

Patientsäkerhetsberättelse

Version: 3	Gäller för: Attendo Skandinavien Äldreomsorg	Dokumentansvarig: Kvalitetschef ASO	Upprättad: 2016-10-01	Utarbetad av: Maria Ekelund Dannert	Reviderad av: Lena Rosberg
---------------	---	--	--------------------------	---	-------------------------------

Patientsäkerhetsberättelse för
Attendo Sabbatsbergsbyns vård- och omsorgsboende

År 2019

2020-02-02, Petra Lindhe & Jennifer Johanson

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR.....	1
Sammanfattning.....	3
Övergripande mål.....	3
Ansvarsfördelning.....	3
Mät- och uppföljningsmetod.....	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts.....	6
Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser.....	7
Granskning av dokumentationen.....	9
Samverkan.....	9
Riskanalys.....	9
Rapporteringsskyldighet.....	10
Synpunkter och klagomål.....	11
Samverkan med patient och närstående.....	12
Uppföljning av informationssäkerheten.....	12
Resultat.....	13
Övergripande Mål för kommande år.....	13

Sammanfattning

- Vi har genomfört dokumentationsgranskning samt utbildat sjuksköterskorna i dokumentationssystemet VODOK
- Vi har anställt 4 nya sjuksköterskor. 2 sjuksköterskor har avslutat sin tjänst samt har 1 gått på föräldraledighet.
- Samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning Demens ABCplus via demenscentrum
- Verksamheten har påbörjat utbildning och registrering i BPSD-registret
- Samtliga patienter har haft läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.
- Följsamhet av basala hygienrutiner är genomförd 1 gång under året.
- Natt- och dygnsfastemätning har genomförts 2 gånger under året.
- Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kvalitetssamordnare samt kvalitetsombud. Gruppen träffas varje månad och arbetar bland annat med att identifiera risker, göra riskanalyser samt följa upp vidtagna förbättringsåtgärder. Verksamheten gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser, inför verksamhetsförändringar eller vid införandet av en ny metod/arbetsätt. Händelser rapporteras i det elektroniska systemet Attendo ADD och hanteras på verksamhetens kvalitetsmöten.
- Medarbetarna rapporterar risker, tillbud och negativa händelser via elektroniskt system för händelser, Attendo ADD. De rapporterar även via teammöten där risker identifieras.
- Patienter och/eller närstående erbjuds vårdplanering inom 14 dagar efter inflytt samt minst 1 gång/år och vid förändrat hälsotillstånd. Närstående bjuds in till närståendemöte 2 gånger/år för att bland annat diskutera hur vi kan arbeta för att öka patientsäkerheten.
- Resultatet har genomgående bringat tydlighet kring vilka delar verksamheten måste arbeta vidare med för att öka patientsäkerheten.

Övergripande mål

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

Målen för 2019 års arbete med patientsäkerhet har varit nedan:

- att minska antalet fall med 10%

- att bli godkänd i HSL-dokumentationen genom utbildningsinsatser, regelbundna granskningar och uppföljningar
- att registrera riskbedömningar i Senior Alert för att kunna se mönster kring risker och arbetssätt samt öka engagemanget i teamet genom utbildningsinsatser och aktivt arbete
- påbörja registrering i BPSD-registret för att öka kvaliteten inom demensvården
- att samtliga patienter ska ha genomförda och uppdaterade riskbedömningar med eventuella hälsoplaner
- komplett infektionsregistrering
- att registrera samtliga dödsfall i Palliativa registret

Ansvarsfördelning

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

Verksamhetschef

Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.

Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet.

Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten.

Ansvarar även för att rutinerna är väl kända och efterlevs av samtliga medarbetare.

Främja kostnadseffektivitet.

Tillse att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Utreda händelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.

Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.

Minst en gång årligen utföra Lokal kontroll/verifiering. Se avsnittet om Lokal kontroll/verifiering.

Dokumenterar arbetet i en verksamhetsplan, kvalitetsberättelse och en patientsäkerhetsberättelse.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Har tillsammans med verksamhetschefen ett ansvar för att brukaren ska få en säker och ändamålsenligt sjukvård. I MAS ansvaret ingår även att tillse att författningsbeskrivningar och andra regler är kända och följs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen (sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut) ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet (evidensbaserat arbete).

