

Bilaga O3

Patientsäkerhetsberättelse
entreprenad 2019

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse Guldbrylloppshemmet- A&O Temabo
Patientsäkerhetsberättelse Bergsund- A&O Temabo
Patientsäkerhetsberättelse Magdalenagården-Vardaga
Patientsäkerhetsberättelse Sofiagården- Vardaga
Patientsäkerhetsberättelse Hornskroken- Vardaga
Patientsäkerhetsberättelse Sjöstadsgården-Humana.....
Patientsäkerhetsberättelse Grindstugan mfl- Norlandia

Patientsäkerhetsberättelse

Guldbrölloppshemmet Äldreboende 2019



191127

Upprättad av:

Olga Trupina Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Verksamhetens övergripande mål	2
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3,4
Patientsäkerhetsarbetet på GBH äldreboende under 2019	5,6,7,8
Avvikelsehantering	9
Extern samverkan	10
Samverkan med patienter och närstående	11
Hantering av klagomål och synpunkter	12
Resultat	13
Övergripande mål och strategier för 2020	14

Verksamhetens övergripande mål

Som vårdgivare har Ansvar och Omsorg AB som övergripande mål att de boende ska känna **värme, omtanke** och **trygghet**. För att de boende ska kunna uppleva en trygg och säker omsorg krävs att verksamheten arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta uppnås bland annat genom att ha tydliga rutiner och policies, mätbara HSL-mål, genom att arbeta systematiskt med att föra in ny kunskap samt att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

De övergripande strategierna för patientsäkerhetsarbetet för 2019 innefattade att fortsätta utveckla samverkan med närstående och patienter, att arbeta med värdegrund, skapa en bra patientsäkerhetskultur, fortbildning samt tydliggöra ansvarsområden och öka delaktighet i personalgrupperna.

Följande områden utvecklades under året:

Skapa en bra patientsäkerhetskultur

Målet under 2019 var att våra medarbetare är riskmedvetna och inser betydelsen av att skriva avvikelserapporter. Avvikelse rapporter skrivs fortlöpande under månaden då något har hänt. Första måndagen i månaden samlas ledningen tillsammans med avdelningspersonal och går igenom avvikelser och vidtar åtgärder därefter.

Arbeta systematiskt med säkerhetsarbete

Att risker i patientsäkerhet och arbetsmiljö kontinuerligt identifieras och förebyggs är förutsättningen för en trygg och säker hälso- och sjukvård. Vid inflyttning samt en gång per år genomförs en riskbedömning för arbetsmiljön inne hos patienten.

Genomföra granskning av journaler och övriga hälso- och sjukvårdsfrågor

Att systematiskt granska dokumentationen utifrån en standardiserad mall och övervaka följsamhet av rutiner, narkotika- och läkemedelshantering samt funktionskontroll och skötsel av MTP. Årligen gör Ansvar och Omsorg AB internrevision där bl. a journalföring och följsamhet till rutiner granskas. Beställning och rekvirering av narkotika utförs av en namngiven sjuksköterska och kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel utförs av en annan namngiven sjuksköterska. Utöver detta sker externa kontroller av Apoteket samt av Ansvar och Omsorg AB vid internrevisionen. För MTP ansvarar en sjuksköterska som utför årliga kontroller av dessa samt har en förteckning av aktuella medicintekniska produkter.

Utveckla det fallpreventiva arbetet

Vi utgår från att fall och fallskador går att minska med hjälp av förebyggande åtgärder. Genom att identifiera boende med fallrisk, analysera vilka riskfaktorer som finns och därefter sätta in lämpliga åtgärder och beakta faktorer som motverkar fall och fallskador.

Utveckla ombudsgrupperna

Till exempel ska hygienrådet tillsammans med sjuksköterskor utarbeta och arbeta med förebyggande hygieniska åtgärder i syfte att minska vårdrelaterade infektioner och influensautbrott.

Mål

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

De mål som årligen sätts för kvalitet och patientsäkerhet innefattar nationella uppdrag, uppdrag på kommunal nivå och lokala prioriteringar. Många av våra kvalitetsindikatorer utgår från de nationella indikatorer som tas fram och presenteras årligen i öppna jämförelser av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. God kvalitet i vården innebär att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Ansvar och Omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har lett till eller kunde ha lett till vårdskada.

Verksamhetschef (VC) är enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policies, att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar vidare för att det finns mätbara HSL-mål och att dessa följs upp i verksamhetsrapporten. VC ska samverka med Stockholmstad medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i enhetens patientsäkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har ett ansvar att arbeta enligt utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal skall bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera risker och avvikelser.

Omsorgspersonal ansvarar för personligt delegerade HSL-uppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer, medverka i patientsäkerhetsarbetet samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

Stockholmsstads medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap.9§ och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2§ , p1

Företagsledningen ansvarar för att det bedrivs ett strategiskt patientsäkerhetsarbete i organisationen. Verksamhetschef ansvarar för att gällande författningar, riktlinjer och rutiner följs på respektive enhet. Lokalt på enheten har all personal skyldighet att rapportera händelser och brister samt aktivt delta i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinare ansvarar för att identifiera fel och brister tillsammans med omvårdnadspersonal samt initiera förbättringsåtgärder. Ett viktigt led i arbetet är analysen av avvikelser som registreras i journalsystem.

Omvårdnadspersonal ska involveras i arbetet och på teamträffar är patientsäkerhetsfrågor alltid på agendan.

Patientsäkerhetsarbetet på GBH äldreboende under 2019

Arbetet med att utveckla verksamheten är ett ständigt pågående projekt och det utmanar vi genom att ställa oss frågan hur vi bäst kan ge vård och omsorg av hög kvalitet, som uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter, och som motsvarar och helst överträffar de boendes, närståendes och uppdragsgivares förväntningar.

GBH äldreboende har en ledningsgrupp bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, och verksamhetschef. På ledningsgruppsmötet diskuteras patientsäkerhet och aktuella patientsäkerhetsfrågor analyseras.

Kvalitetsmötena har alltid patientsäkerhet i fokus (se vidare under *Avvikelsehantering* sid.7)

Riskanalyser

En systematisk riskbedömning görs inom områdena nutrition, trycksår och fall. Varje patient bedöms inom två veckor efter inflyttning till GBH äldreboende och bedömningen uppdateras regelbundet enligt rutin. En individuell åtgärdsplan/hälsoplan upprättas omedelbart för de boende som löper risk. Riskbedömningarna och hälsoplanen dokumenteras i HSL-journalen och registreras, dels i journalsystemet Vodok och dels i Senior Alert.

Risk för undernäring

MNA, BMI och viktkontroller används som instrument för riskbedömningen och en tre-dagars vätske- och kostregistrering görs på alla som flyttar in till GBH äldreboende. Uppföljning görs var tredje månad samt vid behov.

Risk för trycksår

En riskbedömning enligt Norton görs när en boende flyttar in, var sjätte månad samt vid förändrat hälsotillstånd.

Risk för fall

En fallriskbedömning utförs enligt Downton Fall Risk Index vid inflyttning till GBH äldreboende samt var sjätte månad eller tidigare vid förändringar i hälsotillstånd eller fall. Sjukgymnast och/eller arbetsterapeut samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomför bedömningen tillsammans. Sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar för att utföra en boendemiljöbedömning, funktions- och ADL-status.

Risk för dålig munhälsa

Riskbedömning enligt ROAG utförs på nyinskrivna patienter.

Begränsnings- och skyddsåtgärder

En riskanalys görs på alla boende efter inflyttning till GBH äldreboende. Eventuella skydds- eller begränsningsåtgärder beslutas i team bestående av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt kontaktperson. Beslutet dokumenteras i journalen. Samtliga skyddsåtgärder följs upp vid behov och förnyas var tredje månad enligt lokal rutin. Rutiner för omgivningsanpassning och behovet av samtycke från den boende är väl implementerat i verksamheten.

Munhälsovård

Munhälsan är ytterst viktigt, även i arbetet med att förebygga undernäring hos de boende. I samband med inflyttning erbjuds patienterna en kostnadsfri munhalsobedömning. Tandhygienist gör besök hos samtliga boende var tredje månad och vid behov. Tandläkare besöker boende vid behov. Omvårdnadspersonalen har genomgått utbildning i munvård under året. Sjuksköterskor utför riskbedömning för munhälsa enligt ROAG.

Säker läkemedelshantering

Läkemedelshantering ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar. Läkemedelshantering ska regleras av tydliga rutiner som är väl kända av all personal. Arbetsrutiner finns för läkemedelshantering på GBH äldreboende. Delegering av medicinutdelning till omvårdnadspersonal utförs av sjuksköterskor efter genomgång av rutiner och godkänt teoretiskt och praktiskt test. Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska reviderar samtliga boendes läkemedelslistor utspjutt under året.

Delegering

Typ: Dosdispenserade läkemedel (APO-doser) + dosetter, mixturer, ögondroppar, inhalatorer mm

Antal: 38

Typ: Insulin

Antal: 0

Vård i livets slutskede

GBH äldreboende arbetar efter en checklista för vård i livets slutskede. Registreringen i Palliativa registret har gjort att vi har blivit uppmärksamma på vad vi kan göra bättre och där arbeta mot Palliativa registrets målvärden. Det vi framför allt har förbättrat under år 2019 är brytpunktssamtalet, att uppmärksamma symtom i det palliativa skedet och i god tid se till att nödvändiga ordinationer från läkare finns. GBH äldreboende har 4 palliativa ombud. Pärmar med information om vård i livets slut finns tillgänglig för anhöriga och personal på varje enhet.

Dokumentation

Att fortsätta utveckla dokumentationen har varit ett prioriterat område även under 2019. Vissa brister har funnits i allmän datakunskap i arbetsgruppen, vilket har försvårat dokumentationsarbetet. Stickprovsgranskning av dokumentation och loggkontroll har genomförts under året. Fortfarande finns förbättringsområden gällande dokumentationen så

som att kontakt med anhöriga dokumenteras minst en gång per månad , men kvaliteten på journalanteckningar och genomförandeplaner har förbättrats avsevärt under året. På HSL-området har fokus legat på att förbättra uppföljningen av hälsoplanen. Sjuksköterskorna har blivit bättre på att utvärdera de uppsatta målen.

Medicintekniska produkter (MTP)

Verksamheten har lokala rutiner för användandet av MTP. En inventarieförteckning är upprättad för samtliga MTP. Service och besiktning utförs i enlighet med tillverkarnas riktlinjer. Avtal för service och besiktning finns. Bruksanvisningar för MTP finns i en pärm på varje avdelning, lättillgängligt för omvårdnadspersonal och brukare.

Brandskyddsarbete

Vi bedriver systematiskt brandskyddsarbete enligt gälland lagar

Arbetsmiljö

En riskanalys för personalens arbetsmiljö i de boendes hem görs efter inflyttning och förnyas en gång per år eller oftare vid behov. Utbildning i förflyttnings- och lyftteknik ges till all personal minst en gång per år

Personal

Nyanställd personal får en tilldelad handledare och introduceras i arbetet och rutiner enligt en checklista. Ett kontrakt gällande hygienrutiner och tystnadsplikt samt kontaktmanaskap kontrakt skrivs vid varje nyanställning. Checklistan för introduktion av nyanställda har under året vidareutvecklats och gjorts yrkesspecifik för omvårdnadspersonal, sjuksköterskor respektive paramedicinsk personal. En handbok för nyanställda togs fram i höstas för att ge nyanställd personal övergripande information samlad på ett lättillgängligt sätt. Rutiner för omvårdnadsarbetet finns samlade i den digitala rutinpärm som nås från datorer på varje avdelning. All personal har tillgång till den digitala rutinpärm.

Under år 2019 har personalen genomgått både externa och interna utbildningar. Omvårdnadspersonalens kompetensbehov följs upp av verksamhetschefen i samband med det årliga utvecklingssamtalet.

