



# Patientsäkerhetsberättelse

## Hässelgårdens vård- och omsorgsboende

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet:

**Firouzeh Kamali 2019-02-28**

---

---

# Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
<i>Intern samverkan</i> .....	7
<i>Läkarorganisation</i> .....	7
<i>Sjukhus</i> .....	7
<i>Vårdhygien</i> .....	7
<i>Apoteket</i> .....	7
<i>Uppdragsgivare</i> .....	7
<i>Intertek</i> .....	
Patienters och närståendes delaktighet .....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	8
Klagomål och synpunkter .....	9
Egenkontroll .....	10
<i>Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljning</i> .....	11
<i>Intern revision</i> .....	12
<i>Egenkontroller på uppdrag av uppdragsgivare</i> .....	12
<i>Övriga egenkontroller</i> .....	
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>13</b>
Riskanalys .....	14
Utredning av händelser - vårdskador .....	15
Informationssäkerhet.....	15
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>16</b>
Egenkontroll .....	16
Avvikelser .....	17
Klagomål och synpunkter .....	18
Händelser och vårdskador .....	19
Riskanalys .....	20
<b>Mål och strategier för kommande år.....</b>	<b>22</b>

---

## Sammanfattning

Norlandia Care KOSMO AB driver Hässelgården vård- och omsorgsboende sedan 1 mars 2012 genom ett entreprenadavtal med Hässelby- Vällingby Stadsdelsförvaltning.

Hässelgården Vård- och omsorgsboendet är en demensboende med 36 platser fördelat i fyra våningar. På varje våning bor nio boende med heldygnsomsorg.

Vi har under året arbetat mycket med TQM. TQM är Norlandias ledningssystem där skall finnas alla gemensamma rutiner samt lokala rutiner för Hässelgården. Alla HSL rutiner uppdaterades och lades i våra gemensamma ledningssystemet, TQM, under 2017 men ska uppdateras under år 2019.

Egenkontroller har utförts med hjälp av Norlandia interna MAS. Arbetet med Norlandias årshjul med regelbundna aktiviteter för att stärka patientsäkerheten har även fortsatt. Även implementeringen av egenkontroller har fortsatt och utvecklats. Samtliga befintliga rutiner genomgick årlig revidering löpande under året och kompletterades med fler rutiner för att stärka patientsäkerheten.

Riskerna för vårdskador identifieras genom att personal skriver avvikelser. Detta tas sedan upp på HSL möte samt ledningsgruppsmöte och vidare till arbetsplatsmöte. När bedömning visar risker för fall, trycksår och/eller malnutrition behandlas och hanteras dessa risker vid boendegenomgång varannan vecka och på omvårdnadskonferenser på respektive avdelningar var 6 veckor där alla yrkeskategorier deltar. Identifieras en risk ska den alltid leda till en vårdplan som ska vara känd och tillgänglig för omsorgspersonalen.

Alla avvikelser kommer till verksamhetschef och informationen lämnas till all personal via APT, HSL möte, ledningsgruppsmöte och teamledarmöte.

Klagomål från närstående hanteras direkt av verksamhetschefen och enhetschefen. Beroende på vad klagomålet berör tas det vidare till ledningsgrupp, APT, individuellt samtal etc. Vid behov kopplas MAS in för eventuella Lex Sarah och Lex Maria.

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med händelser betydligt, hade en väl fungerande läkemedelshantering och bedömdes övergripande som ett fint äldreboende med god ordning och reda, bra boendefokus och kvalitets- och miljöengagemang.

Resultatet på alla åtgärden är mindre trycksår och undernärld och klagomål från anhöriga. Enligt senaste Socialstyrelsens brukarundersökning är boendena mycket nöjda med att få träffa sjuksköterska och övriga personalen vid behov (tillgänglighet) samt att dem känner sig trygga här på Hässelgården.

Resultatet av registrerade händelser under 2018 visade att något fler händelser registrerats jämfört med 2017. Totalt 108 avvikelser under året var av 6st händelser bedömts vara av hög allvarlighetsgrad.

---

Externa och interna kontroller visade att verksamheten hade utvecklat sitt arbete med bl.a. dokumentationen (både HSL och SoL), och aktuella genomförandeplaner och kvalitetsregistrering. Förbättringsområden sågs framförallt i utförda riskbedömningar, dokumentation av skyddsåtgärder, BPSD-arbetet samt egenkontroller gällande basal hygien. Verksamheten uppnådde delvis tre av de fyra uppsatta målen för 2018.

Samtliga av dessa har satts upp som mål för verksamheten under 2019.

---

## **Inledning**

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

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

Hässelgården vård- och omsorgsboende arbetar enligt Patientsäkerhetslagen. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Norlandias ledningssystem (TQM) och innefattar riktlinjer och rutiner samt händelsehantering och används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Norlandia strävar efter att ge varje boende Ett gott liv- varje dag. Vår värdegrund heter CARE (Competent, Ambitious, Respectful, Energetic) och genom-syrar hela vår organisation.