Läkarorganisation

Sabbatsbergsgeriatriken har ett patientansvar för varje patient. Arbetet sker i samverkan med respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Händelsehantering

Varje enhet har en kvalitetsgrupp. I gruppen ingår kvalitetssamordnare, verksamhetschef, kvalitetsombud, arbetsterapeut, fysioterapeut samt sjuksköterska. Kvalitetssamordnaren ansvarar för att samla in alla händelser under månaden och sammankalla verksamhetens kvalitetsgrupp en gång varje månad. Gruppen diskuterar övergripande kvalitetsfrågor samt strategier för enhetens löpande kvalitetsarbetet. Kvalitetssamordnaren går igenom föregående månads händelserapporter/avvikelser med analyser, åtgärder och uppföljningsansvar samt riskbedömningar/riskanalyser ur ett kundperspektiv. Övergripande synpunkter och klagomål tas upp i kvalitetsgruppen. Protokoll förs vid varje möte och rapporteras i företagets kvalitetssystem ADD.

Förebyggande arbete baserat på information om inträffade händelser pågår ständigt i verksamheten. Arbetet diskuteras och följs upp i kvalitetsgrupp, teammöten, avdelningsmöten, APT, HSL-möten m.m.

På de veckovisa teammötena som består av verksamhetschef, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska hanteras patientärenden utifrån händelser och händelsestatistik.

Synpunkter och klagomål

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt, men inom 48 timmar.

Verksamhetschefen gör också en åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar, avdelningsmöten och teammöten.

Om synpunkten/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärden, hänvisas patienten/närstående till företagets kvalitetschef.

Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet. Verksamhetschefen informerar beställare kontinuerligt om de synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Lex Maria

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av verksamhets- eller regionchefen.

Mät- och uppföljningsmetod

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

När en patient flyttar in görs riskbedömningar utifrån fall, nutrition och trycksår. Samma riskbedömningar görs sedan minst var 6:e månad och/eller vid förändrat hälsotillstånd.

Vid risk för fall, trycksår eller undernäring upprättas en hälsoplan med problem, mål och åtgärd samt uppföljning.

Avdelningarna har teammöte 1 gång/månad bland annat där följs hälsoplanerna och riskbedömningarna upp. Även vid interna dokumentationsgranskningar granskas om riskbedömningar är gjorda/aktuella samt om hälsoplaner för identifierade risken finns upprättade.

Ett annat forum för identifiering av risker och eventuella vårdskador är det månatliga kvalitetsmötet. På kvalitetsmötet är samtliga avdelningar representerade samt arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och verksamhetschef. Rapportering från kvalitetsmötet är en stående punkt på verksamhetens APT.

När fallrapport inkommer träffas HSL-gruppen för ett "fallmöte" där orsak och åtgärder diskuteras för att sedan tas vidare till omvårdnadspersonalen för vidare diskussion.

Eventuella vårdskador följs framförallt upp genom statistik från vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter.

Kunskap om vidtagna åtgärder återförs, förutom via APT, även på teammöten och avdelningsmöten för att om möjligt motverka att fler patienter drabbas av de eventuella vårdskadorna.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och vilka åtgärder som genomförts

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

HSL-dokumentationen under 2019 har förbättrats väsentligt jämfört med 2018, dock är det en bit kvar. 2019 har precis som 2018 kantats av omsättning i sjuksköterskegruppen där nyanställda inte haft någon erfarenhet av att dokumentera i VODOK. Fysioterapeuten dokumentationshandledare och varit det sedan VODOK och ICF förenades. Fortsatt behov av utbildning i dokumentationssystemet har därför funnits även under 2019.