GBH äldreboende samarbetar med vårdskolor och vårdhögskolor för att ta emot studenter för arbetsplatsförlagd utbildning. GBH har under året haft 2 sjuksköterske studenter Här ges tillfälle till granskning av vår verksamhet och vi får hjälp att se med nya ögon och bli ifrågasatta, något som utvecklar verksamheten och är positivt för patientsäkerheten.

Intern kvalitetsrevision

A&O Ansvar och Omsorg AB följer upp patientsäkerhetsarbetet på GBH äldreboende via månatlig rapportering och årlig internrevision. Internrevisionen omfattar bland annat jämförelse av verksamhetens resultat med resultat för andra verksamheter inom företaget samt jämförelse med verksamhetens tidigare resultat. Revisionen omfattar också granskning av journaler, rutiner och annan dokumentation samt intervjuer med personal för att bland annat undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i patientsäkerheten och verksamhetens kvalitet.

Avvikelsehantering

GBH äldreboende använder sig av Stockholmsdats avvikelserapporteringssystem. Detta är väl känt i personalgruppen och en lokal skriftlig rutin är upprättad. Denna beskriver hur risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras, utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Samtliga inkomna avvikelser tas upp för diskussion . Syftet är att sammanställa och analysera verksamhetens risker och händelser. Återföring till arbetslagen sker bland annat via arbetsplatsträffar, fredagsfika och veckobrev.

En rutin kring Lex Maria och Lex Sarah finns och alla allvarliga händelser ska förutom till Socialstyrelsen redovisas till Stockholmstad

Extern samverkan

Rutiner finns i verksamheten gällande informationsöverföring vid:

- Inflyttning
- Vård eller behandling hos annan vårdgivare
- Akuttransport till sjukhus

Av rutinerna framgår det vilka personer som ska kontaktas och vilken skriftlig och muntlig information som ska ges eller medfölja den boende.

GBH äldreboende har via Legevisitten en egen tilldelad läkare som besöker boendet en gång per vecka och är tillgänglig för telefonrådgivning övriga dagar. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur kontakt med läkare skall tas.

För att säkerställa försörjningen av säkra medicintekniska produkter finns ett avtal med Sodexo och ett serviceavtal finns med Etac avseende personlyftar och sängar.

Avvikelser i vårdkedjan rapporteras och analyseras enligt vår process för avvikelshantering.

Samverkan med patienter och närstående

Vid inflyttning till GBH äldreboende erbjuds samtliga patienter och närstående att delta i en vård- och omsorgsplanering för att från början skapa förutsättningar för en god samverkan och delaktighet i vården och omsorgen. Här deltar ansvarig sjuksköterska, patientens kontaktperson samt minst en representant från det paramedicinska teamet.

Patienter och närstående erbjuds att ställa frågor gällande vård och omsorg och alla medicinska aspekter går igenom. Vi informerar om vårt arbetssätt med riskanalyser och prevention av fall, trycksår och nutrition. Om en patient eller närstående önskar träffa ansvarig läkare bokas en tid in för ett inskrivningssamtal. Vårdplaneringen upprepas var sjätte månad eller vid förändrat sjukdoms- eller funktionstillstånd, förutsatt att patienten så önskar.

Sjuksköterskan noterar vilka närstående som skall kontaktas och i vilka situationer dessa skall kontaktas. Verksamheten har rutiner för hur närstående skall kontaktas vid förändrat hälsotillstånd hos patienten. Den huvudsakliga kontakten mellan ansvarig sjuksköterska och närstående är via telefon. GBH äldreboende är bemannat med sjuksköterskor dygnet runt och närstående eller boende är alltid välkomna att ta kontakt med sjuksköterskorna vid frågor eller or

Läkaren går rond på äldreboendet en gång per vecka och patienter som själva önskar diskutera något med läkare anmäler detta på förhand till sjuksköterskan som skriver upp i rondpärmerna.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter är en viktig del av förbättringsarbetet. Verksamheten har en skriftlig rutin gällande hantering av dessa. Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligen via en blankett som finns på anslagstavlan på varje avdelning, skriftligen via företagets websida eller muntligen direkt till kontaktperson, sjuksköterska eller verksamhetschef. Verksamhetschef ansvarar för att synpunkter och klagomål hanteras och utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna på enheten, samt till den person som lämnat synpunkten.

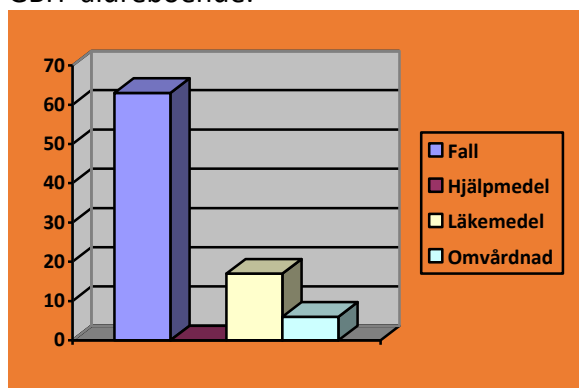
All dokumentation sparas på Lokala disken på Verksamhetschefs data . Kontaktpersonen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i SoL-dokumentationen. Sjuksköterska alternativt arbetsterapeut/sjukgymnast ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentationen.

Alla inkomna synpunkter, förbättringsförslag och klagomål behandlas i kvalitetsrådet. Om det inte är möjligt att lösa frågorna/problemen inom enheten, ska vederbörande chef, beroende på ärende, hänvisa till Stockholmsstad MAS, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd eller patientnämnd.

Resultat

Rapporterade avvikelser

GBH äldreboende:



Sammantagande har GBH haft 86 Dokumenterade avvikelser

Samtliga avvikelser har resulterat i åtgärder för att om möjligt förhindra att händelsen upprepas. Det kan röra sig om fallpreventiva åtgärder såsom antihalksockor, boendeanpassning och sjukgymnastisk träning eller att diskutera kring förhållningssätt och rutiner för att säkra läkemedelshanteringen, till exempel att påminna varandra eller ha som vana att alltid dubbelkolla kritiska moment men också i vissa fall indragning av delegering. Vi ser det som mycket positivt att personalen är riskmedveten och inser betydelsen av att skriva avvikelse rapporter. Det ger oss möjligheter att analysera verksamhetens risker och om möjligt förhindra vårdskador.

Lex Maria

Ingen LexMaria rapporterades 2019

Lex Sara

En Lex Sara anmällan rapporterades under 2019

Apoteksgranskning

Apoteksgranskning gjordes under 2019

MAS-uppföljning

Regelbundna samtal samt uppföljningar med MAS under 2019

Övergripande mål och strategier för 2020

Goldbröllopshemmet lämnas över till Vardaga den 3 december 2019





Patientsäkerhetsberättelse 2019

Bergsunds vård – och omsorgsboende
A & O Ansvar och Omsorg AB

Innehåll	Sid
Sammanfattning	3
Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet 2019	4
Övergripande mål och strategier	5
Avvikelser	9
Synpunkter och klagomål	11
Intern kvalitetsrevision	12
Apotekets kontroll	13
Palliativt arbete	14
Introduktion nyanställda	15
Mål inför 2020	16

Sammanfattning

År 2019 var ett turbulent år för Bergsunds vård – och omsorgsboende. Enheten bedrevs tidigare i kommunal regi med en verksamhetsövergång till A&O Temabo AB 2019-05-21. Verksamhetschef fortsatte sitt uppdrag i Södermalms stadsdels regi och det dröjde till augusti innan nästa verksamhetschef tillträdde. Efter två månader avslutade dock den chefen sin anställning i A&O och rekrytering av ny verksamhetschef påbörjades. Tjänsten tillträdde i januari 2020 och fram till dess utsågs en tillförordnad verksamhetschef.

Även två enhetschefer slutade, en i maj och den andra i oktober. I augusti började en ny enhetschef.

De många chefsbytena under året har präglat verksamheten, och verksamhetsövergången blev en lång och utdragen process.

En av våra stora utmaningar var att rekrytera kompetent omvårdnadspersonal till sommaren. Trots att vi var ute i god tid med rekryteringen lyckades vi inte få in vikarier för att täcka alla vakanser. Vi fick därmed ge avkall på vårt krav på undersköterskeutbildning för omvårdnadspersonal för att över huvud taget kunna anställa sommarvikarier, vilket ju är en förutsättning för den befintliga personalen att få sin välförtjänta semester. Vi har i efterhand fått ta emot kritik av både befintlig personal, boenden och närstående att det framför allt blev irriterande kommunikationsproblem på grund av bristande språkkunskaper. Hälso – och sjukvårdspersonalen var dock stabil hela sommaren då den ordinarie personalen dels delade upp sig och växlade semesterperioder och dels täcktes av våra vana och erfarna timanställda.

En annan utmaning var att inventera befintliga rutiner och föra över dessa anpassade till vår nya arbetsgivare. Ett arbete som fortfarande pågår.

Trots allt präglades året av nya förväntningar, gott humör, stabil personal och ett positivt synsätt. Nu ser vi framåt!

Marianne Hellström

Enhetschef för HSL Bergsund

Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet under 2019

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och ett aktivt förebyggande arbete för att förhindra vårdskador. Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och riktlinjer.

Verksamhetschef ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits är

kvalitetsmätningar som utförts i verksamheten som har lett till att utveckla verksamheten och att nya rutiner upprättats.

Upprätta och utveckla kompetensen genom att personal har deltagit i utbildningar avseende dokumentation, nutrition, palliativ vård, infektionssjukdomar, demenssjukdomar och sårvård.

Registrerat i nationella kvalitetsregister.

Kvalitetsuppföljning i Qusta-instrumentet, vilket är ett instrument för granskning och uppföljning av den kommunala hälso – och sjukvårdens kvalitet. Syftet är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet.

Utreda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.



Övergripande mål och strategier

Utöver vår strävan att efterleva den nationella värdegrunden för äldreomsorgen är verksamhetens mål att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. Vi vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Vårt mål är att arbeta med patientsäkerhet i fokus och att verksamheten genomsyras av god kvalitet, följsamhet till gällande lagar och förordningar, efterlevnad till rutiner och riktlinjer och samarbete mellan olika yrkeskategorier för en salutogen omvårdnad.

Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador.

För att uppnå målet uppmanas medarbetare att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och kan åtgärdas. Boende och närstående uppmanas likaså att påpeka brister, antingen muntligt eller skriftligt.

För att nå målen har följande strategier utarbetats:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation med fokus på riskbedömningar, hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd och möjligheten att följa hela vårdprocessen i journalen.
- Genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året. Indikatorer som mäts är blåsdysfunktion och vidtagna skyddsåtgärder.
- Genomföra riskanalyser av fallrisk, undernäring, trycksårslinje, munhälsövård och blåsfunktion. Riskanalyser sker kontinuerligt kring alla patienter i tvärprofessionella grupper.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Registrera i nationella kvalitetsregister.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildningar avseende dokumentation.
- Utföra nutritionsmätningar, genomföra nattfastemätningar
- Utveckla vår rutin för säker läkemedelshantering
- Rutin finns i Verksamhetsstödet vid Larm ur funktion
- Riskbedömningar i den boendes lägenhet ska utföras av kontaktperson vid ny inflytt och vid behov. Blankett finns i Verksamhetsstödet. Riskbedömningen ska uppdateras var 6:e månad.

Uppföljning och utvärdering av uppsatta mål

- Egenkontroller av journalföring är utförda vecka 10 och vecka 36. Egenkontrollen ingår som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och syftar till att säkerställa att vården av patient kan följas i journal.

Egenkontrollen har utförts på två journaler per omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Andelen kvinnor och män var lika stor för att få med jämställdhetsperspektivet. Egenkontrollen ger även underlag för verksamheten att bedöma utvecklingsområden och se behov av kompetensstöd för legitimerad personal. År 2019 uppfyllde vi kraven till 70%. Identifierade förbättringsområden är framför allt att dokumentera utvärdering efter utförda åtgärder samt möjlighet att följa hela vårdprocessen.

