personal under våren. Säkerställa att alla brukare har rätt inkontineshjälpmedel vägning/mätning samt beställning och utvärdering.
 - Utbildning i demens samt anhörigstöd för samtlig personal.
 - Små utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen i smärta, fall, olika psykiatriska sjukdomar, infektioner, palliativ vård, sårvård etc
 - Utbildning i ROAG för samtliga ssk.
 - Utbildning i undersköterskan initiala bedömning

Intern samverkan

- HSL möten en gång per månad
- Kvalitetsforum en gång per månad
- Teammöten 3 ggr i veckan
- Reflexionsmöten
- Rond med läkare en gång per vecka
- Ledningsgruppsmöten en gång per vecka
- Planmöten
- BPSD möten

Extern samverkan

- Uppföljningar med läkarorganisationen Legevisitten, MAS/MAR Stockholm stad, MAS Ersta, Ersta högskola, anhöriga, apoteket, vårdhygien, etc.