Sjuksköterskor dagtid har genomgått utbildning med dokumentationshandledaren vid 1 tillfälle samt haft regelbundna dokumentationsmöten för att lyfta de utmaningar som finns kring dokumentationen. Nattsjuksköterskorna har erbjudits att delta i dessa möten samt utbildningen. Det finns sedan tidigare en intern lathund i form av en broschyr kring de grundläggande och vanligaste sökorden dokumentation sker inom som dokumentationshandledaren tagit fram tillsammans med sjuksköterskorna. Denna har reviderats under året för att bättre passa verksamhetens behov.

Dokumentationsgranskning i maj 2019 visar precis som granskningen i november 2018 på att samtliga patienter inte har aktuella riskbedömningar med tillhörande hälsoplaner. De har inte heller aktuellt status. Riskbedömningarna uppgick till 67% 2018 medan det under 2019 uppgick till 92%. 2018 fanns 92% av hälsoplanerna på plats och 2019 fanns 96% av hälsoplanerna på plats, vilket är en förbättring på 4 procentenheter 2019 jämfört med 2018.

Resultatet av granskningen har återförts till hela HSL-gruppen på både HSL-möten och sjuksköterskemöten. Plan för åtgärd finns.

Verksamheten har registrerat i Palliativa registret under 2019. 19 av 43 dödsfall är registrerade. Resultatet kommer att återföras till sjuksköterskegruppen för vidare åtgärd. Ansvarig för palliativa registret finns, dock finns det ingen ansvarsbeskrivning, vilken kommer att upprättas.

Samtliga patienter har under året haft en omvårdnadsansvarig sjuksköterska även om personen under året har varierat.

85% av verksamhetens vårdplatser har inriktning demens. Under Attendos första verksamhetsår genomgick samtliga medarbetare webbutbildning Demens ABC via demenscentrums hemsida för att säkerställa kompetensnivån kring vård och omsorg om demenssjuka. Under 2019 har verksamheten gått vidare med att ytterligare säkra kompetensen genom att samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning Demens ABCplus via demenscentrums hemsida.

Vi har även utbildat cirka 20 personer i BPSD-registret och verksamheten har kommit igång med arbetet kring BPSD-registret både via regelbundna möten för att lägga upp arbetet samt genom att man har gjort cirka 20 skattningar/registreringar i registret.

Verksamheten har under 2019, precis som 2018, inte registrerat i Senior Alert med anledning av hög omsättning i sjuksköterskegruppen på grund av föräldraledighet, uppsägningar och långtidssjukskrivning. Däremot har verksamheten registrerat sig i Senior Alert samt utsett en ansvarig i sjuksköterskegruppen som ska driva arbetet under 2020.

Infektionsregistrering har genomförts under året samtliga 12 månader. Det finns en utsedd sjuksköterska som är ansvarig för att sammanställa resultatet och maila uppgifterna till MAS både inom Attendo och Norrmalms stadsdelsförvaltning.

Uppföljning av följsamhet av basala hygienrutiner har genomförts 1 gång under året där en och samma person har gjort observationer på samtliga avdelningar.

Samtliga patienter har haft läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.

Natt- och dygnsfastemätning har genomförts 2 gånger under året.

Uppföljning genom lokala och externa kontroller och jämförelser

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Spindeldiagram har tagits fram i Palliativa registret där det visar att vi framförallt har förbättringspotential kring att registrera dödsfall. Samtliga parametrar har blivit bättre jämfört med 2018, men samma förbättringsområden kvarstår som 2018; smärtskattning sista levnadsveckan samt dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan.

Jämförelse har gjorts med Attendo Solbacken på Kungsholmen.

Jämförelse med Stockholm har gjorts i brukarundersökningen avseende möjligheten att få träffa sjuksköterska och läkare vid behov.

Attendos Egenkontroll blev godkänd, men brister finns inom kontrollräkning för narkotika samt att det inte funnits något upprättat system kring kontroll av MTU.

Kvalitetsgranskningen avseende läkemedelshantering visar på några förbättringsområden, men färre än 2018 då många av de förbättringspunkter som fanns 2018 var åtgärdade till 2019 års granskning.

Det har under året inte funnits några synpunkter som varit relaterade till hälso- och sjukvårdsinsatser eller som har äventyrat patientsäkerheten.