### **Organisation och ansvar**

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

Norlandias VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen ansvarar för att följa upp verksamhetens arbete månadsvis och att kommunicera krav och rutiner inom sin region. Regionvis ansvarar även en intern MAS / kvalitetsutvecklare för kvalitén inom verksamheten samt patientsäkerheten. MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att boendes behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Kvalitetschef tillsammans med alla regioners MAS / kvalitetsutvecklare ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning.

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för patientsäkerheten på Hässelgården vård- och omsorgsboende. Patientsäkerhetsarbetet diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp bestående av verksamhetschef, enhetschef, en sjuksköterska och en omvårdnadspersonal.

---

Enhetschef ansvarar över att samordna egenkontroller samt utveckling av patientsäkerhetsarbetet på verksamheten och sammanställer resultat och analys till verksamhetschef regelbundet och årligen till patientsäkerhetsberättelse.

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 kap. 4§). Som hälso- och sjukvårds-personal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 201:659 3 kap. 4§). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

Hässelgården vård- och omsorgsboende har en tjänstgörande sjuksköterska alla dagar mellan 80.00-21.00. Under natten finns nattpatrullen tillgängliga för verksamheten.

Boenden på Hässelgården vård- och omsorgsboende ska få sin omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Sjuksköterskan ansvarar för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Varje boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska och ansvaret fördelas mellan de tre anställda dagsjuksköterskorna. Sjuksköterskan handleder, utbildar och är arbetsledare för omsorgspersonalen i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Hässelgården vård- och omsorgsboende stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet är förutom den interna MAS:en och stadsdelens MAS bl.a. apoteket och vårdhygien.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

### **Intern samverkan**

På Hässelgården vård- och omsorgsboende samverkar sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal dagligen och genom boendegenomgång varannan vecka på respektive avdelning. Där diskuteras våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter. HSL-personalen träffas regelbundet på separat arbetsplatsträff för HSL-grupp med verksamhetschef och enhetschef där samverkan över det dagliga arbetet och rutiner sker.

### **Läkarorganisation**

På Hässelgården vård- och omsorgsboende ansvarar Legevisitten för läkarinsatserna. Läkare finns på plats i verksamheten en dag i veckan och ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon övriga dagar och jourläkare finns tillgänglig övriga tider.

---

## **Sjukhus**

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om den boende har pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsätta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information.

När en boende skickas till sjukhus tas alltid telefonkontakt med närstående. Vid Läkarbesök på sjukhus eller andra mottagningar följer med en medarbetare som känner boende och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter.

Vid utskrivning från sjukhus kontrollerar sjuksköterskan att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

## **Vårdhygien**

Hässelgården vård- och omsorgsbende har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Via vårdhygien har vi tillgång till utbildning, hygienronder och även experthjälp vid utbrott av eventuell smitta.

## **Apoteket**

Gällande läkemedelshanteringen har Hässelgården vård- och omsorgsboende ett samarbete med Apoteket.

## **Uppdragsgivare**

Hässelgården vård- och omsorgsboende drivs genom ett entreprenadavtal med Hässelby- Vällingby Stadsdelsförvaltning. Vi har ett kontinuerligt samarbete med stadsdelen. Årliga avtalsuppföljningar sker och under övriga tiden av året har vi regelbundna verksamhetsbesök och träffar där vi diskuterar arbetet inom verksamheten.

Årligen följs verksamheten upp av stadens MAS/MAR. Resultatet återkopplas till verksamhetschef som vidtar åtgärder utifrån analysen.

Norlandia anlitar Intertek för extern ISO-revision (ISO 14001:2004 och ISO 9001:2008) som i sin tur besöker slumpmässigt utvalda verksamheter årligen för att granska verksamhetens följsamhet med ledningssystem med tanke på kvalitet- och miljöarbete.

---

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Eftersom boendena på Hässelgården vård- och omsorgsboende har demensdiagnos och inte alltid kan medverka i sitt eget patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktig.

Vid första kontakten med den boenden och närstående vid inflytt lämnas informationsbroschyr med namn och telefonnummer till avdelning, sjuksköterska och verksamhetschef. I broschyren finns även en beskrivning av verksamheten. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd.

På Hässelgården vård- och omsorgsboende är samverkan med boende och närstående ett prioriterat område. Förutom genom aktivt deltagande i vårdplaneringar, genomförandeplaner och levnadsberättelser uppmuntras närstående till kontakt med såväl vårdpersonal som sjuksköterskor och verksamhetschef. Närstående bjuds in till anhörigrträffar två gånger om året där verksamhetschef presenterar det pågående arbetet i verksamheten samt besvarar eventuella frågor och synpunkter.

Samverkan med boende och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktman som tillsammans har det direkta informationsansvaret till boende och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon dagligen de dagar hen inte är på plats i huset. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan boende/närstående och läkare. De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen.

Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer, och omsorgspersonalen ska omedelbart anmäla till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att bedöma och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med verksamhetschef om hanterandet av avvikelser.

---



---

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i Norlandias ledningssystem.

