

Patientsäkerhetsberättelse
År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-25 Firouzeh Kamali verksamhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	4
Patienters och närståendes delaktighet.....	4
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	5
Klagomål och synpunkter.....	5
Egenkontroll.....	5
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	6
Riskanalys.....	6
Utredning av händelser - vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	6
RESULTAT OCH ANALYS.....	7
Egenkontroll.....	7
Avvikelser.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Händelser och vårdskador.....	7
Riskanalys.....	7
Mål och strategier för kommande år.....	7

Sammanfattning

Hässelgården vård- och omsorgsboende bedrivs av Norkandia Care Kosmo AB 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 heldygnsoomsorg. De som bor på boendet har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen och den övervägande delen är insatser enligt SoL.

År 2020 blev ett speciellt år därför har många av de satta målen för 2020 fått stå åt sidan för hantering av smittan. Vi under åren som har gått arbetat genom att förbereda oss utifrån grunder som varit av största vikt i en situation som pandemin kräver av oss. Att arbeta utifrån organisation och struktur är något som vår personal är vana vid, men att ställa om och utsättas dagligen av utmaningar och svårigheter har skapat frustration hos samtliga medarbetare. Att arbeta med frågor som "rädsla" har varit ett ständigt aktuellt ämne att diskutera och handleda kring. Det som har varit en utmaning initialt är att vi fick ny information dagligen och detta har följt med under hela denna period genom att vi har fått vara flexibla i att ändra och revidera i vår plan för att säkerställa att vi arbetar på rätt sätt.

Vi har haft regelbunden handledning, utbildning och uppföljning samt skapat en strategi som hjälpt oss igenom denna svåra period. Genom planering av bemanning och andra strategier som tex skapa ett lugn, trygghet samt hålla oss uppdatera med senaste informationen har gjort så att personalen har kunnat fokusera på att säkerställa den kvalitet och patientsäkerhet som krävs. Tillsammans har vi arbetat aktivt med att säkerställa att vi har den kunskap och aktuell information om hur viruset Covid-19 ska hanteras, och genom det i möjligaste mån förhindra smittspridning mellan personal och boende. Vi har haft god följsamhet till framtagna rutiner och riktlinjer, vilket gjort situationen hanterbar.

Samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är fortsatt att identifiera risker, planera åtgärder och följa upp inom områdena nutrition, fall, trycksår, inkontinens och munhälsa, stor fokus har varit för att hantera spridning av virus Covid-19. Arbetet i Senior Alert, palliativa registret har fortsatt under 2020 med gott resultat dock är förfarande brist på BPSD registrering.

Avvikelse från hälso- och sjukvårdspersonalen behandlas enligt de anvisningar som finns i Norlandias ledningssystem TQM, Total Quality Management, med handlingsplan, uppföljning och återkoppling. I TQM registreras även avvikelser såsom tillbud och arbetsskador, synpunkter och klagomål. Genom avvikelshantering som följer de riktlinjer som finns i ledningssystemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroller. Riskerna för ev. vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem.

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.

Målet med patientsäkerhetsarbete skall vara att eliminera förekomsten av vårdskador. För detta krävs att arbeta proaktivt, för att förhindra att dessa skador uppstår. Boende hos oss ska få sin vård och omsorg utifrån sina personliga villkor och behov.

TQM är företagets ledningssystem för kvalitet. Genom kvalitetsledningssystemet TQM säkerställer Norlandia att verksamheten bedrivs ändamålsenligt enligt uppsatta mål, rutiner, metoder och processer. Arbetet pågår ständigt med att förbättra processer kring uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål. Vi arbetar oavbrutet med att utvärdera och revidera centrala och lokala rutiner för att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet. Alla medarbetare får fortlöpande utbildning i att använda kvalitetsledningssystemet.

1. Hälso- och sjukvårdsinsatser ska vara av god kvalitet. Målet är att nyanställda samt befintlig personal har lämplig utbildning och erfarenhet. Vi följer vår utbildningsplan och registrerar all utbildning i vårt personalsystem.