Antalet fall under 2019 har varit 213 stycken jämfört med 153 stycken 2018 och antalet händelser kring läkemedelshantering har varit 134 stycken 2019 jämfört med 77 stycken 2018.

Orsaksanalys

Det har dessvärre varit hög omsättning i sjuksköterskegruppen, dagtid, under 2019, vilket har medfört ett glapp i omvårdnadsansvar och ansvar inom olika områden i övrigt HSL-arbete pga svårighet att rekrytera samt uppsägningstider för de som rekryterats.

Anledningar till uppsägning har varit arbete r/t nyutexaminerad skolsjuksköterska, föräldraledighet, långtidssjukskrivning och känslan av att äldreomsorgen inte var rätt.

Delar av bristerna i kvalitetsgranskningen av läkemedel beror på omsättningen i sjuksköterskegruppen, samtidigt som en tydlig förbättring har skett jämfört med 2018. Det fanns det inga alarmerande brister utan det var förbättringsförslag på redan befintliga rutiner och arbetssätt.

Vi har arbetat hårt med att definiera vad en händelse är och vikten av att rapportera sådana. Med anledning av det har både rapportering av fall och händelser kring läkemedel rapporterats i betydligt större utsträckning än 2018. Vi är övertygade om att det under 2018 fanns ett stort mörkertal avseende rapportering av ovan händelser och det är bland annat därför vi ökat antalet fall under 2019.

Granskning av dokumentationen

Granskning av dokumentationen är gjord av kvalitetsutvecklare under Q2. Då visade granskningen ett resultat på 74%, vilket är avsevärt mycket bättre än 2018 då resultatet var 39%. Intern granskning av dokumentationshandledare är gjord i september 2019 och då uppgick resultatet till 80%. Ny granskning görs i Q1 2020.

Orsaksanalys

Orsaken till det relativt låga resultatet är att sjuksköterskorna inte dokumenterat i VODOK tidigare samt att det varit omsättning under hela 2019. Befintliga sjuksköterskor har fått täcka upp som omvårdnadsansvariga på avdelningarna där sjuksköterskorna slutat och det har då blivit en ökad belastning och svårigheter att snabbt sätta sig in i allt med riskbedömningar, hälsoplaner och löpande dokumentation. På grund av bristen på vikarier har det varit svårt att finna tid till att gå igenom alla journaler man ansvarat för då det varit många andra arbetsuppgifter som varit direkt kopplade till praktiskt utförande hos patienter som tex såromläggning, dosettindelning, inflytt, avlidna, provtagningar, bedömningar vid fall m.m. Detta har gjort att dokumentationen dessvärre hamnat längre ner på prioriteringslistan.

Dokumentationshandledaren har under Q2 haft utbildning i grundläggande kunskaper i VODOK för att sedan ha regelbundna dokumentationsmöten där frågor och observationer kring dokumentationen lyfts och diskuterats.

Samverkan

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

Samverkan sker med läkarorganisation – det har, trots att vi under 2018 bestämde frekvens för samverkansmöten, inte funnits någon regelbundenhet utan samverkansmöte har skett på initiativ från verksamheten. Verksamheten har under hela året flertalet gånger lyft att det inte finns något samverkansavtal. Verksamheten har fått ett utkast till ett samverkansavtal, men det är fortfarande inte på plats.

Samverkan med Folktandvården, Flexident och Oral Care för planering av besök rörande tandvård.

Samverkan med stadens MAS/MAR – verksamhetsuppföljning från Norrmalms stadsdelsförvaltning en gång per år samt samverkansmöten.

Informationsöverföring säkerställs i och samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten, avdelningsmöten och HSL-möten.

Vi har avtal med Vårdhygien Stockholms länslandsting. Deras uppgift är att vara en expertfunktion med ett konsultativt arbetssätt. Genom undervisning, rådgivning och kvalitetssäkring hjälper de vårdens chefer och medarbetare att ge patienter/vårdtagare en god och säker vård.

Apoteket AB utför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering så att denna är utförd enligt författningar och övriga riktlinjer.