- Resultat av punktprevalensmätning avseende blåsdysfunktion vecka 36

Blåsdysfunktion	Vecka 36	Eventuella kommentarer
Syftet med indikatorn är att stärka utvecklingen inom området blåsdysfunktion. Resultaten ger en bild av nuläget och visar på utvecklingsområden.		
1. Andel äldre personer som behandlas med kvarliggande urinkateter.	8	
2. Andel äldre personer som har kvarliggande urinkateter med dokumenterad indikation avseende denna behandling.	8	
3. Andel äldre personer med blåsdysfunktion med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion.	0	Ingen utförd basal utredning
4. Andel äldre personer med blåsdysfunktion som har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.	Alla	Alla boenden har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.
5. Andel äldre personer med blåsdysfunktion som efter en basal utredning, erhållit minst en åtgärd eller behandling, utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling.	0	
6. Andel äldre personer med blåsdysfunktion som har toalettassistans som behandling.	31	

7. Andel sjuksköterskor som har specifik utbildning enligt blåsdysfunktionsområdet.	5	
8. Förekomst av rutiner (lokalt vårdprogram) för vård och behandling av äldre personer med blåsdysfunktion i kommunal hälso- och sjukvård.	Ja	

Resultat avseende vidtagna skyddsåtgärder vecka 36

Skyddsåtgärder	Vecka 36	Eventuella kommentarer
Skyddsåtgärder får inte vidtas utan personens samtycke då det saknas lagstöd, både i socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdslagen. Utan ett samtycke från den enskilde betraktas åtgärden som ett tvång eller en begränsning, även om syftet är att skydda personen för skada. Syftet med indikatorn är att medvetandegöra området och stimulera användandet av alternativa lösningar.		
1. Totalt antal personer med beslut om skyddsåtgärd	25	Larmmattor, rörelsevakter, positioneringsbälten och bord.
2. Antal personer med hälsoplan som innefattar skyddsåtgärd (kopplad ordination/ åtgärd förskrivning).	25	
3. Ange antal beslut som gäller individuellt larm	21	
4. Ange antal beslut som gäller bälte/grensele	2	För att bibehålla sittposition
5. Ange antal beslut som gäller brickbord	2	En för att stödja paretisk axel och en person för att möjliggöra aktivitet.

- Riskanalyser utförs på våra boende vid inflyttning samt vid tvärprofessionella teammöten där målet är att varje boende ska riskbedömas avseende fallrisk, undernäring, trycksårskrisk och munohälsa minst var sjätte månad. Detta dokumenteras i journal samt i kvalitetsregistret Senior Alert.
- Analys och vidtagna åtgärder utifrån gjorda egenkontroller. Resultatet av punktprevalensmätningarna visade att det fanns brister i utförd basal utredning kring inkontinens vilket blir ett fokusområde för år 2020. En kvalitetsgrupp med inkontinensombud ska tillsättas år 2020.

- Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska utredas, analyseras och följas upp enligt rutin. *Se särskilt avsnitt kring avvikelshanteringen.*
- Alla boenden registrera i nationella kvalitetsregister. På grund av verksamhetsövergången hade vi stora svårigheter att få access till de olika registren och resultatet för registrering är därmed lågt. Vi kan endast få åtkomst till de registreringar som gjorts efter övergången.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg, avseende undernäring, fall, trycksår och munohälsa. Boende, 65 år eller äldre, registreras och riskbedömning görs. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska snarast efter inflytt göra en riskbedömning i Senior Alert. Riskbedömningarna ligger till grund för omvårdnadsplaner. Senior Alert uppdateras minst var 6:e månad, och vid behov. Vid årets slut har endast 52% av de boende på Bergsund registrerats i Senior Alert.

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Förekomst av BPSD kan ses som ett mått på livskvalitet för personer med demenssjukdom. BPSD registrering sker efter skattning. Skattningen görs i tvärprofessionellt team.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slutskede. Registrets syfte är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede. Vi har under år 2019 endast tio registrerade dödsfall i Palliativregistret vilket innebär att vi inte kan få ut ett diagram. Anledningen är (som ovan nämnts) att vid verksamhetsövergång börjar man om med registreringarna och den gamla informationen nås inte längre.

- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildningar avseende dokumentation.
Vi har under 2019 haft två dokumentationsansvariga sjuksköterskor och en arbetsterapeut. Dessa har ingått i ett nätverk på Södermalms stadsdel avseendes HSL-dokumentation. Det har varit två möten per termin och deltagarna har delgett övrig HSL-personal vad som tagits upp.
- Utföra nutritionsmätningar, genomföra nattfastemätningar. Vi har inte genomfört detta 2019 men ambitionen är att detta ska genomföras 2020 då vi nu har en anställd dietist som tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska utföra mätningarna.
- Utveckla vår rutin för säker läkemedelshantering. Påbörjades 2019 men är slutförd 2020. I rutinen för läkemedelshantering ingår att sjuksköterska ansvarar för att aktuell ordinationshandling finns tillgänglig, att utsedd läkemedelsansvarig sjuksköterska rekviderar läkemedel enligt direktiv för det generella förrådet, att ha kontroll på utgångsdatum mm. Egenkontroll i form

av kontrollräkning av narkotikaklassade preparat skall utföras en gång per månad.



Avvikelser

Avvikelse enligt HSL avser en icke förväntad händelse i verksamheten avseende hälso- och sjukvård som medför eller skulle kunna medföra skada eller risk för skada för den äldre.

Vem rapporterar:

Var och en av medarbetarna som upptäcker att ett fel och brist, en avvikelse enligt HSL eller ett fall har skett.

Till vem lämnas rapporten:

- Fall – Sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast
- Övriga HSL avvikelser – tjänstgörande sjuksköterska
- SoL avvikelser – Sjuksköterska/biträdande enhetschef
- HSL avvikelse dokumenteras och utreds av sjuksköterska i Vodok.
- Fallregistrering dokumenteras i Vodok av arbetsterapeut/sjukgymnast

Så behandlas rapporten:

- Omvårdnadsavvikelsen ska, samma dag den upptäcks, skrivas och lämnas till tjänstgörande sjuksköterska/enhetschefen.
- Tjänstgörande sjuksköterska/Biträdande enhetschef ansvarar för att fel och brist, avvikelser och fallregistrering utan dröjsmål åtgärdas.
- Vid upprepade rapporter om fel och brist kring samma sak kan det också vara aktuellt att skriva en rapport enligt lex Sarah.
- Utredning av fall sker i teamet där varje profession bidrar med sin spetskompetens.
- Biträdande enhetschef ska kontinuerligt bevaka händelserapporterna och vidta åtgärder för att förebygga upprepning av liknande händelser.
- Rapporter om fel och brist ska förvaras hos biträdande enhetschef.
- Samtliga avvikelser behandlas löpande och sammanställs inför Kvalitetsforum
- Avvikelser går igenom gemensamt på Kvalitetsforum (var fjärde vecka) där följande personer deltar
- Kvalitetsombud
- Sjuksköterska
- Rehabiliteringspersonal
- Enhetschef SoL
- Enhetschef HSL
- Verksamhetschef

- Vid mötet diskuteras åtgärder som vidtagits vid händelsen och i efterhand och om dessa varit tillräckliga. Förslag på rutiner eller andra förbättringar dokumenteras för vidare arbete.
 - Beslut fattas också om händelsen bedöms vara vårdskada eller risk för vårdskada.
- Avvikelser av vikt presenteras sedan på APT
 - Chef ansvarar för att skyndsamt informera MAS/MAR vid allvarlig vårdskada

Antal inkomna avvikelser avseende hälso - och sjukvård:

Typ	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Sum
Fallolyckor	9	19	20	29	0	8	8	11	15	24	23	22	188
Antal personer	8	12	12	16		7	8	10	15	17	18	16	139
07.00-21.00	6	19	17	24		5	7	7	14	18	23	18	158
21.00-07.00	3		3	5		3	1	4	1	5		4	29
Ingen skada	5	17	17	27		8	8	8	11	20	18	17	156
Lätt skada	4		2	2				3	3	3	4	4	25
Akutsjukvård			1							1			2
Allvarlig skada									1				1
Fraktur		2									1	1	4
Fallriskbedömning gjord	8	12	12	16		7	8	10	15	24	23	22	157
Läkemedel	0	2	3	7	1		1		1	10	8	0	33
Utebliven dos		2	2	6	1		1		1	10	8		31
Annat			1	1									2
Trycksår	0				1							0	1
Kategori 3.					1								1
På enheten					1								1
													0
Övrigt	0		1							1	1	0	
Kommentar													0
Summa	9	21	23	36	2	8	9	11	16	34	31	22	222

Samtliga avvikelser registrerades i avvikelssystemet i Vodok 2.0.

Under året har två Lex Sara-anmälningar rapporterats till Södermalms stadsdel.
Den första skedde 20190404 och avsåg risk för trycksår och den andra incidenten inträffade 20190912 och avsåg bemötandeproblematik.



Synpunkter och klagomål

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten besvaras alltid inom 14 dagar. Svaret är skriftligt och innehåller en redogörelse för hur verksamheten har åtgärdat klagomålet/synpunkten.

Ärendet analyseras och utreds med hjälp av en handlingsplan. Handlingsplanen redovisar vari missförhållandet består, vilka de faktiska omständigheterna är och vilka befintliga rutiner som finns. Planen innehåller också en bedömning av händelsen samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder med målformulering. Om ärendet är omfattande med många inblandade utförs en händelseanalys.

Aktuella medarbetare informeras. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS/MAR.

Återkoppling via handlingsplan sker även på kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade för att förhindra upprepning.

En sammanställning görs där orsak och vidtagna åtgärder framkommer.

Klagomålet/synpunkten diarieförs och tilldelas ett diarienummer av registraturen i Södermalms stadsdelsförvaltning.

Under år 2019 har det inkommit:

- | | |
|--------|---|
| 190301 | Avvikelse från Södersjukhuset angående att patient skickats till akuten för inläggning av picc-line. |
| 100501 | Avvikelse från Södersjukhuset angående att patient skickats till akuten utan föregående undersökning av VoB:s läkare. Avvikelsen vidarebefordrad till Legevisitten. |
| 190704 | Avvikelse från Södersjukhuset angående för låg vårdnivå på transport |
| 190924 | Avvikelse från Södersjukhuset angående ej utförd omläggning |
| 191030 | Avvikelse från Södersjukhuset angående för hög vårdnivå |
| 190528 | Klagomål från anhörig angående omvårdnad |
| 190724 | Klagomål från anhörig angående omvårdnad |
| 191128 | Klagomål från anhörig angående omvårdnad |

Samtliga klagomål/synpunkter har besvarats antingen med telefonsamtal och skriftligt svar eller möte tillsammans med anmälaren/berörd personal och skriftligt svar.



Intern kvalitetsrevision

Intern kvalitetsrevision utfördes i oktober av företagets kvalitetsutvecklare (KU). Kvalitetsgranskningen bestod av okulär kontroll där KU genom observation på enheten gjorde bedömningar, verksamhetsfrågor där chefen svarar på frågor, frågor till omvårdnadspersonal, frågor till sjuksköterskor och frågor till rehabpersonal.

Utifrån resultatet av kvalitetsgranskningen har en handlingsplan upprättats innehållande:

Delområde	Åtgärd
Sektor boende Omvårdnad och sjukvård	Aktuell lokal rutin för läkemedelshantering finns tillgänglig i verksamhetsstödet
	Rutin för kassering av läkemedel
	Lokal rutin för stickande/skärande samt smittfarligt gods.
	Lokalt tillägg för delegering
	Lokal rutin i samband med dödsfall
Sektor Personal Omvårdnad och sjukvård	Ssk är delaktig i medarbetarsamtal för omvårdnadspersonal
	Ssk känner till verksamhetsplanen för året Rehab känner till verksamhetsplanen för året
	Ssk känner till enhetens mål för året Rehab känner till enhetens mål för året
	Ssk känner till ansvar och befogenheter vad gäller beställning av sjukvårdsmaterial, läkemedel
	Ssk har undertecknat blanket för befogenheter och ansvar gällande sjukvårdsmaterial och läkemedel Rehab har undertecknat blanket för ansvar och befogenheter gällande beställning av hjälpmedel
	Ssk varit delaktig i upprättande av patientsäkerhetsberättelsen
Sektor boende	Checklista för välkomstsamtal används vid inflytt
	Rutin för säker informationsöverföring finns
	Nattfastemätningar genomförs enligt rutin, minst 2 ggr/år

	Basal inkontinensutredning utförs vid inflytt och dokumenteras i journal
	Beställningsrekvisitioner av narkotikapreparat till lm-rummet överensstämmer med antalet inskrivna preparat i narkotikapärm.
	Underlag till beställning av narkotikapreparat till lm-förråd förvaras samlade i pärm.
	Rutin för kassering av läkemedel efterföljs



Apotekets kontroll

I augusti 2018 genomfördes en läkemedelskontroll av apoteket. En receptarie kom till enheten och granskade läkemedelsförråd, hantering av läkemedel samt läkemedelsrutin. Kontrollen utfördes enligt apotekets rutin för detta. Utifrån resultatet av apotekets kvalitetsgranskning har en handlingsplan upprättats.