På Hässelgården vård- och omsorgsboende ska händelser gällande hälso- och sjukvård registreras i Norlandias elektroniska avvikelssystem (TQM) av den som upptäcker händelsen samt i journalssystem (VODOK) av tjänstgörande sjuksköterska. I TQM skickas alla händelser gällande hälso- och sjukvården till verksamhetschef som utser sakansvariga för vidare åtgärder i händelsen och utredning av orsak bakom händelse tillsammans med HSL gruppen. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras även intern MAS. Intern MAS tar också del av avvikelser i VODOK för analys och förbättringsåtgärder eller vidare till IVO.

## **Klagomål och synpunkter**

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

### **Rapportering**

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid regionchef, VD och uppdragsgivare informeras omgående.

På Hässelgården vård- och omsorgsboende är närstående och boende alltid välkomna att lämna in synpunkter eller förbättringsförslag direkt till verksamhetschef eller indirekt via övrig personal. Information om hur synpunkter kan delges till verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning och vid anhörigträffar från verksamhetschef.

Synpunkter kan lämnas skriftligt genom blanketter som hänger vid dörren till avdelningar eller genom mail. Synpunkter kan även lämnas muntligt genom möten eller genom telefonsamtal.

Eventuella klagomål som kommer via Patientnämnden eller Inspektion för vård och omsorg (IVO) tas emot av verksamhetschef och utreds tillsammans med intern MAS.

### **Utredning och analys**

Samtliga synpunkter registreras in i TQM av verksamhetschef och hanteras med övriga händelser där orsaksanalys genomförs och sakansvariga utredare utses. Synpunkter som berör enskild boende behandlas under HSL möte och vidare på avdelningsmöte där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans utföra orsaksanalys och kartlägga vilka åtgärder som kan åtgärda klagomålet. Synpunkter eller

---

klagomål som berör större delar eller hela verksamheten tas upp på APT och diskuteras där.

### **Återkoppling**

Synpunkter på individnivå återkopplas till berörd person. Återkoppling på synpunkter av generell karaktär ges under anhörigmöten och mail till anhöriga. MAS informeras om synpunkter som rör HSL-frågor.

### **Sammanställning**

Månadsvis och årligen analyseras alla synpunkter och klagomål tillsammans med övriga registrerade händelser i TQM.

### **Egenkontroll**

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

### **Sammanställning av Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljning:**

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar över de egenkontroller som verksamheten skall utföra regelbundet för att styrka upp patientsäkerhetsarbetet. Utöver detta har verksamheten även upprättat några lokala egenkontroller. Egenkontroller följs upp med hjälp av ”Nyckeltal”, se lista nedan.

På Hässelgården vård- och omsorgsboende registrerar HSL gruppen och enhetschefen nyckeltal som sedan verksamhetschef tar del av och vidarebefordrar månadsvis till intern MAS. nyckeltalen redovisas även under arbetsplatsträffar för att diskuteras med hela arbetsgruppen och vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra resultatet.

### **Avvikelse och händelser**

- antal fallhändelser registreras i månadsuppföljning av tjänstgörande sjuksköterska.
- antal läkemedelsrelaterade händelser registreras månadsvis i månadsuppföljning verksamhetschef.
- Månadsvis jämförs även så att händelser registrerade i de båda systemen (TQM och VODOK) stämmer överens med varandra av sjuksköterskor.
- genomförd sammanställning och analys för att identifiera bakomliggande orsaker registreras av verksamhetschef.
- alla avvikelser går genom av verksamhetschefen på HLS möte.

---

### **Basal hygien**

- antal genomförda webbutbildningar registreras månadsvis av verksamhetschef (planeras in årligen)
- antal självskattning registreras av ansvarig sjuksköterska 3 gånger om året, sammanställning och analys rapporteras till verksamhetschefen därtill diskuteras i HSL möte och vidare på APT.

### **Begränsning/Skyddsåtgärder**

- antal tvång- och begränsningsåtgärder (larm, grindar m.m.) utan samtycke respektive dokumenterade samtycken för skyddsåtgärder registreras av sjuksköterskor månadsvis
- antal genomförda webbutbildningar i Noll Vision registreras månadsvis av verksamhetschef (planeras in årligen)

### **Brandskyddsarbete**

- antal genomförda säkerhetskontroller gällande brandsäkerheten registreras månadsvis av brandansvarig.
- antal genomförda brandronder registreras årligen.

### **Delegeringar**

- antal aktuella läkemedelsdelegeringar, insulindelegeringar, övriga delegeringar samt indragna delegeringar registreras av sjuksköterskor månadsvis

### **Dokumentation**

- antal granskade SoL-journalerna registreras månadsvis av enhetschefen.
- antalet aktuella genomförandeplaner registreras månadsvis av enhetschefen.
- löpande dokumentation i SoL-journal kontrolleras veckovis av enhetschefen.
- antal granskade HSL-journalerna registreras månadsvis av sjuksköterskor och en gång om året av MAS.
- Loggkontroller utförs månadsvis av verksamhetschef.