Resultat: Under år 2020 har vi arbetat aktivt med att säkerställa att personal har tillräcklig kunskap och aktuell information om hur viruset fungerar och

agerar, samt utfört de webutbildningar som rekommenderats gällande basala hygienrutiner, hantering av skyddsmaterial och hur vi ska arbeta för att förebygga smittan mellan boende och personal (Covid, Kohortvård, Skyddsutrustning). Inom företaget har det tillkommit nya rutiner samt reviderat gamla gällande hantering av smitta osv. Ett samarbete med vårdhygien har också kunnat erbjudas personal med utbildning om dess smittvägar. Att arbeta utifrån kohortvård, planering/placering av bemanning/personal har varit en bidragande strategi till att kunna begränsa smitt-spridningen mellan boende och personal, samt att vi började arbeta med visir och munskydd som en ytterligare strategi för att begränsa smittspridning samt ett väl fungerande samarbete med smittspårningsenheten för att identifiera smittad personal i ett tidigt skede har även kunnat vara bidragande. Även att i ett tidigt skede införa låst entredörr med tillhörande instruktioner för att begränsa och aktivt styra mötet med anhöriga och närstående på respektive avdelning har gett resultat, och även besöksstopp när väl det infördes på regeringsbeslut kan ha hindrat en spridning. Initialt när smittan kom in i vår verksamhet hade vi dagliga informationsmöten för all personal för att kunna ge personalen stöd och sprida aktuell information, utbilda i basala hygienrutiner och påtala vikten om att hålla hygien i vår närmiljö och på tagytor samt att följa de riktlinjer som följde från folkhälsomyndigheten och regionen. Vi har arbetat med stängda dörrar till avdelningarna vilket medfört ett minimerat spring mellan avdelningar för att på så sätt begränsa smittspridning. Som chef och ledare försökte vi redan från början av utbrottet vara tillgängliga för att säkerställa att skyddsmaterial fanns tillgängligt samt svara på frågor, handleda och följa upp dagligen på de avdelningar där det ev. fanns smitta. Syftet var att personalen skulle känna trygghet och att få chans att ställa frågor som uppkommer under tid, få information och handledning i en svår situation som var/är ny för oss alla.

2. Samverkan har pågått mellan HSL och läkarorganisationen Capio Legevisitten. Vi träffas på samverkansmöten för att kunna diskutera kring utveckling av patientsäkerheten. Ett byte av läkare har skett under året.

Resultat: läkare har utfört regelbundna hembesök för de kliniska bedömningar och kontakt med anhöriga. Vi har fått regelbunden återkoppling från samverkansmöte med legevisitten och vår MAS gällande hantering av smittan och hur dess förebyggande arbete ska planeras i samråd.

3. Alla delegeringar ska uppdateras med kunskapstest 1 gång/år

Resultat: God följsamhet i uppföljning av delegeringar.

4. Egenkontroller utförs regelbundet av enhetschef/ SSK och verksamhetschef

Resultat: God följsamhet i uppföljning av egenkontroller. Resultat överförs till Norlandias månadsuppföljningsmall som granskas av företaget MAS med återkoppling.

5. Aktiv registrering sker i kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa regist-ret samt BPSD. Under 2020 har vi fokuserat på att följa upp

planerade/utförda åtgärder i Senior Alert. Även arbetat aktivt för att säkerställa att samtliga avlidna på Hässelgården ska vara registrerade i Palliativa registret.

Resultat: Gott resultat på antal registrerade i kvalitetsregister som Senior Alert, 26 personer har registrerat vilket motsvarande alla boende. 12 registrerat i Palliativregistret av 17 av 3 dog på sjukhus, avlidna vilken att det bra resultat. Registreringar i BPSD är fortfarande ett område som verksamheten ska jobba med under 2021.

6. Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa och Nikola.

Resultat: Gott resultat på antal boende med aktuell riskbedömning i Vodok.

7. För att minimera risker i arbetsmiljö och förebyggande ohälsa hos medarbetarna har all personal genomgått en arbetsmiljöutbildning.

Resultat: alla riskanalyser i enskilda hem ska uppdaterats. Detta har påbörjats år 2020 som ska fortsätta under 2021.

8. Avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras, utredas, sammanställas och följas upp. Sammanställning av dessa görs var fjärde månad vilket har inte gjorts p.g.a pandemi. Inget klagomål från anhöriga under 2020.

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.