Följande områden behövde vi åtgärda:

- Säkerställa att alla signaturer i en journal finns med i signaturförtydligandelistan
- Säkerställa att det finns aktuell "Generella direktiv/ordinationer" från läkarorganisationen
- Arbeta för att läkarna alltid ska skriva in ändamål/indikation när de ordinerar i Pascal
- Dokumentera namnet på den läkare som ger en muntlig ordination
- Säkerställ att brytdatum alltid skrivs på öppnade förpackningar ex ögondroppar samt insulin
- Säkerställ att även kontroller av den personbundna narkotikan sker en gång per månad
- Lägenhetsnumret på de personbundna backarna i läkemedelsförrådet bör bytas ut till patientens namn och personnummer.

Samtliga punkter är åtgärdade till årets Apoteksgranskning som kommer utföras 2020-03-03.

Läkemedelsgenomgångar

Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska reviderade samtliga boendes läkemedelslistor utspjutt under året, vid rondtillfällen.



Palliativt arbete

Den palliativa vården ska utgå från Nationellt vårdprogram för palliativ vård och från Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Vården i livets slutskede ska genomsyras av ett palliativt förhållningssätt med en helhetssyn på människan. Att tillgodose den boendes och närståendes behov av information och samtal är en viktig del av vården och en förutsättning för att skapa delaktighet. Sjuksköterskan ansvarar för att vården i livets slutskede planeras i nära samarbete med läkare, boende och närstående.

- Den boende ska informeras av läkare om sin situation (brytpunktssamtal)
- Boende ska erbjudas möjlighet att dö på den plats han/hon själv önskar
- Boende ska säkerställas god omvårdnad avseende munhälsa
- Boende ska säkerställas god omvårdnad avseende trycksår/förebyggande åtgärder
- Om behov och önskan föreligger ska mänsklig närvaro i dödsögonblicket tillgodoses
- Boende ska smärtskattas med validerat smärtskattningsinstrument
- Boende ska vara lindrad från smärta
- Boende ska symtomskattas med validerat symtomskattningsinstrument
- Boende ska vara lindrad från illamående, ångest och rosslig andning
- Närstående ska vara informerade av läkare om den boendes situation
- Närstående ska erbjudas samtal efter dödsfallet

För läkemedel används ett standardiserat behandlingsförslag med läkemedel mot illamående, oro/ångest, rosslande andning och smärta. Ordinationen kan ges per telefon och skrivs då upp på en särskild blankett som används tills ordinationen är skriftligt införd i Pascal.

Vid enheten finns palliativa ombud bestående av representanter från de flesta avdelningar samt sjuksköterska och arbetsterapeut. Under året har ombuden haft interna möten vid två tillfällen och det har varit ett nätverksmöte för Södermalms stadsdel.

Under året har gruppen iordningställt en "Palliativ låda" till varje avdelning där det finns fina lakan, duk, LED-ljus och ljusstake och en skrift för utlåning till anhöriga "Livets sista tid".



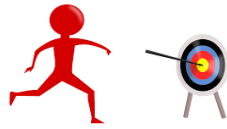
Introduktion nyanställda

Alla nyanställda ska få en individuellt anpassad introduktion som är anpassad och utformad efter yrke. Utsedd handledare går tillsammans med den nyanställd

Därigenom säkerställs att den nya medarbetaren har tillräcklig kunskap om sin nya arbetsplats. Om så inte är fallet ska handlingsplan upprättas av verksamhetschef.

Alla nyanställda ska få en välkomstmapp med nödvändig information. I mappen ska finnas:

- Sekretessblankett
- Infoblad om lex Sarah och Maria (för påskrift)
- Infoblad om My Payslip och Medvindsinlogg
- Kvittensblankett (för t ex nycklar, passerkort och taggar)
- Befattningsbeskrivning
- Blankett med info om vem som ska kontaktas vid särskild händelse/sjukdom



Mål för 2020

- Fortsätta att utveckla journalföringen i Vodoc. Bli bättre på att skriva hälsoplaner med åtgärder, uppföljning och resultat. Följa upp vårdplan minst 2 ggr/år. Förbättra dokumentationen så att det går att följa hela vårdprocessen i journalen. Förbättra resultatet i egenkontrollen av dokumentationen till 85%.
- Samtlig personal ska gå webbutbildning i basal vårdhygien.
- Kvalitetsregister Senior Alert: fortsätta registrera alla boende och öka andelen åtgärdsplaner från 52% till 95%.
- BPSD: Alla boende på våning med demensinriktning ska registreras. Att använda registret mer som ett verktyg som en naturlig del av vården.
- Palliativa registret: Öka antalet registrerade till över 85%
- Att minst 95% av alla boende ska ha genomgått en basal inkontinensutredning enligt Nikola. Målet är att det ska vara klart till sommaren 2020.
- Säkerställa att all personal genomgår webb-utbildning i basal hygien och även gör en självskattning två gånger per år.
- Fortlöpande utbildning i lyftteknik för all personal med fokus på nyanställda.
- Översyn och revidering av MTP
- Gå igenom hjälpmedel enligt årshjul.
- All personal genomgå webbutbildning i Nollvision
- Värdegrundsarbete i tvärgrupper. Kurator håller i grupperna och är även sammankallande.
- Bygga upp arbetet med ombudsfunktioner:
 - Aktivitetsombud
 - Anhörigombud
 - Brandombud
 - Dokumentationsombud
 - Hygienombud
 - Inkontinensombud
 - Kostombud
 - Kvalitetsombud
 - Larmombud
 - Miljöombud
 - Palliativombud
 - Demensombud
 - Värdegrundsombud

En sammankallande utses för varje ombudsgrupp och möten hålls enligt årshjulet.

- Införande av NVP. Nationell Vårdplan för Palliativ vård, NVP, är ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov. NVP syftar till att kvalitetssäkra vården i övergången från botande till lindrande/stödjande vård, till att patienten bedöms vara döende samt omhändertagande efter dödsfallet.
- Dietist tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska ombesörjer nutrimtionsmätning för de som är undernärda samt genomför nattfastemätningar.





2019 års patientsäkerhetsberättelse Vårdgivare Magdalenagården

2020-02-25 Karin Thune verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning
Övergripande mål och strategier
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
Struktur för uppföljning/utvärdering
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
Uppföljning genom egenkontroll
Samverkan för att förebygga vårdskador
Riskanalys
Informationssäkerhet
Hälsö- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
Hantering av klagomål och synpunkter
Sammanställning och analys
Samverkan med patienter och närstående
Resultat
Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Under hela år 2019 har verksamheten arbetat för att skapa lugn och trygghet inför verksamhetsövergången 2019-11-01 till Södermalms stadsdelsförvaltning, för boende, närstående och medarbetare.

Dokumentationen med hälsoplaner, handlingsplaner och uppföljning har utvecklats och samstämmigheten av mål har ökat mellan HSL- och SoL dokumentationen, vilket tyder på ett bättre teamarbete, vilket i sin tur ökar patientsäkerheten. Kvalitetsregistret Senior alert och BPSD har inte Magdalenagården kommit i gång med fullt ut. På grund av verksamhetsövergången valde leningen att inte implementera dessa register utan möjlighet att följa upp dem, utan att utföra det vi redan gör på ett bättre sätt så att all dokumentation var aktuell och väl upprättad vid övergången.

Samtlig tillsvidareanställd personal har genomgått en paliativutbildning. Paliativaombud finns utbildade genom Stockholms stad, dessa har medverkat på nätverksträffar.

Alla medarbetare registrerar i avvikelssystemet och förbättringsloggen via Qualimax. En egenkontroll har genomförts på Magdalenagården som resulterat i handlingsplan som fördes in i förbättringsloggen så som även brukarundersökningens handlingsplan.

Lokala rutiner och processer har upprättats fortlöpande och förankrats hos medarbetarna dels genom rådsfunktioner och dels vid ledningsgrupp, APT, avdelningsmöten, teammöten och planeringsdagar.

För att säkerställa att verksamheten arbetar utifrån författningen HSLF-FS 2016:40 har varje medarbetare personligt lösenord och hjälpmedel som bank ID alternativt SITHS kort för autentisering inte kan bli tillgänglig för annan och datorer som används för att hantera uppgifter om vårdtagare inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst.

För att säkerställa att verksamheten förbinder sig att skydda uppgifter om vårdtagarna mot obehörig åtkomst skriver varje medarbetare på sekretessförbindelse.

Verksamheten behöver fortsätta att arbeta med teammötena och fördjupa innehållet kring vårdtagaren, påbörja registrering i både Senior alert och BPSD. Alla medarbetare ska fortsätta registrera avvikelser för fortgående kvalitetsarbetet med hjälp av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets-, miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

Alla medarbetare är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Medarbetarna rapporterar avvikelser i företagets avvikelssystem. Vid risk för vårdskada kontaktas närmaste chef. Verksamheten har rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser och risker för att analysera, fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheten i verksamheten.

Sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut träffas en gång i veckan för avstämning av avvikelser i systemet. Där efter tar de med avvikelserna till teamets möten för att använda erfarenheten till att säkra och förbättra för vårdtagaren.

Kvalitetsrådet träffas en gång i månaden samt vid behov. Verksamhetschefen är sammankallande och det deltar alltid minst en person från varje yrkeskategori och våningsplan. På kvalitetsrådet lyfts frågor utifrån statistik från avvikelssystemet, tex mängden medicinavvikelser om de har ökat, analyseras resultatet och medför nya arbetssätt och rutiner. När ett förbättringsområde identifierats förs detta in i förbättringsloggen för vidare uppföljning och utveckling. Utvecklingsområden förs in i Förbättringsloggen och följs upp och utvärderas.

Kvalitetsrådet har även tagit fram ett flertal risk och konsekvensanalyser med handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata. Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i dokumentationssystemet Vodok.

Verksamheten deltar i Stadens PPM mätningar och rapporterar till Södermalms MAS. Årligen genomförs hygienrund av hygienssköterska från Vårdhygien samt Apoteksgranskning av apotekare.

Verksamheten arbetar tillsammans med ansvarig läkarorganisation efter MedView, som är ett strukturerat arbetssätt för regelbunden översyn av ordinerade farmaka; indikation, fortsatt behov samt eventuella förekomster av biverkningar, interaktioner och/eller kontraindikationer.

Riskbedömningen består av fyra ja/nej frågor samt Phase-20 som genomförs på alla vårdtagare vid inflyttning samt två gånger per år samt vid behov. Utifrån svaren ta ställning till eventuell fördjupad läkemedelsöversyn. MedView är ett komplement till de årliga läkemedelsgenomgångarna och det arbetssättet fortgår kontinuerligt.