### **Infektioner och Antibiotika**

- antalet antibiotikabehandlade infektioner registreras månadsvis av sjuksköterskor
- HALT-mätning i Senior Alert angående vårdrelaterades infektioner och antibiotikaförbrukning genomförs årligen av teamledande sjuksköterska.

### **Kvalitetsregister**

---

- 
- antal registreringar i Senior Alert och Palliativa registret registreras månadsvis av sjuksköterskor
  - antal registreringar i BPSD månadsvis av en ombud i sjuksköterskegruppen.

### **Livsmedelshygien**

- Temperaturkontroller på livsmedel vid leverans och vid servering utförs av tjänstgörande personal och följs upp av kostombud/teamledare.
- Temperaturkontroller på kyl, frys, diskmaskin genomförs regelbundet och följs upp av kostombud/teamledare.
- Rengöring av kyl, frys, förråd genomförs regelbundet och följs upp av kostombud/teamledare och ombud i sjuksköterskegruppen.
- Rengöring av diskmaskin, fläkt, spis, ventiler, kranmunstycke genomförs regelbundet och följs upp av kostombud/teamledare.
- Skadedjursbesiktning sker 2ggr/månad av kostombud/teamledare.
- Food-stamp odling planeras in årligen av kostombud/teamledare.
- Följsamheten av nedkylning av livsmedel följs upp månadsvis av kostombud/teamledare.
- Utbildning av livsmedelshygien planeras in för samtlig personal årligen av verksamhetschef.

### **Läkemedelshantering**

- utförda narkotikakontroller registreras månadsvis av sjuksköterskor
- antalet läkemedelsgenomgångar registreras månadsvis av sjuksköterskor
- Antal utförda granskningar från Apoteket registreras av verksamhetschef årligen

### **Medicintekniska Produkter (MTP)**

- MTP sammanställas, kalibreras och besiktigas årligen fördelat över olika månader och rapporteras i nyckeltal i månadsuppföljning av sjuksköterskor och rehab.

### **Nattfasta**

- antal registreringar av boendes nattfasta registreras av sjuksköterskor tre gånger per år.

### **Trycksår**

- antalet trycksår och övriga sår registreras månadsvis av sjuksköterskor
- PPM mätning i Senior Alert gällande trycksår genomförs årligen av teamledande sjuksköterska

### **Trygghetslarm**

---

- 
- Larmdator kontrolleras dagligen för att säkerställa att den registrerar alla larm.
  - Statistik över svarstiden på larm analyseras ska 4 gånger per år av enhetschefen.
  - Kontroll av funktionen på boendes larm ska genomföras månadsvis kontaktpersonen.

### **Intern revision**

Årligen genomgår verksamheten intern ISO-revision (ISO 14001:2004 och ISO 9001:2008) utav MAS / kvalitetsutvecklare för att säkerställa verksamhetens följsamhet med ledningssystem med tanke på kvalitet- och miljöarbete.

### **Socialstyrelsen**

Årligen besvaras enkät från socialstyrelsen angående kvalitet- och säkerhet på verksamheten. I år berördes patientsäkerheten i denna enkät genom egenkontroll av: Antal genomförandeplaner där det framgår varför boende har skyddsåtgärd.

### **Uppdragsgivare**

Hässelgården vård- och omsorgsboende drivs genom ett entreprenadavtal med Hässelby- Vällingby Stadsdelsförvaltning. Vi har ett kontinuerligt samarbete med stadsdelen. Årliga avtalsuppföljningar och verksamhetsuppföljning sker och under övriga tiden av året har vi regelbundna verksamhetsbesök och träffar där vi diskuterar arbetet inom verksamheten. Resultatet återkopplas till verksamhetschef som vidtar åtgärder utifrån analysen.

### **Övrigt**

Två gånger per år genomför Norlandias kvalitetsavdelning egenkontroll på samtliga verksamheter genom en självskattningsenkät. Detta år handlade enkäten om dokumentation. Resultatet redovisas centralt och utgör fokusområden för kvalitetsavdelningen framöver.

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

---

## **Risicanalys**

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

### **Kris och Extraordinära händelser**

Norlandia har en central framtagen kris- och beredskapsplan, likaså har Hässelgården vård- och omsorgsboende upprättat en riskanalys och en handlingsplan för extraordinära händelser. Dessa är framtagna för att ledning och samtliga anställda ska vara beredd på nödsituationer, arbeta för att förebygga dessa i den mån det går och veta hur de skall agera om kris inträffar. Oavsett vilken kris som inträffar ska samtliga boenden omhändertas på bästa sätt.

### **Riskbedömningar enskild boende**

På Hässelgården vård- och omsorgsboende utförs riskanalyser kring varje boende för att upptäcka risker som kan leda till att dennes skadas. Riskanalyserna leder till konkreta åtgärder som eliminerar eller minimerar identifierade risker.

I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Tjänstgörande sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella risker för den boende gällande ex. självskadebeteende, risk att boende avviker från verksamheten m.m. Bedömningar dokumenteras i journalsystem VODOK med hälsoplaner om risker upptäcks.