Samverkan sker med hjälpmedelscentral Sodexo genom konsultation, utbildning och förskrivning.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kvalitetssamordnare samt kvalitetsombud. Gruppen träffas varje månad och arbetar bland annat med att identifiera risker, göra riskanalyser samt följa upp vidtagna förbättringsåtgärder. Verksamhetscheferna har gått utbildning i risk- och händelseanalys.

Verksamheten gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser, inför verksamhetsförändringar eller vid införandet av en ny metod/arbetssätt. Vi bedömer riskernas storlek utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande samt bedömer åtgärdsförslagets effekt utifrån en riskmatrismall.

Verksamhetschefen granskar arbetsskador och tillbud och bedömer risker ur ett patientperspektiv och verksamhetsperspektiv. Åtgärder vidtas och följs upp.

Verksamhetschef/regionchef beslutar om åtgärder som ska vidtas mot bakomliggande orsaker och därefter följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella

förändringar i verksamheten. Alla åtgärder följs upp för att säkerställa att de har avsedd effekt.

Verksamhetschef/regionchef informerar alltid den regionala kvalitetsutvecklaren som arbetar centralt och som i sin tur ansvarar för spridning av kunskaperna i företaget.

Rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 7 kap 2 § p 5

Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska omgående påbörjas av verksamhets- eller regionchefen.

Information till patient och/eller närstående

Har det inträffade inneburit risk för patienten att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom ska denne underrättas om att anmälan gjorts till IVO. Om patienten är oförmögen att ta emot eller förstå information ska närstående informeras.

Verksamhetenschefens ansvar

Rapportera till Attendos MAS

Skicka kopia på rapport till Attendos MAS, originalet bifogas med journalen

Påbörja en risk- och händelseanalys

Dokumentation

Skriv händelserapport i Attendo ADD. Skriv ner det inträffade så fort det är möjligt så att inte viktiga detaljer glöms bort.

Patienten ska i samband med att en anmälan upprättas ges möjlighet att beskriva sin upplevelse av händelsen.

Dokumentera i HSL-journalen.

Anteckning ska göras i journalen att anmälan är gjord samt att patient och/eller närstående underrättas samt att regionchef, kvalitetsutvecklare, informationschef och beställare informerats.

Synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § , 7 kap 2 § p6

Ledningen ska alltid vara lyhörd för förslag och synpunkter från patienter, närstående och medarbetare.

När en medarbetare får ta emot synpunkter/klagomål går hen aldrig in i försvarstal eller försvarsställning utan:

- lyssnar utan att avbryta
- tar reda på vad som har hänt. Visar att hen är öppen för att ta emot synpunkter/klagomål genom att ställa frågor som "hur, varför, när, vad?"
- svarar så gott hen kan
- om hen inte kan svara hänvisar hen till sjuksköterska eller verksamhetschef
- rekommenderar att en synpunktsblankett fylls i och erbjuder vid behov sin hjälp med att fylla i blanketten
- Synpunktsblankett "Vi vill bli bättre" finns i entrén/hisshallen på varje avdelning.
- Om en medarbetare får ta emot en muntlig synpunkt/ klagomål, erbjuder hen alltid den som lämnar synpunkten/klagomålet att skriva ner det på avsedd blankett. Om endast muntlig synpunkt lämnas ansvarar medarbetaren för att skriva ner synpunkten/klagomålet så snart som möjligt och lämna till verksamhetschefen.
- Verksamhetschef informerar om hur man lämnar synpunkter och klagomål i samband med inflytt samt två gånger per år via veckobrev.
- Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående. Återkoppling ska ske så fort det är möjligt, men inom 48 timmar.
- Verksamhetschefen gör också en åtgärdsplan. Alla medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på arbetsplatsträffar, avdelningsmöten och teammöten.
- Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet samt som en händelse i Attendo ADD. Synpunkter/klagomål sparas hos verksamhetschefen. Verksamhetschefen informerar beställaren kontinuerligt om de synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Sammanställning av synpunkter/klagomål

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Samverkan med patient och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Rutin finns för hur patienten görs delaktig i sin planering av vård/behandling och omsorg. Information ska ges på ett sätt så att patient och närstående upplever delaktighet och att de kan medverka i vården/omsorgen.