Kvalitetschefen har det övergripande ansvaret för att i TQM tillse att de centrala rutinerna är aktuella och uppdaterade. Kvalitetschefen ansvarar också för den årliga revisionen som utförs vid de olika enheterna i Sverige.

Intern MAS / kvalitetsutvecklare har ansvar för kvalitén inom verksamheten samt patientsäkerheten. Kvalitetschef tillsammans med alla regioners MAS / kvalitetsutvecklare ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning.

Regionchefen ansvarar för att följa upp verksamhetens arbete månadsvis och att kommunicera krav och rutiner inom sin region.

Verksamhetschefen på Hässelgården innehar enligt HSL (2017:30) 2§, det totala och övergripande verksamhets- och ledningsansvaret. Det innebär att säkerställa att det finns ekonomiska och personella resurser i tillräcklig omfattning för att bedriva en god, säker och individanpassad vård och omsorg.

Enhetschef/ sjukgymnast ansvarar över att samordna egenkontroller samt utveckling av patientsäkerhetsarbetet på verksamheten. Regelbunden kontroll och granskning av dokumentation i SOL görs av enhetschef. Sjukgymnast ansvarar för att göra individuella funktionsbedömningar. Ansvar för medicintekniska produkter enligt lokal fördelningslista. Handleda/utbilda medarbetare i arbetstekniska produkter samt ergonomi.

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. 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 har en tjänstgörande sjuksköterska måndag-torsdag mellan 08.00-21.00 och fredag-söndag 08.00-17.00. Övriga tider finns nattpatrullen tillgängliga för verksamheten. Detta görs att sjuksköterskor ska jobba sina tider på dagtid för att lyfta upp verksamhetens med kvalitetsarbete.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

Hässelgården har ett nära samarbete med Hässelby Vällingby stadsdelsförvaltning och stadsdelens MAS, MAR, SLL, vårdhygien och apotek.

Läkaruppdraget vid boendet sköts av Legevisitten. Läkaren besöker boendet en gång i veckan, övrig tid nås läkare på telefon.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Inför inflyttning av ny boende sker samverkan mellan primärvården, slutenvården eller i förekommande fall andra vårdgivare. Ändamålet är att skapa en substantiell överrapportering som ska innehålla epikris, ordinationshandling samt behandlingsmeddelande. Denna aspekt är viktig med avseende på säkerställandet av ett gott och tryggt vårdfragment. Samverkan sker med ansvarig läkare från Capio Legevisitten.

När boende inflyttar till enhet, gör legitimerad personal en riskanalys vad beträffar risk för fall, undernäring och trycksår. En hälso- och sjukvårdsjournal skall upprättas inom två veckor efter inflyttning. Checklista finns beskrivande det som omvårdnadsansvarig sjuksköterska skall utföra. ADL-bedömning utförs av arbetsterapeut/sjukgymnast. Fysioterapeut gör en skattning av risk för fall och en eventuell rehabiliteringsplan upprättas.

Det förebyggande arbetet och identifieringen av risker involverar hela teamet kring den boende. Omvårdnadspersonalen har en viktig uppgift att observera risker eftersom de arbetar nära den boende.

Omvårdnadskonferens/boendegenomgång sker i team med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut, enhetschef samt undersköterskor.

På Hässelgården har vi läkarorganisationen Caphio Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Hässelby- Vällingby stadsförvaltning. Läkare finns på boendet en gång per vecka.

Samverkan med uppdragsgivare. Verksamhetschef och MAS har under 2020 haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren, där man under 2020 har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller pandemi, händelser och risker för det.

Samverkan med den mobila tandvården Flexident sker gällande munhälsobedömningar och även tandläkarinsatser och rådgivning om munhygien. Flexident utför även utbildning för personalen i munhälsa och kommer även fortsätta med detta framöver. Dock ingen vanliga kontroll gjordes under besöksförbud tider.

Samverkan med Apoteket gällande kvalitetskontroll och granskning av läkemedelshantering sker enl plan.

Hässelgården har även tillgång till en dietist som jobbar för Norlandia om behov uppstår.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid första träffen/visning av lägenheten lämnas Hässelgården broschyr ”välkommen till Hässelgården” med beskrivning av verksamheten. Även checklista ” saker att ta med vid inflytt” lämnas till den boende innan inflyttning.