Vidare utför omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömning för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall inom fjorton dagar efter inflyttning. Inkontinensutredning påbörjas även inom fjorton dagar efter inflyttning.

Dessa riskbedömningar upprepas och följs upp regelbundet och vid behov under den boendes vistelsetid på Hässelgården vård- och omsorgsboende.

### **Utredning av händelser - vårdskador**

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

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser som vårdskador ska följas upp.

Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem (VODOK). När bedömning visar risker behandlas och hanteras dessa risker vid HSL möt. Identifieras en risk ska den alltid leda till en hälsoplan med mål som ska vara kända och tillgängliga för omsorgspersonalen. Utvärdering och uppföljning sker regelbundet och vid behov.

Avvikelser/Händelser av individuell karaktär behandlas även de under omvårdnadskonferenserna där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans

---

kart-lägga vilka åtgärder som kan eliminera eller minska risk att händelse sker igen. Planerade och utförda åtgärder skall dokumenteras i VODOK och TQM. Den interna MAS:en går regelbundet igenom registrerade avvikelser. Gemensamma händelser för verksamheten behandlas i berörd kvalitetsgrupp med åtgärder, uppföljning och återkoppling.

Vid allvarigare händelser utreds denna i enlighet med Lex Maria eller Lex Sarah. Norlandias MAS/kvalitetsutvecklare för regionen granskar händelsen och beslutar om händelsen är så pass allvarlig att utredningen skall skickas till Inspektion för vård och omsorg, IVO.

Statistik över samtliga händelser presenteras av verksamhetschef vid arbetsplatsträffar var även allvarliga eller återkommande händelser från verksamheten diskuteras. Även centrala och regionala händelser av allvarlig art informeras under arbetsplatsträffar för att ta lärdom och förhindra att händelse av liknande art händer i verksamheten.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Under 2018 har informationssäkerheten säkrats upp ytterligare i och med införandet av GDPR.

På Hässelgårdens vård- och omsorgsboende sker all informationsöverföring gällande personuppgifter med försiktighet. Sedan tidigare lämnas aldrig personuppgifter ut i mail eller telefonmeddelanden utan tas enbart vid muntlig överrapportering externt. Internt lämnas inga fullständiga personuppgifter synliga för obehöriga att ta del av utan all information förvaras i låst dokumentationsrum.

På Hässelgårdens vård- och omsorgsboende har sjuksköterskorna överlappande tid för muntlig rapport, övrig personal har läsrapport men tjänstgörande sjuksköterska förmedlar dock även information av vikt muntligen till övriga professioner eller i PPP pärmen med lägenhetsrummet. Planeringsblad (PPP) används på avdelningarna för att säkerställa rapport, på denna står dock inga personuppgifter. Informationsöverföring och planering gällande de boende sker även veckovis mellan professionerna i sittande omvårdnadskonferenser (f.d. boendegenomgång).

För att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk så sker en systematisk loggkontroll månadsvis i HSL-journalen. Egenkontroller gällande innehållet i både HSL- och SoL journal utförs även, se ovan under egenkontroller.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

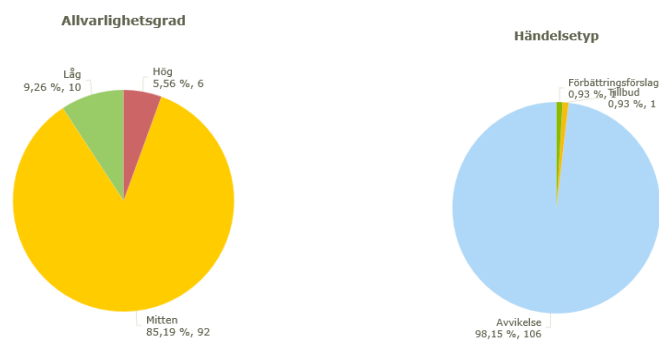
### **Händelser- vårdskador**

---

I Hässelgården vård- och omsorgboende sammanställs och analyseras alla registrerade händelser i TQM månadsvis och årligen. Dessa händelser innefattar avvikelser, tillbud, förbättringsförslag, synpunkter och klagomål. Handlingsplaner utefter interna och externa kontroller registreras även de som en eller flera händelser med separata åtgärder.

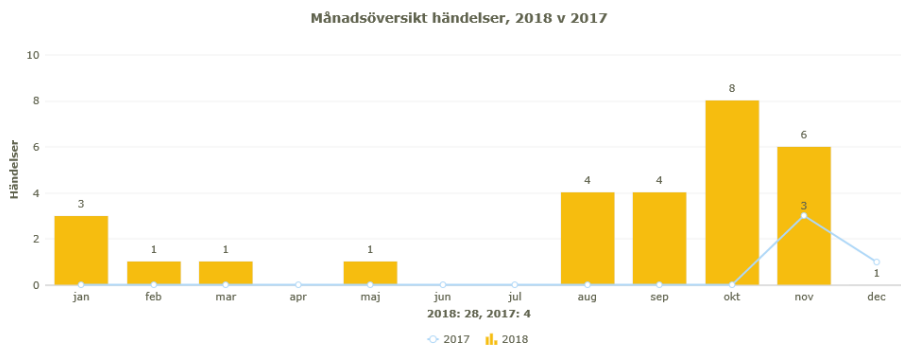
Genom att analysera alla händelser samlat i TQM månadsvis och årligen kan mönster och trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet upptäckas som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall. Trender och mönster används sedan för utveckling i verksamheten där processer och rutiner säkras upp.