Verksamheten arbetar utifrån författning HSLF-FS 22017:37 för att säkerställa ordination och hantering av läkemedel.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Utifrån en egenkontroll i företagets kvalitetssystem följs samtliga rutiner, policys, arbetssätt samt följsamheten till dem upp. Dessa resulterar i en del förbättringsområden som verksamheten utvecklar och följer upp. Månatligt följs arbetet i förbättringslogg och avvikelssystem även upp centralt ifrån. På Magdalenagården genomfördes en egenkontroll våren 2019, höstens tillsyn ställdes in på grund av verksamhetsövergången som genomfördes 2019-11-01. Loggkontroller genomfördes på dokumentationssystemet på både vårdtagare och legitimerad personal. Verksamhetens ISO – certifiering upphörde 10-05-31, då vi fick dispens att inte genomgå en ny certifiering på grund av verksamhetsövergången.

Dokumentationsgranskning av HSL dokumentation har genomförts. Vi har arbetat för att förbättra utifrån året mål, så nu finns läkarorganisation och omvårdnadsansvarig sjuksköterska noterade. Även kommunikationsöverenskommelser finns nu dokumenterade. Antalet hjälpsoplaner har ökat och är mer samstämmiga med SoL dokumentationen vilket tyder på ett bättre teamarbete. Fortfarande kan analyserna och uppföljningarna bli tydligare.

Vid Apoteksgranskningen framkom förbättringsförslag, att uppdatera lokala rutiner rör läkemedelshantering. Att säkerställa kompetens hos delegerad personal att följa föreskriftens alla kontrollpunkter vid överlämning av läkemedel. Att använda medicinlistan och inte skriva in läkemedlen på signeringslistan.

Vårdhygiens hygiensköterska frågade efter en Screening av avdelning med tolv vårdtagare för att kontrollera tidigare misstänkt smittspridning. Screeningen genomfördes och resultatet var utan anmärkning.

Utifrån avvikelssystemet har flera avvikelser lett till både nya arbetssätt och förbättrade rutiner.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad mellan Magdalenagården och läkarorganisationen, Saltsjöbadens familjeläkare. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning samt medicinsk vårdplanering. Överenskommelsen om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Vid varje inskrivning hämtas samtycke till kontakt med andra vårdgivare in.

Verksamhetschefen har medverkat i samverkansmöten med läkarorganisationens ledning, Vardagas MAS och verksamheter, dör eventuella problem lyfts upp men framförallt dialog om kvalitetsutveckling.

Under året har verksamhetschefen haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren vid uppföljning av hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar.

Magdalenagården har en välfungerande samverkan med vår uppdragsgivare, Södermalms stadsdelsförvaltning. Inför verksamhetsövergången har Magdalenagården medverkat till en säker och trygg övergång tillsammans med stadens MAS.

Samverkan med uppdragsgivare kring patienten

Då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från vårdtagare eller närstående inkommit har det skett en återkoppling till Stadsdelen.

Magdalenagården har medverkat i avtals- och verksamhetsuppföljning. Inför verksamhetsövergången har Magdalenagården och Södermalms stadsdelsförvaltning haft ett flertal avstämningsmöten utifrån en checklista. Syftet har varit att så tryggt och säkert som möjligt flytta över verksamheten i stadens regi.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Tvärprofessionella team möten hålls en gång i veckan samt reflektionsmöten med samma deltagare en gång i månaden. Riskanalyser och skattade risker är underlag för individuellt utformade handlingsplaner. Gemensam analys av avvikelser för att finna mönster och ev. åtgärder i teamet runt den boende. Avstämningsmöten med närstående under boendetiden.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Magdalenagården genomförs preventions- och riskbedömningar för varje vårdtagare vid inflyttning utifrån gällande rutin och riktlinje. Riskanalyserna upprättas i journalsystemet Vokdok. Dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. För att säkerställa detta används checklista, vid in- och utskrivning. Likaså genomförs ADL- och förflyttnings status som även dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. Handlingsplanerna tas fram i teamet runt vårdtagaren när risk föreligger.

Informationsöverföring sker under strukturerade former på team-möten men även i det vardagliga arbetet mellan yrkeskategorierna. Både kvalitetssystemet och dokumentationssystemet är känt för alla medarbetare. Datorer finns lättåtkomligt på alla avdelningar. Rutiner för dokumentationen finns tillgänglig i skriftlig form. Avvikelsehanteringen samt lex Sarah och lex Maria finns som stående punkter på APT och kvalitetsrådets protokoll samt diskuteras i det dagliga arbetet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Vardaga har styrdokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård. Gruppchefen för HSL granskar dokumentationen utifrån en checklista för att undersöka innehållet i dokumentationen men också loggar utifrån vilka som tittar på vika journaler. Vi rensar listor enligt GDPR, rensar journal och akt vid dödsfall.

Samtliga vårdtagare på Magdalenagården har lämnat sitt samtycke till registrering i olika system vid inflytt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

På Magdalenagården har samtlig personal kunskap om Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser. Samtliga är skyldiga att rapportera i direkt anslutning av en händelse. Samtliga avvikelser registreras i Qmaxit. Alla medarbetare är medvetna om vikten av att aktivt arbeta med identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker.

Verksamhetschefen och gruppcheferna får ett mail när en ny avvikelse är registrerad. Handlar avvikelserna om tex ett fall hamnar den automatiskt även hos sjukgymnast och arbetsterapeut. Sjuksköterskorna får avvikelser rörande läkemedel. Detta för att behandlingstiden för avvikelserna ska vara så snabb och effektiv som möjligt. Är avviken alvarlig, högt poäng satt, går den på automatiskt till överordnande chef och till Vardagas MAS/kvalitetsutvecklare. Vid alvarliga avvikelser informeras alltid uppdragsgivaren.

Avvikelserna följs upp på team-möten, för analys kring vårdtagaren och händelsen och kvalitetsråd för utvärdering av rutiner och arbetssätt, där efter avslutas avvikelserna när de är färdigutredda av verksamhetschefen som för in eventuella utvecklingsarbete i förbättringsloggen.

Vid datastopp finns blanketter på varje våningsplan för registrering av avvikelser.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Återkoppling sker enligt rutin till den som inkommit med synpunkt eller klagomål. Detta för att så snart som möjligt starta en dialog och eventuellt utredning. Vi arbetar aktivt med att hanteringen skall vara så snabb och effektiv som möjligt. Allvarigare synpunkter och klagomål rapporteras till verksamhetschefen samt MAS och uppdragsgivare.

Synpunkter och klagomål riktade till verksamheten diskuteras/behandlas kontinuerligt i aktuella mötes forum, som ledningsgruppen, team-möte, HSL möte, kvalitetsråd och/eller APT. Vi lägger stor vikt vid att bekräfta den enskildes upplevelse. För att kunna möta de förväntningar och behov som vårdtagaren har, för att de, i sin tur skall uppleva att de är sedda, hörda och får en trygg och säker vård.

Information om och blanketter för synpunkter och klagomål finns tillgängliga i entrén och på alla avdelningar i Anhörigpärmen. Blanketten ingår även i inflyttningsmaterialet. Information om företagets kundombud finns även det på avdelningarna och i e entrén. Kundombudet kan anhöriga och vårdtagare kontakta både vi mail och per telefon för att framföra synpunkter och klagomål.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Många avvikelser och synpunkter har under året rapporterats i avvikelssystemet, Q-maxit, så mörkertalet uppfattas som minimalt. Tre avvikelser har resulterat i ett utökat utredningsarbete, men inget av dem har bedömts som lex Sarah eller lex Maria.

Majoriteten (34 %) av avvikelserna gäller fall, nära följt av Läkemedelshantering (31%). Det har resulterat till ett mer strategiskt arbete med fall, allt ifrån skydd som höftskyddsbyxor till fallskyddsmattor, halksockor till balansövningar och ett tydligare miljötänkande med fria ytor och mindre saker att snubbla på. Lika så infördes en ny rutin för delegerad personal vid läkemedelsdelningen. Varje morgon utsågs en undersköterska att gå runt och kontrollera att alla mediciner delats. Genomgångar på två APT möten om föreskriftens punkter vid medicin givning och att använda medicinlistan för kontrollen eftersom vi inte längre för in läkemedlen på signeringslistorna. Samtliga insatser har minskade avvikelserna.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

Efter tre träffar år 2019 upphörde närståenderådet på grund av att vårdtagarna till de närstående avled. Anhöriga valde då att avsäga sig sin medverkan i rådet.

Under året har det varit sammanlagt 4 st. anhörigmöten av de större slaget. Uppslutningen har varit stor, där information om verksamheten kommande aktiviteter och verksamhetsövergången, men även uppträdande med projekt "sjung ditt liv vid två tillfällen samt information av olika bygginsatser som genomförts på Magdalenagården.

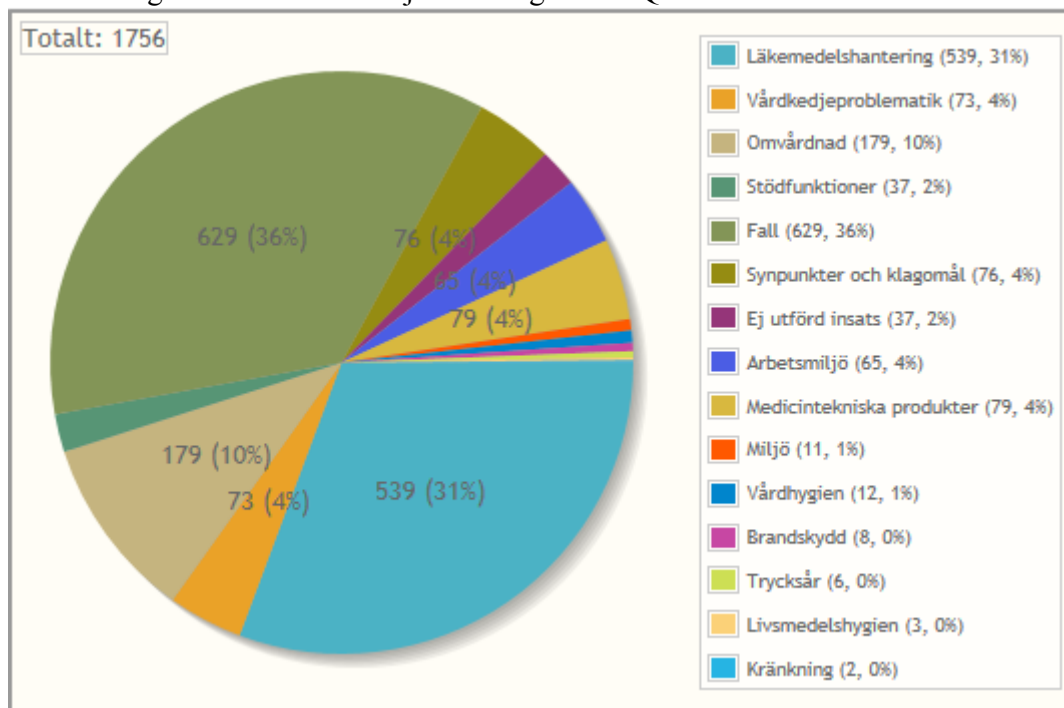
Verksamhetschefen har hållit Boråd för samtliga plan, ett nytt arbetssätt som gav fler vårdtagare möjlighet att vara delaktiga i sitt boende.

Närstående bjuds alltid in vid medicingenomgångar och till regelbundna avstämningsmöten med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit.