Samtliga nyinflyttande och dessa anhöriga, närstående och gode män brukar bjudas in till välkomstsamtal med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, enhetschef, sjukgymnast, arbetsterapeut samt kontaktman. Vid dessa möten ges praktisk information om vistelsen vid boendeenheten

Inom två veckor upprättar kontaktmannen en genomförandeplan som beskriver utifrån boende, anhörig respektive närståendes perspektiv, hur de önskar att omsorgen bör genomföras. Samverkan med boende och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden.

En naturlig del för den omvårdnadsansvarige sjuksköterskan samt övriga sjuksköterskor är, att delge anhöriga, närstående samt goda män information beträffande de boendes hälsotillstånd Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan anhörig och läkare.

Norlandia Hässelgården brukar bjuda in anhöriga, närstående och gode män till informationsträffar två gånger om året. Dock kunde vi inte ha något möte p.g.a pandemin.

P.g.a pandemi har vi valt att inte träffas i våra anhörigrupper under året. Verksamhetschefen har under 2020 skrivit informationsbrev till anhörig via regelbundna mailkontakt. Maillet innehåller information om Covid status på verksamheten, verksamheten i övrigt, viktiga förändringar och annat av intresse.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal har rapporteringsskyldighet när de upptäcker en avvikelse eller ett tillbud.

Samtliga medarbetarna har fått information om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria och Lex Sarah vid APT under året enligt Årshjul.

På Hässelgården vård- och omsorgsboende ska händelser gällande hälso- och sjukvård registreras i Norlandias elektroniska avvikelssystem (TQM) av den som upptäcker händelsen samt i journalsystem (VODOK) av tjänstgörande sjuksköterska. I TQM skickas alla händelser gällande hälso- och sjukvården till ansvarig sjuksköterska för vidare åtgärder i händelsen och utredning av orsak bakom händelse tillsammans med HSL gruppen. Fysioterapeut följer upp alla fall.

I TQM skickas alla händelser till verksamhetschef. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras även intern MAS. Intern MAS tar också del av avvikelser i TQM för analys och förbättringsåtgärder eller vidare till kvalitetschef och eventuellt till IVO.

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, åtgärda och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med verksamhetschef om hanterandet av avvikelser.

Nyanställda har fått information om arbetet med avvikelser i TQM inklusive rutiner för Lex Sarah och Lex Maria.

På Hässelgården har under 2020 hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterat risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vård skada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet. Verksamhetschef analyserar regelbundet inkomna avvikelser samt beslutar om åtgärdsansvarig samt avslutar händelser vartefter.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag utgör ett led i ett ständigt fortskridande kvalitets- och förbättringsarbete. Inkomna klagomål och synpunkter registreras i ledningssystemets avvikelsemodul. Medarbetare har erhållit introduktionsutbildning om hur synpunkter och klagomål skall hanteras. Återkoppling sker snarast till de som inkommit med synpunkter eller klagomål, genom att verksamhetschef eller enhetschef etablerar kontakt med berörda.

Vid inkomna avvikelser är policyn att snarast som möjligt analysera, sammanställa och åtgärda. Ansvar för åtgärder är ansvarigsjuksköterskor för avdelningar samt enhetschef. Övergripande ansvar gällande avvikelser, klagomål och synpunkter ur HSL-perspektiv har verksamhetschef enligt HSL (2017:30) 2§. En återkoppling med utförda åtgärder skall tillställas de berörda inom rimlig tid. En stående punkt vid APT-möten är avvikelshantering, med syftet att åstadkomma en delaktighet bland samtliga berörda medarbetare, vilket höjer vårdkvaliteten.

Närstående och boende är alltid välkomna att lämna in synpunkter till verksamhetschef eller enhetschef. Vid varje avdelning finns synpunktsblanketter med uppsamlingslådor tillgängliga för anhöriga eller närstående. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten har lämnats till boende och närstående i samband med välkomstsamtal. Synpunkter och klagomål har även lämnats muntligt genom möten, mail eller genom telefonsamtal.