## Avvikelse



Under 2018 har totalt 108 händelser (avvikelse, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i TQM under samtliga processer. Detta är en betydlig ökning från 2017 (57st) som framförallt förklaras till att händelsehanteringssystemet användning har utökats då fler egenkontroller och externa kontroller registreras som händelser.

Utav dessa har 6st bedömts vara av hög allvarlighetsgrad. 1st var boende varit utåtagerande mot medboende, 2st var boende varit utåtagerande mot personal samt 2st där internet fungerade inte och personalen var inte tillgång till journalerna. 1st för nattpatrullen då sjuksköterska från nattpatrullen inte kom för bedömning av inskickad till sjukhus. Inga Lex Sarah och Lex Maria under 2018.



## Fall



---

Enligt statistik över registrerade händelser i TQM har antalet fallavvikelser under 2018 (28st). Detta kan inte jämföras med 2017 då registreringar inte stämmer. Många av fall en samma person som glömmer sin rullator när hon skulle gå själv. Ingen av fallolyckorna har lett till fraktur.

Alla boenden med fallrisk har pågående individuella hälsoplaner med tillhörande åtgärder från alla professioner för att förebygga återkommande fall.

### **Hantera läkemedel säkert**

Statistiken visar bara en avvikelse vilken kan inte stämma då mätparameterna är inte korrekt ifyllda. Detta är ett förbättringsarbete under år 2019.

### **Klagomål och synpunkter**

Under 2018 registrerades inga klagomål då var ingen skriftliga klagomål från boende/anhöriga. Verksamheten ska bli bättre gällande registrering av alla klagomål och synpunkter i TQM

## **Egenkontroll**

### **Basala hygienrutiner**

Samtliga personalen inklusive timanställda ska genomgått årliga webbutbildningen under våren 2019 då gjordes inte under 2018.

Hygienrund egenkontroll gjordes av en ansvarig sjuksköterska i januari, april, juni och oktober. Men sammanfattningen är missvisande då ombudet inte har förstått uppdraget fullt ut. Detta en åtgärdats och genomförs ordentlig under 2019.

Observationer och självskattningar gällande basal hygien gjordes i februari, juni och november.

### **Begränsnings- och skyddsåtgärder**

Nyckeltalen som följs upp varje månad visar att under 2018 fanns inga begränsningsåtgärder utan samtycke i verksamheten. Nyckeltalen över antal boende med dokumenterat samtycke för skyddsåtgärder ( rörelselarm under nattetiden) varierar men ungefär 20 st varje månad. Alla dokumenteras i Vodoc.

Noll Vision webutbildningen planeras under 2019 för samtliga personalen.

### **Brandskyddsarbete**

Registrerade nyckeltal visar att 0-4st avdelningar genomfört brandkontroller varje månad vilket följts upp med ombud så verksamheten kan säkerställa att samtliga 4st avdelningar genomför detta varje månad framöver.

Brandlarm kontrolleras av Micasa regelbundet.

### **Delegering**

Nyckeltal visar att 36 delegeringar blir förlänga och 6 nya delegeringar. Totalt antalet aktuella delegeringar slutet av året var 38 beroende på hur många

---

timanställda som funnit i verksamheten. Inga insulindelegeringar har förekommit under året och inga delegeringar har dragits in.

### **Dokumentation hälso- och sjukvård**

Egenkontroll av HSL-dokumentationen har gjorts av Norlandias MAS men verksamheten inte har kommit igång månadsvis med granskning utefter Norlandias egen granskningsrutin. Detta är ett förbättringsarbete under 2019. Egenkontrollerna av MASen visade att förståelse för dokumentation ökar hos HSL-personalen gällande ICF, frastexter, bedömningsfaktorer, hälsoplaner med kopplade åtgärder. Förbättringsområdena planeras att tas upp av MAS med sjuksköterskor i vår 2019 och genomgås i hela året.

Årets självskattningsenkät från Norlandias kvalitetsavdelning handlade om både HSL- och SoL-dokumentation. Resultatet redovisades på central nivå men under arbetet med denna kartlades vilka förbättringsområden som fanns på lokal nivå.

### **Dokumentation SoL**

Egenkontroll gällande aktuella genomförandeplaner och även innehållet visade att det var inkomplett början av året 2018 därför regelbunden kontroll skedde av enhetschef under hösten 2018 och åtgärder sattes in på de som inte var aktuella. Resultatet blev att samtliga genomförandeplanerna är aktuella slutet av året. Regelbunden kontroll ska ske en gång per vecka under 2019.