Resultat 2019

Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rappporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	Ny sjukgymnast och arbetsterapeut anställdes i början av året som har utfört förflyttningsbedömningar på samtliga vårdtagare. Alla vårdtagare har en aktuell fallriskbedömning med eventuella åtgärder. Ny inflyttade vårdtagare får en fallriskbedömning inom tre dygn.	Rutiner och styrdokument för fallprevention Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårds personal och omvårdnadspersonal Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador	Sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar för att vid team-möten redovisa de fall som skett. Varje vårdtagare har en aktuell fallriskbedömning dokumenterad i Vodok med åtgärder.	Totalt: 111 fall (46%)	Samtliga vårdtagare har aktuella fallriskbedömningar, dokumenterade i Vodok och kända i teamet. Analys av fall sker först med sjukgymnast och omvårdnadsansvarig sjuksköterska och sedan tas den vidare till team-möter vilket lett till ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall o Förflyttningsutbildningar har kontinuerligt hållits med teamen för att kunna rikta in sig på de hjälpmedel och utmaningar som finns på just deras avdelning.
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen,	Rutiner och styrdokument för	På varje avdelning finns en ansvarig hygienobservatör för	Smittspridning 0%	Självskattning set två gånger per år och vid behov

	gällande meddelandeblad och styrdokument	basal hygien i vård och omsorg - Kompetens hos all personal - Handledning/ utbildning - Självskattning av följsamheten	att säkerställa att de basala hygienrutinerna följs. Årligen genomför alla medarbetare webutbildning i basalhygienrutiner. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har tillsammans med hygienombuden genomfört självskattningar.		Observationer sker även de två gånger per år samt i det dagliga arbetet
Rapporterings-skyldigheten	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.	Genomgång av rapporteringsskyldigheten har skett på APT-möte, kvalitets- och planmöte. Hantering av avvikelser diskuteras på team-möten I checklistan för nyanställda finns rutin kring avvikelshantering och rapporteringsskyldighet	Tre avvikelser har lett till utökad utredning, men ingen har bedömts till vare sig vård skada eller missförhållande.	Avvikelser skrivs, arbetet kring hanteringen och rapporteringen fortskrider fortlöpande
Läkemedels-hantering och delegerings-processen	Att medarbetare: - kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt - En säker läkemedels hantering	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Samtliga ska genomgå Webutbildning samt frågeformulär Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshanteringen	Delegerad personal har fått genomgångar av kontrollpunkterna utifrån föreskriften vid överlämnande av läkemedel. Skapat ny rutin gällande avlägsnandet av tom dosett för att minska risken för fel Instruerat delegerad personal om hur de läser medicinlistan för säkerhetsställa rätt preparat, styrka och mängd Vid inskrivning går läkare och sjuksköterska tillsammans igenom vårdtagarens läkemedel. Granskning av apoteket sker en gång per år En gång i månaden kontrollerar två sjuksköterskor narkotiska preparat. Vårdtagarnas och bas förrådet.	Totalt: 539 avvikelser 31% Läkemedelsgenomgångar: 100%	Mängden avvikelse har ökat från år 2018 55 st. till år 2019 till 539 avvikelser. Det är en stor ökning som gör att man misstänker att år 2018 hade ett stort mörkertal. Målsättningen måste vara att minska antalet läkemedelsavvikelser.

			Läkemedelsgenomgångar sker en gång per år och vid behov med ansvarig läkarorganisation.		
Trycksår	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	- Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning - Utbildning i sårvård - Samverkan vid teammöte	Riskbedömningar utförs var sjätte månad och vid behov, dokumenteras i Vodok. Handlingsplanerna är ett diskussionsunderlag för teammötena.	Trycksår:	Fortsatt arbete med nolltolerans mot trycksår.
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Dokumentationsansvarig för SoL och HSL finns och varje våning har en dokumentationsstödjare. Styrdokument och rutiner finns kring dokumentation. Loggkontroller genomförs första veckan varje månad. Alla vårdtagare och legitimerad medarbetare skall granskas en gång årligen. Utbildningstid för dokumentation och dokumentation finns planerad.	95% fullständiga journaler Loggkontroller genomförda	100% fullständiga journaler
Vård i livets slut	- En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. - Dokumentera i en hälsoplan/NVP	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud Använd palliativa registret	Lokal rutin kring vård i livets slut finns. Paliativaombud finns utbildade genom Stockholms stad på var avdelning. Alla dödsfall registreras i Palliativregistret. Statistiken har använts som underlag i förbättringsarbete.	Klicka här för att ange text.	Sjuksköterskorna skall tillsammans med läkaren sträva efter att 100% av skattningarna registreras i palliativregistret.

MNA (kost/nutrition/vikt)	Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning Nyinflyttade patienter ska bedömas inom tre dygn	Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal. Handledning/utbildning i klinisk nutrition	MNA genomförs två gånger per år och vid behov. Hälsoplan skrivs på dem med risk för undernäring. Vikt tas enligt rutin var tredje månad eller vid behov. Logopedbedömning samt dietistbedömning genomförs vid behov.	0% rapporterade avvikelser	Fortlöpande förbättringsarbete för att minska risken för undernäring
Munhälsa	Alla patienter ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Dokumentera i Senior Alert ROAG Handledning och utbildning i munvård	ROAG utförs och registreras i Vodok för samtliga vårdtagare. All HSL-personal skall delta vid lunchen för att kunna utvärdera och säkerställa vårdtagarnas behov av insatser vid sin kosthållning.	0% rapporterade avvikelser	Alltid pågående förbättringsområde
Inkontinens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med forskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Det finns sjuksköterska med forskrivningsrätt på enheten Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ordinerar inkontinenshjälpmedel i one med Guide. Kontinensombuden på varje avdelning ansvarar för beställning. Riskbedömning genomförs och dokumenteras i Vodok.	100% av alla vårdtagare med behov har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.	Fortlöpande förbättringsarbete
Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Samtycke inhämtas från varje vårdtagare som rutin vid inflyttningen och dokumenteras i Vodok.	100% inhämtade samtycken	Bibehålla 100% samtycke

Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	Notering i Parasol skall göras av samtliga medarbetare, så väl legitimerad som omsorgspersonal, för att säkerställa att informationsöverföring skett. Vid driftstopp finns rutin och blankett att dokumentera på Regelbundna team-möten, Planmöten och HSL- möten hålls	Arbete, rapporterings sker enligt rutin	Fortsatt förbättringsarbete
------------------------------------	---	---	---	---	-----------------------------



2019 års patientsäkerhetsberättelse Vårdgivare Sofiagården

2020-02-25 Karin Thune verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning
Övergripande mål och strategier
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
Struktur för uppföljning/utvärdering
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
Uppföljning genom egenkontroll
Samverkan för att förebygga vårdskador
Riskanalys
Informationssäkerhet
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
Hantering av klagomål och synpunkter
Sammanställning och analys
Samverkan med patienter och närstående
Resultat
Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Sofiagården har tagit fram en struktur i verksamheten med en given mötesstruktur för säkerställa en överrapportering, mötesplats för det mångprofessionellteamet och utrymme för analys av verksamheten. Lokalarutiner och processbeskrivningar upprättas fortlöpande och har förankrats hos medarbetarna, dels genom våra rådsfunktioner och dels via ledningsgrupp, arbetsplatsträffar, team möten, planmöten och planeringsdagar.

Egenkontroller följer upp att alla processer, gällande rutiner och styrdokument är igång. Det som inte fullt ut ännu är på automatik i verksamheten genererar en handlingsplan. Denna förs in i förbättringsloggen liksom brukarundersökningens handlingsplan för fortsatt kvalitetsutveckling.

Alla medarbetare registrerar i avvikelssystemet, Qualimax, vilket gör att vi strukturerat kan följa, åtgärda och utveckla utifrån händelsen. Mängden avvikelser tyder dock på att det troligen finns ett mörkertal.

För att säkerställa att verksamheten arbetar utifrån den nya författningen HSLF-FS 2016:40 har varje medarbetare personligt lösenord och hjälpmedel som SITHS kort alternativt BankID för autentisering inte kan bli tillgänglig för annan och datorer som används för hantering av uppgifter om vårdtagare inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst.

För att säkerställa att verksamheten förbinder sig att skydda uppgifter om vårdtagare mot obehörig åtkomst skriver varje medarbetare på sekretessförbindelse.

Sofiagården påbörjade registrering i kvalitetsregistret Senir alert men föll ur den påbörjade rutinen vilket gör att det är ett av Sofiagårdens utvecklingsområden tillsammans med att införa Med veiw och Visam för en ökad patientsäkerhet. Även dokumentation i Vodok med upprättade hälsoplaner med handlingsplaner med uppföljning behöver utvecklas med fler planer och tydligare analyser vid begränsningsåtgärder.

Vi arbetar för att stärka samarbetet med närstående och vårdtagaren. Upprättande av informationsöverenskommelser mellan omvårdnadsansvarig sjuksköterska och närstående dokumenterat i Vodok. Inbjudan till ankomstsamtal, uppföljning under vistelsen och avslutssamtal för att erbjuda närstående en delaktighet och trygghet under hela vistelsen.

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

Alla medarbetare är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Medarbetarna rapporterar avvikelser i företagets avvikelssystem. Vid risk för vårdskada kontaktas närmaste chef. Verksamheten har rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser och risker för att analysera, fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheten i verksamheten.

Kvalitetsrådet träffas en gång i månaden samt vid behov. Verksamhetschefen är sammankallande och det deltar alltid minst en person från varje yrkeskategori och våningsplan. På kvalitetsrådet lyfts frågor utifrån statistik från avvikelssystemet, tex mängden fall, om de har ökat, analyseras resultatet och medför nya arbetssätt och rutiner. När ett förbättringsområde identifierats förs detta in i förbättringsloggen för vidare uppföljning och utveckling.

Kvalitetsrådet har även tagit fram ett flertal risk och konsekvensanalyser med handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata. Verksamhetens arbete för struktur i uppföljning och utvärdering

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i dokumentationssystemet Vodok.

Lokala rutiner har upprättats, möten planerats med innehåll och deltagare. Teammöten var 14:e dag där samtliga vårdtagare behandlats utifrån vårdbehov, problematik och handlingsplaner. HSL möten en gång i månaden, kvalitetsråd för analys och hantering av avvikelse, synpunkter och klagomål för ett systematiskt använda dem i verksamhetens kvalitetsarbete.

Samtlig medarbetare, legitimerad- som omvårdnadspersonal avvikelserapporterar i kvalitetssystemet Qualimax. I systemet graderas avvikelsen utifrån en alvarlighetsgrad.

Avvikelser med hög alvarlighetsgrad går direkt till övergripandechefen och företagets kvalitetsavdelning som följer upp och säkerställer att utökad utredning påbörjas.

Avvikelserna tas med till team-mötena för en analys utifrån arbetet med vårdtagarna. Statistik tas fram från Qualimax för en fördjupad analys där mönster och strukturer identifieras på kvalitetsrådet.

Verksamheten deltar i Stadens PPM mätningar och rapporterar till Södermalms MAS.

Verksamheten arbetar utifrån författning HSLF-FS 22017:37 för att säkerställa ordination och hantering av läkemedel.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Utifrån en egenkontroll i företagets kvalitetssystem följs samtliga rutiner, policys, arbetssätt samt följsamheten till dem upp. Dessa resulterar i en del förbättringsområden som verksamheten utvecklar och följer upp. Månatligt följs arbetet i förbättringslogg och avvikelssystem även upp centralt ifrån. På Sofiagården genomfördes två egenkontroller 2019. Loggkontroller genomfördes på dokumentationssystemet Vodok på både vårdtagare och legitimerad personal.

Dokumentationsgranskning av HSL dokumentation har genomförts. Det finns behov av ett omtag om hälsoplaner med åtgärder samt uppföljningsdatum. Vi behöver analyser och noterade samtycken till begränsningsåtgärder. Eftersom det är många inhyrda sjuksköterskor har det resulterat till att Sofiagårdens dokumentation är något tunn. Senior alert har påbörjats men inte fortsatt så en nystart är nödvändig.

Utifrån avvikelssystemet har flera avvikelser lett till både nya arbetsätt och förbättrade rutiner.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad mellan Sofiagården och läkarorganisationen, Legevesitten. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning samt medicinsk vårdplanering. Överenskommelsen om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Vid varje inskrivning hämtas samtycke till kontakt med andra vårdgivare in.

Under året har verksamhetschefen haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren vid uppföljning av hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar.

Samverkan med uppdragsgivare kring patienten

Tvärprofessionella team möten hålls en gång i veckan samt reflektionsmöten med samma deltagare en gång i månaden. Riskanalyser och skattade risker är underlag för individuellt utformade handlingsplaner. Gemensam analys av avvikelser för att finna mönster och ev åtgärder i teamet runt den boende. Avstämningsmöten med närstående under boendetiden.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Magdalenagården genomförs preventions- och riskbedömningar för varje vårdtagare vid inflyttning utifrån gällande rutin och riktlinje. Riskanalyserna upprättas i journalsystemet Vokdok. Dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. För att säkerställa detta används checklista, vid in- och utskrivning. Likaså genomförs ADL- och förflyttnings status som även dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. Handlingsplaner tas fram i teamet runt vårdtagaren när risk föreligger.