Vårdplanering ska ske senast 14 dagar efter inflytt och sedan minst 1 gång/år eller oftare vid förändrat hälsotillstånd. Vårdplaneringen är ett utmärkt forum för patienter och eventuella närstående att framföra synpunkter avseende hur vi kan förebygga vårdskador eller på annat sätt förbättra patientsäkerheten.

Då en vårdskada inträffat informerar vi alltid patient och/eller närstående som då får möjlighet att medverka i arbetet kring vårdskadan.

Närstående bjuds in till närståendemöte 2 gånger per år där möjlighet att framföra synpunkter och förslag för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt finns. Verksamhetschef skickar varje vecka via mail information till närstående om saker som är på gång eller har hänt i verksamheten.

Uppföljning av informationssäkerheten

Det är verksamhetschefens ansvar att göra en behovs- och riskanalys inför behörighetsgivning till respektive medarbetare innan tillgång till dokumentationssystemet delges medarbetaren. Medarbetare ska ha tillgång till de journaler som krävs för att medarbetaren ska kunna utföra sitt arbete på ett säkert sätt. Behovs- och riskanalys ska dokumenteras i personakten för varje medarbetare. Om medarbetaren senare behöver flera rättigheter ska ny behovs- och riskanalys utföras av verksamhetschefen och dokumenteras.

Varje kvartal och vid misstanke om obehörigs åtkomst till journaler ska loggningskontroll omedelbart ske. Ett protokoll som dokumenterar att granskning har skett ska föras på en särskild blankett och arkiveras på enheten. All loggningskontroll ska dokumenteras.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Avseende riskbedömningar och hälsoplaner är resultatet enligt nedan:

MNA: 100 av 106 har aktuell riskbedömning

Norton: 96 av 106 har aktuell riskbedömning

Downton: 96 av 106 har aktuell riskbedömning

ROAG: 97 av 106 har aktuell riskbedömning

Totalt är 389 av 424 riskbedömningar gjorda, vilket innebär att 92% av alla riskbedömningar är genomförda. Av de genomförda riskbedömningarna genererar 261 bedömningar risk. Av de risker som är identifierade har 96% hälsoplaner.

Målet om att samtliga patienter ska ha aktuella riskbedömningar samt eventuella hälsoplaner är därmed inte uppnått, om än nära.

I Palliativa registret är 19 av 43 dödsfall registrerade, vilket motsvarar 44% och är endast en procentenhet bättre jämfört med 2018. Målet att samtliga dödsfall ska registreras i Palliativa registret är därmed inte uppnått.

För att verksamheten ska bli godkänd i HSL-dokumentationen enligt Attendos krav krävs en uppnådd % om 90% vid det officiella granskningstillfället på våren. Verksamheten hade våren 2019 ett resultat på 74% jämfört med resultatet på 39% 2018. Även om dokumentationen blivit bättre är målet inte uppnått.

Istället för att minska antalet fall med 10% har vi ökat antalet rapporterade fall med 40%. Därmed är målet inte uppnått.

Verksamheten registrerar ännu inte i Senior Alert även om verksamheten till skillnad från 2018 är registrerad. Målet är inte uppnått.

Verksamheten har påbörjat registrering i BPSD-registret och därmed också uppnått målet.

Infektionsregistrering har gjorts för hela året och därmed är målet att registrera varje månad uppnått.

2 av 7 mål är uppnådda, vilket motsvarar 29%

Övergripande Mål för kommande år

Övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet för 2020 är:

att bli godkänd i HSL-dokumentationen genom utbildningsinsatser, regelbundna granskningar och uppföljningar

att registrera riskbedömningar i Senior Alert för att kunna se mönster kring risker och arbetssätt samt öka engagemanget i teamet genom utbildningsinsatser och aktivt arbete

fortsätta registrering i BPSD-registret för att öka kvaliteten inom demensvården

att samtliga patienter ska ha genomförda och uppdaterade riskbedömningar med eventuella hälsoplaner

att registrera minst 70% av dödsfallen i Palliativa registret