P.g.a pandemi har vi valt att inte träffas i våra anhöriggrupper under året. Verksamhetschefen har under 2020 har anhörig kontakt genom regelbundna telefon eller mailkontakt.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kartläggning/Sammanställning och analys av händelser (avvikelser).	4 gånger per år	Månadsuppföljningamalle
Antal skyddsåtgärder med samtycke	1 ggr/månad	Månadsuppföljningamalle
Antal fallhändelser	1 ggr/månad	Månadsuppföljningamalle
Granskning av minst 10% SoL journaler	1 ggr/månad	Månadsuppföljningamalle
Antal Aktuella Genomförandeplaner	1 ggr/månad	Månadsuppföljningamalle
Granskning av minst 10% HsL journaler	1 ggr/månad	Månadsuppföljningamalle
Antal Trycksår	1 ggr/månad	Månadsuppföljningamalle
Självskattning basala hygienrutiner	Två gånger per året	Månadsuppföljningamalle
Kontroll nattfasta	2ggr per år	Månadsuppföljningamalle
Kontroll av delegeringar	4 gånger per år	Månadsuppföljningamalle
Narkotikajournaler	1 ggr/månad	Protokoll
Loggkontroll journal	3 gånger per år	Månadsuppföljningamalle
Palliativa registret/Senior Alert	1ggr/mån	Månadsuppföljningamalle
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Protokoll
Patientens klagomål och synpunkter	1 ggr/månad	Månadsuppföljningamalle

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under år 2020 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom att fokusera på pandemier och alla möjliga åtgärder för att minska spridningen i verksamheten.

MAS har under året i samverkan med verksamheten reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter samt checklistor angående patientsäkerhet under pandemier. Lokala instruktioner och rutiner har uppdaterats och reviderats enligt rutin. Rutinerna är baserade på centrala rutiner i ledningssystem. Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits

genom ett aktivt arbete med att rapportera statusen gällande pandemier samt systematiskt följa upp dessa i regionmöte tillsammans med Norlandias MAS.

Utbildning: Alla personalen har genomgått socialstyrelser utbildningar gällande pandemier som kohortvård, basala Hygienrutiner, Covid, samt Skyddsutrustning. Arbetsmiljöutbildning i enskild hem har alla personalen för att förebygga ohälsa och olycksfall.

Dokumentation HSL Alla boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Denne har ansvaret för att tillsammans med den boende och eventuellt närstående och kontaktman analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Ansvarig fysioterapeut har samverkat med sjuksköterska samt omsorgspersonal kring de boendes patientsäkerhet.

Register: Hässelgården har under året 2020 arbetat med registreringar i Senior Alert samt Palliativa registret.

Fall: Alla fall registreras samt dokumenteras i Vodoc och TQM.

Nutrition: Hässelgården har som rutin att kontrollera den boendes vikt 1 gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan.

Munhälsa: Alla boende har anmälts till tandvårdsstödsenheten ”Symfoni-registret”. Den årliga munhälsobedömningen har inte genomförts p.g.a pandemier.

Basala hygienrutiner: Hässelgården har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Omsorgspersonal har fått utbildning via Vårdhygien i basala hygienrutiner och fokuserat på dess olika smittvägar och hur vi kan förhindra att smittan förs vidare. Vi fortsätter årligen våra egenkontroller utifrån självskattning och observationer i basala hygienrutiner.

Introduktion: Hässelgården använder checklista (kontaktmannaskap, dokumentation, vårdhygien, delegering, värdegrund, livsmedelshygien, brandsäkerhet och allmän vård och omsorg) från ledningssystemet för nyanställa samt sommarvikarier för att öka trygghet för boendena.

Förändrat vårdbehov: Vid förändrat vårdbehov som exempelvis vård i livets slut och ökad vårdtyngd har det gjorts en analys av resursbehov gällande personal. Extra vak har satts in vid livets slut och vid behov.

Riskanalys

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

Riskanalys vid pandemier: Under 2020 har vi gjorts riskanalyser gällande pandemier och olika scenarion tillsammans med Norlandias MAS. Vi har även utfört denna rutin utifrån olika riskfaktorer i verksamheten.

Risicanalys vid verksamhetsförändringar: Vid verksamhetsförändring ska verksamhetschef/enhetschef eller annan av chef utsedd göra en riskanalys med en sannolik konsekvensbedömning göras. Under året har det gjorts riskanalys inför sommaren samt Jul/Nyår/sommar med semestrar och även personalbrist p.g.a Covidsmittan.