Informationsöverföring sker under strukturerade former på team-möten men även i det vardagliga arbetet mellan yrkeskategorierna. Både kvalitetsstestet och dokumentationssystemet är känt för alla medarbetare. Datorer finns lättåtkomligt på alla avdelningar. Rutiner för dokumentationen finns tillgänglig i skriftlig form samt dokumentationshandledare på varje avdelningsplan. Avvikelsehanteringen samt lex Sarah och lex Maria finns som stående punkter på APT och kvalitetsrådets protokoll samt diskuteras i det dagliga arbetet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Vardaga har styrdokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård. Gruppchefen för HSL granskar dokumentationen utifrån en checklista för att undersöka innehållet i dokumentationen men också loggar utifrån vilka som tittar på vika journaler. Vi rensar listor enligt GDPR, rensar journal och akt vid dödsfall.

Samtliga vårdtagare på Magdalenagården har lämnat sitt samtycke till registrering i olika system vid inflytt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

På Sofiagården har samtlig personal kunskap om Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser. Samtliga är skyldiga att rapportera i direkt anslutning av en händelse. Samtliga avvikelser registreras i Qmaxit. Alla medarbetare är medvetna om vikten av att aktivt arbeta med identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker.

Verksamhetschefen och gruppcheferna får ett mail när en ny avvikelse är registrerad. Handlar avvikelsen om tex ett fall hamnar den automatiskt även hos sjukgymnast och arbetsterapeut. Sjuksköterskorna får avvikelser rörande läkemedel. Detta för att behandlingstiden för avvikelsen ska vara så snabb och effektiv som möjligt. Är avviken alvarlig, högt poäng satt, går den på automatiskt till överordnande chef och till Vardagas MAS/kvalitetsutvecklare. Vid alvarliga avvikelser informeras alltid uppdragsgivaren.

Avvikelsena följs upp på team-möten, för analys kring vårtagaren och händelsen och kvalitetsråd för utvärdering av rutiner och arbetssätt, där efter avslutas avvikelsen när de är färdigutredda av verksamhetschefen som för in eventuella utvecklingsarbete i förbättringsloggen.

Samtliga medarbetare har kännedom om hur Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar går till. Vid anställningstillfället lämnas information ut samt genomgångar om ur och när anmälan skall ske är en punkt på APT samt introduktionsutbildningen.

Vid datastopp finns blanketter på varje våningsplan för registrering av avvikelser.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Återkoppling sker enligt rutin till den som inkommit med synpunkt eller klagomål. Detta för att så snart som möjligt starta en dialog och eventuellt utredning. Vi arbetar aktivt med att hanteringen skall vara så snabb och effektiv som möjligt. Allvarigare synpunkter och klagomål rapporteras till verksamhetschefen samt MAS och uppdragsgivare.

Synpunkter och klagomål riktade till verksamheten diskuteras/behandlas kontinuerligt i aktuella mötesforum, som ledningsgruppen, team-möte, HSL möte, kvalitetsråd och/eller APT. Vi lägger stor vikt vid att bekräfta den enskildes upplevelse. För att kunna möta de förväntningar och behov som vårdtagaren har, för att de, i sin tur skall uppleva att de är sedda, hörda och får en trygg och säker vård skapar vi dialog skyndsamt för en utredning, handlingsplan samt uppföljning.

Information om och blanketter för synpunkter och klagomål finns tillgängliga i entrén och på alla avdelningar i Anhörigpärmen. Blanketten ingår även i inflyttningsmaterialet. Information om företagets kundombud finns även det på avdelningarna. Kundombudet kan anhöriga och vårdtagare kontakta både via mail och per telefon för att framföra synpunkter och klagomål.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Många avvikelser och synpunkter har under året rapporterats i avvikelssystemet, Q-maxit, så mörkertalet uppfattas som minimalt. Tre avvikelser har resulterat i ett utökat utredningsarbete, men inget av dem har bedömts som lex Sarah eller lex Maria.

Majoriteten (34%) av avvikelserna gäller fall, nära följt av Läkemedelshantering (31%). Det har resulterat till ett mer strategiskt arbete med fall, allt ifrån skydd som höftskyddsbyxor till fallskyddsmattor, halksockor till balansövningar och ett tydligare miljötankande med fria ytor och mindre saker att snubbla på. Lika så infördes en ny rutin för delegeradpersonal vid läkemedelsdelningen. Varje morgon utsågs en undersköterska att gå runt och kontrollera att alla mediciner givits. Genomgångar på två APT möten om föreskriftens punkter vid medicin givning och att använda medicinlistan för kontrollen eftersom vi inte längre för in läkemedlen på signeringslistorna. Samtliga insatser har minskade avvikelserna.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

Efter tre träffar år 2019 upphörde närståenderådet på grund av att vårdtagarna till de närstående avled. Anhöriga valde då att avsäga sig sin medverkan i rådet.

Under året har det varit sammanlagt 4 st anhörgmöten av de större slaget. Uppslutningen har varit stor, där information om verksamheten kommande aktiviteter och verksamhetsövergången, men även uppträdande med projekt "sjung ditt liv vid två tillfällen samt information av olika bygginsatser som genomförts på Magdalenagården.

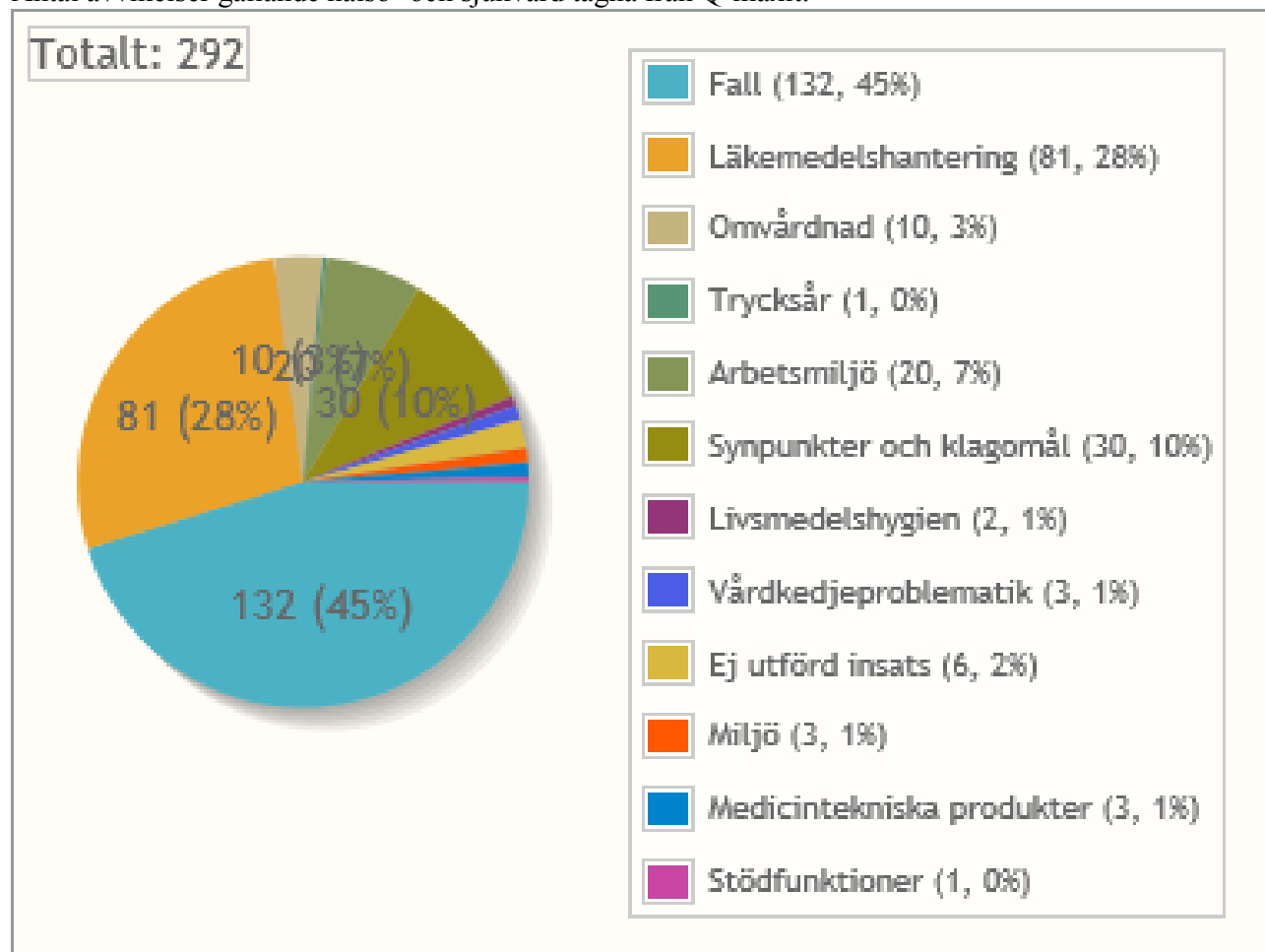
Verksamhetschefen har hållit Boråd för samtliga plan, ett nytt arbetsätt som gav fler vårdtagare möjlighet att vara delaktiga i sitt bende.

Närstående bjuds alltid in vid medicingenomgångar och till regelbundna avstämningsmöten med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit.



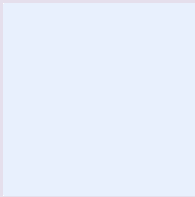
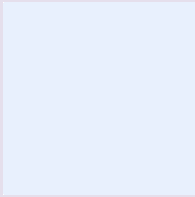
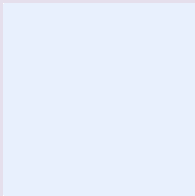
Resultat 2019

Område:	Mål:	Strukturmått:	Processmått:	Resultatmått:	Måluppfyllelse:
	Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Resultat kopplat till målet

Fall	Alla vårdtagare har en aktuell fallriskbedömning med eventuella åtgärder. Ny inflyttade vårdtagare får en fallriskbedömning inom tre dygn.	Rutiner och styrdokument för fallprevention Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårds personal och omvårdnadspersonal Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador	Sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar för att vid team-möten redovisa de fall som skett. Varje vårdtagare har en aktuell riskbedömning dokumenterad i Vodok med åtgärder.	Totalt: 132 (45%)	Samtliga vårdtagare har aktuella fallriskbedömningar, dokumenterade i Vodok och kända i teamet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ansvarar för att ta med fallavvikelsena på team-möten. Förflyttningsutbildningar har kontinuerligt hållits för tillsvidareanställd personal samt timanställda och vikarier.
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	Rutiner och styrdokument för basal hygien i vård och omsorg - Kompetens hos all personal - Handledning/ utbildning - Självskattning av följsamheten	Årligen genomför alla medarbetare webutbildning i basalhygienrutiner. Hygienombud finns på samtliga våningsplan. Hygienansvarig sjuksköterska finns inte ännu på plats. Sofiagården är under rekrytering av sjuksköterska.	Smittspridning 0%	Hygien observation har genomförts vid ett tillfälle under året. De nyutbildade hygienombuden samt nyrekryterad sjuksköterska skall gå utbildning via Vårdhygien.
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.	Genomgång av rapporteringsskyldigheten har skett på APT –möte, kvalitets- och planmöte. Hantering av avvikelser diskuteras på team-möten I checklistan för nyanställda finns rutin kring avvikelsehantering och rapporteringsskyldighet	Ett flertal klagomål har framkommit under året och resulterat till IVO anmälan Ingen avvikelse eller klagomål har bedömts som lex Sarah eller lex Maria	Avvikelser skrivs, arbetet kring hanteringen och rapporteringen fortskrider fortlöpande