Även innehållet i genomförandeplaner har också genomgått av en HSL person tillsammans med kontaktpersonen som ska fortsättas även 2019.

Under året har 1-4st SoL-journaler granskats per månad där enhetschefen har återkopplat till berörd kontaktman för vidare förbättringar. Egenkontroll gällande den löpande dokumentationen i SoL-journalen visar att omvårdnadspersonalen har ökat sin dokumentation under året.

### **Loggkontroll**

Loggkontroller för 2018 visade att 100% av alla granskade användare i HSL-journalerna har haft ändamålsenlig behörighet.

### **Infektioner och antibiotika**

Under 2018 har infektionsregistrering månatlig registreras i månaduppföljning.

Enligt nyckeltal har verksamheten haft 8st antibiotikabehandlade för UVI och 15 st för övriga infektioner. Detta är en ökning total jämfört med 2017 (21st). Ökning av användning av antibiotika ska undersökas och åtgärdas under 2019.

### **Läkemedelshantering**

Under 2018 genomfördes ingen extern kvalitetsgranskning gällande hanterings av läkemedel på Hässlgården vård- och omsorgsboende, men detta kommer att bokas in under början av 2019.

### **Narkotikakontroll**

Nyckeltalen gällande narkotikakontroller har fyllt regelbundet under 2018, var det skett kontroller 1-ggr/månad av två sjuksköterskor undantag i augusti månad. Inga avvikande kunde hittas.

### **Läkemedelsgenomgång**

---

---

Antalet läkemedelsgenomgångar har följts under hela året och genomfördes 24st. Läkemedelsgenomgångar genomförs alltid i samråd med ansvarig läkare som bl.a. har bedömt att de nyinflyttade boende med nyligen genomförda läkemedelsgenomgångar innan inflytt inte skall genomföras på nytt.

### **Medicintekniska produkter**

Inventarieförteckning över verksamhetens alla MTP finns på kontoret hos rehab och kontroller / besiktning har skett enligt planering utav rehab-personal. Sängar har tidigare besiktas var annat år med planeras att besiktas årligen. Taklyftar är inhyrda och därför blir de besiktade regelbundet. Takskenorna besiktades inte under 2018 men ska besiktas inom våren 2019. Lyftselar besiktas i februari och september. Dusch och toalett MTP kontrolleras inför varje användning. Sjuksköterskornas MTP samt sittvågen kontrolleras inför varje användning.

### **Aktiviteter och utevistelse**

Nyckeltal på olika aktiviteter på Hässelgården varierar mellan 30 till 40 i månaden. Utevistelse varje dag beroende på vädret har gjorts. Jämförelse med brukarenkäten 2017-med 2018 visar en förbättring med nöjdheten gällande att komma utomhus.

Bristande sammanställa av nyckeltalet för aktivitet och utevistelse finns i verksamheten efter uppföljningen av stadsdelen. Alla aktiviteter med antal och vilka personen ska dokumenteras i en Exelfil av aktivitetsansvarig i framöver.

### **Livsmedelshantering**

Samtliga personalen har genomgått en livsmedelshygien utbildning i höst 2018. För att säkerställa att egenkontroller gällande livsmedelshygien genomförs startades nyckeltal bland annat (personlig hygien, mottagning av varor, temperaturer och rengöring av kyl, frys, spis samt rengöring av mikron, fläkt och skadedjur). angående detta efter utbildningen. En livsmedelshygien pärm gjordes för samtliga avdelningar som personalen ska fyllas i och regelbunden kontroll av ansvarig sjuksköterska följer upp varje månad.

Resultatet visar att samtliga kontroller för livsmedelshygien genomförs nästan fullt ut på samtliga avdelningar, vissa månader missas ngn daglig kontroll. De förbättringsområden som identifierats är:

- Temperaturkontroll och rengöring av diskmaskin
- Rengöring av fläkt, spis, mikron och ventiler.
- Rengöring av kokskåpen med livsmedel

### **Trygghetslarm**

Dagliga kontroll av golvlarm görs av kvällspersonal när de lägger boendena. Total 20 st golvlarm som ordinerar av ansvarig sjuksköterskan på avdelningar. Kontroll av batterier görs en gång i månad av nattpersonal.

Loggkontroll gällande trygghetslarm har inte gjorts hittills, orsaken har varit okunskap hos verksamheten då ingen introduktion sedan trygghetslarmet installerats.

En avvikelse har skrivits av verksamhetschefen som ska åtgärdats snarast och förbättringsarbete under 2019 ska göras trygghetslarmet på verksamheten.

---

### Nattfaste

Egenkontroll av nattfaste 3 gånger om året enligt Norlandias månadsuppföljning. Under 2018 gjordes i oktober för 35 boende. Resultatet visar att nattfaste har inte överstigit mer än 11 timmar.

Nästa gång är i mars 2019.