Risicanalys enskild hem: genom den utbildningen har personalen fått en uppfattning om vilka risker som finns i verksamheten.

Vid inskrivning i Vodoc sker riskbedömning enligt Norton, Downton, inkontinensutredning samt ROAG och MNA löpande inom två veckor.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under året 2020 hade Hässelgården haft en Lex Sarah utredningar som ledde inte till anmälan till IVO. En boende avvek från verksamheten och hittades senare av polisen. En hel åtgärds gjordes efter händelse och togs upp på APT.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem (VODOK). När bedömning visar risker behandlas och hanteras dessa risker vid HSL möte. 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 av HSL personal.

Vi arbetar aktivt med att göra olika sorters riskanalyser både i boendes hem, för att minimera att boende samt personal utsätts för olika faror eller risker.

Vi har under 2020 även utbildade alla personalen arbetsmiljöutbildning i enskilt hem för att ge personalen en uppfattning om hur verksamheten i stort fungerar och om vilka risker som finns i verksamheten.

Vi genomför loggkontroller samt granskar boendes journal för att se att det dokumenteras enl. riktlinjer och påtalar eventuella brister, men även följer upp och granskar journaler för att se att det dokumenteras och håller en god kvalitet.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Egenkontroller har genomförts under gångna året. Syftet med egenkontrollen har varit identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS inför tillsyn.

Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsyn är en kontroll av hur riktlinjer, rutiner, och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Hässelgården har vi under 2020 arbetat med egenkontroll enligt följande:

Kvalitetsgranskning av läkemedel: En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshandling. Ändamålsenliga lokala rutiner finns för boendet och läkemedelshandlingen upplevs mycket väl fungerande. Resultat/återkoppling av denna rapport med förslag till förbättringar går igenom vid HSL-möten på enheten. Endast ett fåtal åtgärder till handlingsplan som är åtgärdad.

Dokumentation: Företagets MAS genomför granskning av HSL journaler varje år. Egenkontroll av verksamhetens HSL journaler granskas också parallellt genom kollegial granskning samt av enhetschef.

Loggkontroll: Verksamhetschef ska genomföra loggkontroll. Loggkontroller är utförda enligt rutin under 2020. Inga avvikelser i loggkontroll funna vid årets granskningar.

Riskbedömningar: Regelbunden egenkontroll utförs på genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs per avdelning/plan. Vi har god följsamhet gällande riskbedömningar.

Risikanalyser vid verksamhetsförändringar: Under året har vi utfört den enl rutin årliga riskkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten. Verksamhetschef är ansvar för att göra en riskanalys med sannolik konsekvensbedömning vid verksamhetsförändring

Hygien: Vi har avtal med Vårdhygien som vi tar hjälp av när situationer kräver handledning. Egenkontroll utförs gällande självskattning, förutsättningar och följsamhet av basala hygienrutiner. Web utbildning i basala hygienrutiner utförs 1 ggr/år för samtlig personal.

Livsmedelshygien: Varje avdelning genomför egenkontroll av ansvarig sjuksköterska för livsmedelshygien.

Medicintekniska produkter: egenkontroll av medicintekniskprodukter görs av sjuksköterskor 6 gånger under 2020 och dokumenterats.

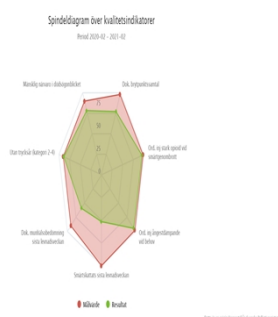
Antibiotikabehandlade urinvägsinfektioner 2 st under år 2020.

Antibiotikabehandlade övriga infektioner 9 st under år 2020.

Trycksår 2 sticken dock ingen f.o.m november 2020.

Palliativa registret: Samtliga avlidna ska registreras.

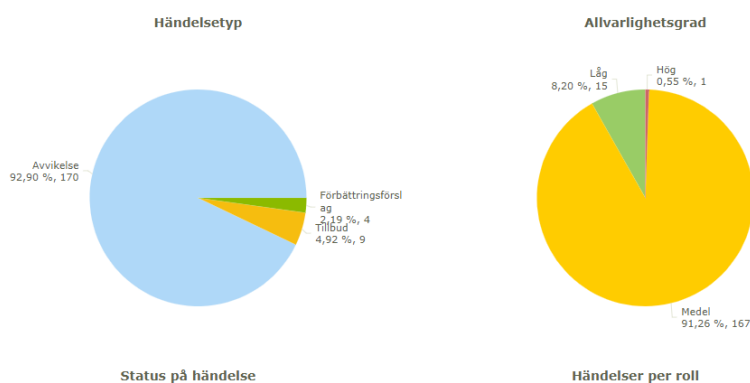
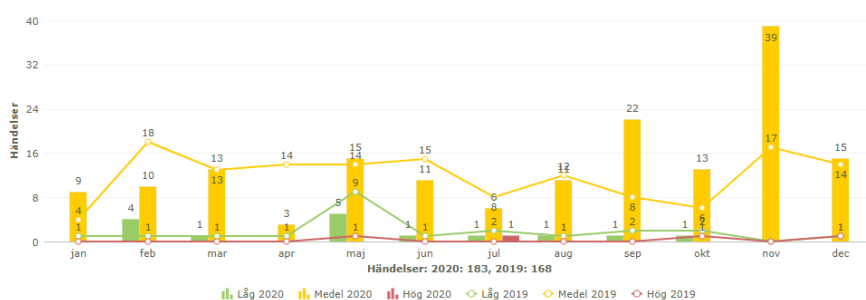
2020	Antal registreringar i palliativa registret	Närvarande vid dödsögonblicket	Erbjudande om efterlevandesamtal
Hässelgården	12	70%	50%



Avvikelsehantering. Alla avvikelser som uppstår i vardagen, skall dokumenteras i TQM. I omedelbar anslutning till händelsen fattas beslut om akuta åtgärder för att hantera händelsen. Därefter går verksamhetschefen genom avvikelser på HSL möte och analyserar vissa allvarigare händelser, tar ställning till vilka åtgärder som krävs. Särskilda rutiner finns i TQM för hantering av avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria. För Lex Maria ärenden och allvarliga avvikelser deltar MAS i utredning, analys och åtgärdshandling. Stort fokus har under 2020 varit på avvikelsehantering och orsaksanalyser och eftereffekt på avvikelser.

Avvikelser

Gör en samlad analys av avvikelser samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.



Under 2020 har totalt 183 händelser (avvikelser, förbättringsförslag och tillbud) registrerats i TQM under samtliga processer. Detta är en betydlig ökning från 2019 (145) som framförallt förklaras till att händelsehanteringssystemet användning har utökats då fler egenkontroller och externa kontroller registreras som händelser.

Utav dessa har 1st bedömts vara av hög allvarlighetsgrad. 1 Lex Sarah som har inte gått vidare till IVO.

Fall: Enligt statistik över registrerade händelser i TQM har antalet fallavvikelser under 2020 52, bättre resultat jämför med 2019 (68st). Alla boenden med fallrisk har pågående individuella hälsoplaner med tillhörande åtgärder från alla professioner för att förebygga återkommande fall.

Hantera läkemedel säkert: 11 avvikelser gällande hantera läkemedel. Detta är ett förbättringsarbete under år 2020 jämför med året innan med 22 avvikelse.

Klagomål och synpunkter

Under 2020 har Hässelgården inga registrerade klagomål då var ingen skriftliga klagomål från boende/anhöriga. Anhöriga kontakta direkt med verksamheten, enhetschef, sjuksköterskor och kontaktmannen gällande sina synpunkter. På avdelningar diskuteras och analyseras allvarligare och generella klagomål och synpunkter som sedan informeras all personal på arbetsplatsträffar. Avvikelser och synpunkter kan diskuteras även i HSL möte som har möten en gång i månad.

Händelser och vårdskador

Vi arbetar löpande med utredning av händelser, avvikelser eller vårdskador i vårt kvalitetsledningssystem TQM. Analyser av avvikelser/händelser sker regelbundet på våra APT och HSL möte. Om risk för vårdskada eller ett vårdskada uppkommer så verksamhetschef ansvarar för att starta en utredning i TQM samt delge MAS uppkommen händelse. Att analysera händelse kan se som förbättringsområde.