### Trycksår

Nyckeltalen för trycksår har registrerats under hela 2018 var det visar att det funnits ett trycksår under perioden januari-februari samt i april (grad 3) och 2 på mars (grad 1,4) och mellan maj till december ett till två trycksår (grad 4), båda på samma boende. Såret kunde uppföljas då boenden har gått bort.

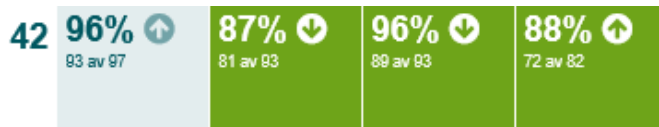
Övriga sår orsakades vid fallolyckor eller om boende slagit i eller fastnat i något. En av de boende har sina små sår så gott som hela tiden på grund av att hon river i dem själv och dem har ingen möjlighet att läka ordentligt.

### Kvalitetsregistret

#### SeniorAlert

Hässelgårdens Vård- och

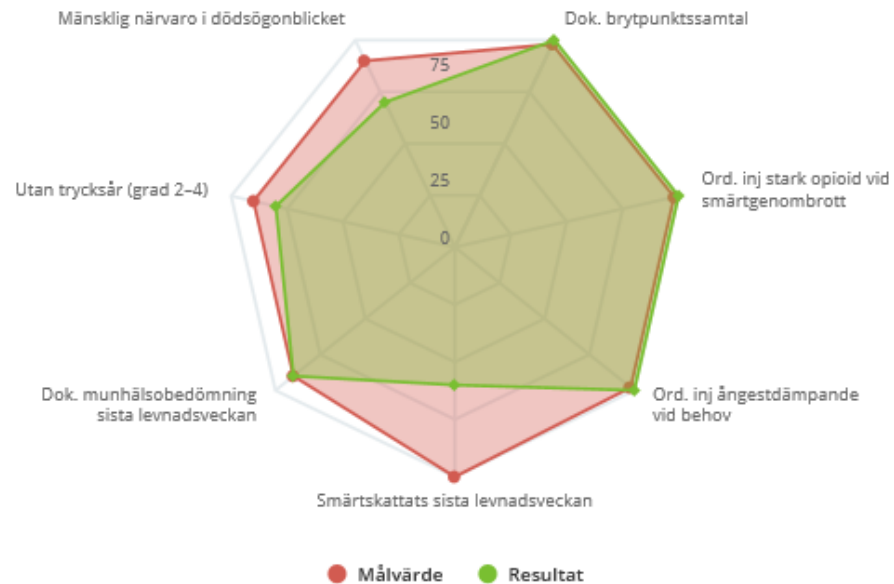
Omsorgsboende



#### Paliativregistering:

---

Period 2018-01 - 2019-01



Hässelgården har registrerat 10 dödfall av 14 i Palliativa registret 2018. Utav dessa avled två på sjukhus och 2 saknas i registrering.

Resultatet visar att verksamheten nådde målvärdet inom fyra utav sju områden. De områden där verksamheten inte når målvärden ska jobbas med under 2019.

### **BPSD**

Inga registreringar under 2018 men planering finns för utbildning och nystart för 2019.

## **Måluppfyllelse**

### **Mål satta i verksamheten för 2018:**

1. Fortsätta implementera arbetet med nyckeltal och säkerställa att ombud förstår syfte bakom och därav tar sitt ansvar och registrerar sin del.
2. Uppnå målvärde inom olika registreringar som Palliativregistret och Senior Alert och BPSD registrering.
3. Utveckla dokumentation med hjälp av regelbundna egenkontroller
4. Utveckla genomförandeplaner med mål och uppföljning av dessa utifrån en salutogens tankesätt.

### **Resultat:**

- 
1. Målet är delvis uppnått. HSL gruppen och enhetschef och verksamhetschef uppdelade månadsuppföljningen med nyckeltal och egenkontroll. Detta ska fortsätta även 2019 med ett förbättringsarbete gällande underlag för egenkontrollerna.
  2. Målet är delvis uppnått. Nyckeltalsregistreringen går bättre men är än ej helt komplett framförallt BPSD registrering. Samtliga området ska fortsättas under 2019.
  3. Målet är uppnått. Månatliga kontroller är inte implementerat och en förbättring i dokumentation kan ses både i HSL och SoL som ska också fortsättas under 2019.
  4. Målet är delvis uppnått. Alla målvärden ej uppnådda, men en förbättring kan ses.

## Mål och strategier för kommande år

### Mål satta i verksamheten för 2019:

1. Fortsätta implementera BPSD-arbete med berörda ombud och BPSD-administratörer ombud och därmed få igång uppföljning genom nyckeltal.
2. Egenkontroll av loggkontroll av trygghetslarm ska påbörjas
3. Utveckla av egenkontroll basal hygienrutinen.
4. Öka antalet aktuella riskbedömningar för varje enskild boende genom registrering av arbetsterapeut och uppföljning av verksamhetschef i månadsuppföljningsmall.
5. Fortsätta att jobba med FAMM och utveckla detta området.
6. Utveckla av avvikelshantering med mätparameterna.
7. Hantering av synpunkten och klagomål ska förbättras