Risikanalyser

Vi har arbetat med riskanalyser relaterat till smittoläget i samhället och personal och bemanning. Under 2020 har vi lärt oss mycket om risker och hantering av smittspridning.

Risk för brist på personal och fördelning och prioritering av arbete p.g.a brist på personal under pandemi.

Vi har även utfört den enl. rutin årliga riskkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten.

Mål och strategier för kommande år

1. Dokumentation. Hässelgården har bytt journalsystem f.o.m första februari 2021. Målet är att arbeta med att upprätthålla en god och kvalitetssäker dokumentation i Safedoc. Utveckla hälsoplaner samt att alla sjuksköterskor dokumenterar på rätt sätt på rätt ställe.

2. Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition, inkontinens och munhälsa samt uppdaterade hälsoplaner i de fall risker upptäcks. Riskbedömningarna ska kopplas till Senior Alert. Vi kommer arbeta mer aktivt med att följa upp de åtgärder som kopplats samman med riskbedömningen. Arbeta för att riskbedömningarna och dess åtgärder i Senior Alert följs åt och blir tydlig i aktuell hälsoplan i Safedoc.

Strategi: Varje månad följer ansvarig sjuksköterska upp hur många aktuella riskbedömningar som finns och återkoppling till verksamhetschef.

3. Palliativ vård: Att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Fortsatt arbete med att registrera och följa upp åtgärder i Senior Alert.

Strategi: Utveckla arbetet med att skapa förståelse för den palliativa vårdfilosofin. Vi ska under 2021 med att implementera NVP (nationell vårdplan för palliativ vård), samt öka antalet registreringar i Palliativa registret.

4. Vi kommer även fortsätta att arbeta aktivt med att höja kvalitén i genomförandeplaner och i dokumentation i Safedoc.

Strategi: Enhetschefen kommer att stödja personalen i hur man skriver en genomförandeplan och vad som ska stå i planen, och vad som ska stå i journalen utifrån lathund.

5. Riskbedömningar: Alla boende ska ha riskbedömning gällande arbetsmiljö i enskild hem.

Strategi: Kontaktmannen tillsammans med ansvarigsjuksköterska och sjukgymnast/enhetschef ska kolla genom checklista och skriva vilka risker finns.

6. Trycksår och sår. Att registrera antalet uppkomna sår på verksamheten i TQM samt att aktivt arbeta förebyggande och följa upp eventuellt uppkomna sår samt skapa åtgärdsplaner för att motverka försämring av såren på boendegenomgång.

7. Basala hygienrutiner. Fortsätta med egenkontroll och se till att all personal ska följa basala hygienrutiner i vård och omsorg.

Strategi. All personal ska göra webutbildning i basala hygienrutiner 1 ggr/år. Självskattnings och observationer sker enligt årshjul. Utbildning i basala hygienrutiner och dess smittvägar kommer att ske via Vårdhygien.

8. Avvikelse, klagomål och synpunkter. Fortsätta att uppmuntra medarbetare till att rapportera avvikelser och synpunkter.

Strategi. Vid varje arbetsplatsträff, teammöte och ledningsgrupp uppmuntras personalen att skriva avvikelser/tillbud/ förbättringsförslag i TQM och att vi ser det som en viktig del i kvalitetsarbetet samt att vi använder oss av informationen för att kunna skapa nya rutiner och utveckla arbetet. Ett fortsatt förbättringsområde under 2021 är att utveckla arbetet med att analysera händelse och fylla i "orsakanalysen" i TQM. Detta leder till att vi kan identifiera riskområden som vi behöver säkerställa genom rutiner och åtgärder.

9. Egenkontroller: Fortsätta att kvalitetssäkra genom uppföljning av egenkontroller. En sammanfattning av egenkontrollerna ska dokumenteras av verksamhetschef.

10. Utbildning: Insatser ska vara av god kvalitet. Vårt mål är att all personal har stjärnmärktutbildning. Stjärnmärkt innebär en certifiering inom demensvård. Målet är att äldre ska känna sig trygga och att personalen har den kunskap och kompetens som krävs vid demensvård.

11. Ergonomi/förflyttningsutbildningar sker regelbundet varje år för samtlig personal och även sommarvikarier.