Läkemedels- hantering och delegerings- processen	Att medarbetare: - kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt - En säker läkemedels hantering	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Samtliga ska genomgå Webutbildning samt frågeformulär Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshanteringen	Vid inskrivning går läkare och sjuksköterska tillsammans igenom vårdtagarens läkemedel. Delegeringar utförs enligt gällande styrdokument, med webutbildning och frågeformulär samt genomgång med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. En gång i månaden kontrollräknar två sjuksköterskor narkotikapreparat, vårdtagarnas och basförådet. Läkemedelsgenomgångar sker en gång om året och vid behov med läkarorganisationen. Apoteket granskar verksamheten en gång om året.	Totalt 81 avvikelser (28%) Läkemedelsgenomgångar: 100%	Målsättningen är att minska antalet läkemedelsavvikelser .
Trycksår	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	- Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning - Utbildning i sårvård - Samverkan vid teammöte	Riskbedömningar utförs var sjätte månad och vid behov, dokumenteras i Vodok. Handlingsplanerna är ett diskussionsunderlag för teammötena. Vid sår, hyrs och utprovas behandlandemadrass.	Trycksår: 1	Fortsatt arbete med nolltolerans mot trycksår.
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Dokumentationsstödjare finns för både HSL och SoL dokumentation Styrdokument och rutiner finns kring dokumentation. Loggkontroller genomförs Utbildningstid för dokumentation finns planerad.	Loggkontroller genomförda Utifrån IVO beslut skall HSL dokumentationen förbättras med notering när något görs och utvärderas utifrån gällande lagstiftning.	100% fullständiga journaler Dokumentation i Senior alert Implementera Med veiw samt Visam

Vård i livets slut	- En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. - Dokumentera i en hälsoplan/NVP	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud Använd palliativa registret	Lokal rutin kring vård i livets slut finns. Sjuksköterskan följer de styrdokument som gäller kring vård i livets slut. Vi erbjuder brytpunktssamtal samt efterlevandesamtal. Alla dödsfall registreras i Palliativregistret.		Samtliga våningsplan skall ha palliativa ombud. Sjuksköterskorna skall tillsammans med läkaren sträva efter att 100% av skattningarna registreras i palliativregistret. Implementera den lokala rutinen
MNA (kost/nutrition/vikt)	Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning Nyinflyttade patienter ska bedömas inom tre dygn	Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal. Handledning/utbildning i klinisk nutrition	Vid inflyttning av ny boende görs en kostregistrering i 3 dygn för att få en bild av hur nutritionen för den boende ser ut varje dygn. Efter det görs en riskbedömning kring nutritionen. MNA genomförs två gånger per år och vid behov. Hälsoplan skrivs på dem med risk för undernäring. Vikt tas enligt rutin var tredje månad eller vid behov. Vårdtagarna har inte mer än 10 timmars nattfasta. Kväll, natt och tidig morgon erbjuds lämpliga mellanmål. Logopedbedömning samt dietistbedömning genomförs vid behov.	0% rapporterade avvikelser Boende äter med god aptit och går generellt upp i vikt	Ett ständigt förbättringsarbete att hålla nattfastan till högst 10 timmar och att minska risken för undernäring
Munhälsa	Alla patienter ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Dokumentera i Senior Alert ROAG Handledning och utbildning i munvård	ROAG utförs och registreras i Vodok för samtliga vårdtagare. All HSL-personal skall delta vid lunchen för att kunna utvärdera och säkerställa vårdtagarnas behov av insatser vid sin kosthållning. Flexident har erbjudit munhälsobedömningar under året	0% rapporterade avvikelser	Alltid pågående förbättringsområde

Inkontinens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med forskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Det finns sjuksköterska med forskrivningsrätt på enheten Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ordinerar inkontinenshjälpmedel i One Med, Guide. Kontinensombuden är delaktiga i dialog med sjuksköterska om ordination. Riskbedömning genomförs och dokumenteras i Vodok.	100% av alla vårdtagare med behov har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.	Fortlöpande förbättringsarbete 
Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Samtycke inhämtas från varje vårdtagare som rutin vid inflyttningen och dokumenteras i Vodok.	100% inhämtade samtycken	Bibehålla 100% samtycke 
Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	Notering i Parasol skall göras av samtliga medarbetare, så väl legitimerad- som omsorgspersonal, för att säkerställa informationsöverföring. Vid driftstopp finns rutin och blankett att dokumentera på Regelbundna team-möten, Planmöten, nattmöten och HSL-möten hålls	Mötesstrukturen är införd.	Fortsatt förbättringsarbete med mer utförlig dokumentation Förutbestämda överrapporteringsstider 

Patientsäkerhetsplan 2020 för Sofiagården

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Vardagas verksamheter ska under 2020 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2018 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla patienter ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid (minst var 6e månad)	Samtliga vårdtagare skall ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt som uppdateras var sjätte månad och vid behov. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprättar handlingsplan, vid risker, tillsammans med kontaktpersonen. Dokumentera i Senior alert, lägga in vårdtagarna, upprätta riskbedömningar och handlingsplaner samt uppföljning
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Vid identifierade risker är hela det tvärprofessionella teamet delaktiga. Det genomsyrar dokumentationen i genomförandeplanen och HSL dokumentationen Vodok. Dokumentation i Senior alert och paliativaregistret
Fallförebyggande arbete	Samtliga vårdtagare ska ha aktuella förflyttningsstatus samt risk och preventionsbedömning. De upprättas i samband med inflytt som ska uppdateras var sjätte månad och vid behov. Dokumentation i Senior alert Aktivitetsgrupper med fokus på balansövningar och styrka, som gymnastik, rörelse för gångare och dans
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	All personal gör den webbaserade utbildningen basalahygien, även vårdhygiens nya web utbildning. Hygienombuden planeras in för utbildning för sitt uppdraget hos Vårdhygien. Utbildning för hela verksamheten i basala vårdhygiener kommer hållas till hösten.
Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Samtliga sjuksköterskor går på utbildning med Stockholms stad, samt har individuella handledningar. Vi avsätter tid i schema för dokumentation.

	Vi tar in hjälp ifrån företaget för att få stöd i införandet av Senior alert, Med veiw och Visam.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Inför delegering ska omvårdnadspersonalen genomgå, ”jobba säkert med läkemedel” samt utifrån ett frågeformulär genomgå både teoretiskt och praktiskt förfarandet vid medicingivning. Under året ska intoduktion och implemitering av Socialstyrelsens föreskrift för överlämnade av läkemedel så att samtlig personal genomför samtliga kontrollpunkter. Läkemedels- och delegeringsprocessen skall ske på ett säkert sätt där det är viktigt att både sjuksköterska och omvårdnadspersonal är trygga.
Minska läkemedelsavvikelser	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är ansvarig för att ta med samtliga medicinavvikelser till teammöte för en gemensam analys i teamet. Avvikelseerna följs noga på kvalitetsrådet.
Rapportering av händelser – Vårdskada	Alla avvikelser ska registreras i Qmaxit där alvarlighetsgraden noteras. Samtliga avvikelser ger en signal i gruppchefer och verksamhetschefens mailkorg. Avvikelser ska skyndsamt loggas på och utredning påbörjas. Visar det sig att det är en alvarlig händelse påbörjas en utökad utredning och Mas/kvalitetsavdelningen och övergripande chefer får då på automatik signaler.
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	Palliativaombud ska utses och utbildas tillsammans med sjuksköterska. Målet är att alla brukare som befinner sig i livets slut skall få ett värdigt omhändertagande. Att närstående upplever sig informerade, delaktiga och trygga.

Lägg hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.

2019 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2020 för Vårdgivare Hornskrokens vård- och omsorgsboende

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-17 Nahid Bahari

Reviderad 2019-11-01

Innehållsförteckning

Sammanfattning
Övergripande mål och strategier
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
Struktur för uppföljning/utvärdering
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
Uppföljning genom egenkontroll
Samverkan för att förebygga vårdskador
Riskanalys
Informationssäkerhet
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
Hantering av klagomål och synpunkter
Sammanställning och analys
Samverkan med patienter och närstående
Resultat
Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt avlastningsverksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatserna är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Hornskrokens vård-och omsorgsboende är ett särskilt boende med heldygnsomsorg som drivs på entreprenad, för personer över 65 år med demenssjukdom. Hornskroken har 53 platser fördelat på 6 avdelningar, på plan 1 finns också ett pensionat med fyra platser för anhörigavlastning i enlighet med beviljat biståndsbeslut.

Hornskroken har sjuksköterskebemanning dygnet runt. Sjukgymnast finns med 0,5 årsarbetare och arbetsterapeut med 0,5 årsarbetare.

Hornskroken har en medarbetare som är Silviacertifierad.

Hornskroken arbetar aktivt enligt Vardagas demensakademi vilket innefattar reflektionssamtal och upprättande av bemötandeplaner för personer med demenssjukdom.

Under verksamhetsåret har vi aktivt arbetat med att öka patientsäkerheten och sett till att den bedrivs enligt Vardaga riktlinjer och styrdokument. Avvikelsehanteringen är väl känd hos all personal, arbetet med att alla ska registrera och följa upp avvikelser i kvalitetsledningssystemet samt registrera förbättringsförslag pågår kontinuerligt i verksamheten.

Legitimerad personal arbetar löpande med riskanalyser, kartlagt hälsotillstånd, hälsoplaner med kopplade ordinationer och åtgärder som följs upp för utvärdering med eventuell revidering. Alla patienter har aktuella riskbedömningar, vilka följs upp på teammöten samt vid behov.

Dokumentationen sker i ParaSol och Vodok. Vodok följer det internationella dokumentationssystemet ICF. Hornskroken arbetar aktivt i kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativa registret.

Hornskroken genomför i enlighet med styrdokument Vardagas egenkontroll två gånger per år. Brister som framkommit har därefter följts upp på månatliga HSL-möten.

På planeringsdagar har förbättringsområden identifierats, handlingsplaner har skapats och arbetet med dessa pågår fortlöpande.

Varje månad utförs av sjuksköterska en loggkontroll av HSL-dokumentationen. Resultaten signeras och dokumenteras på för detta avsedd blankett.

Egenkontroll av HSLdokumentation genomförs 2 gånger per år av sjuksköterska.

Under verksamhetsåret har tillsyn från Södermalms stadsdelsförvaltning utförts och samarbete med dem har bedrivs kontinuerligt. Hornskroken genomför Vardagas egenkontroll två gånger per år, och åtgärdar de brister och förslag som kommer upp på planerade möten.

Hornskroken har som mål att de anhöriga som vill ska få vara delaktiga i omsorgen. Vi arbetar aktivt med anhörigkontakter och är noggranna med att anhöriga ska känna sig välkomna med frågor och idéer. Anhöriga kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till respektive gruppchef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson eller verksamhetschef. Vardaga har även en Kundombudsman som anhöriga kan vända sig till.

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga.

Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokumentet för egenkontroll och loggkontroll av häslo-och sjukvård

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta för att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser och misstanke om vårdskada.
- Arbeta för att alla patienter har en korrekt omvårdnadsdokumentation.
- Säkerställa att alla patienter har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6e månad samt vid behov.
- Alla patienter där man finner en risk eller ett problem ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder vilka kontinuerligt och tidsbestämt följs upp, utvärderas och revideras.
- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert.
- Säkerställa att alla patienter får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativa registret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för patienten genom tydlig mötesstruktur och teamwork mellan alla yrkeskategorier. Återkommande ha fastställda teammöten.
- Säkerställa att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd vilket förskrivs av sjuksköterska.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos varje person.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basal hygien i vård och omsorg.

Mål:

Att bedriva en säker och högkvalitativ vård, genom att följa Vardagas ledningssystem, checklistor samt identifiera, rapportera och utreda alla avvikelser

Strategier:

Rapporteringskunskap: Via APT och utbildningar säkerställa att alla medarbetare känner till ledningssystemet och dess syfte.

Förebyggande arbetssätt: Dokumentation enligt HSL innebär bl a att göra riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion. Riskbedömningarna uppdateras kontinuerligt. Upprätta kartlagt hälsotillstånd och vid behov skapa hälsoplaner där åtgärder har tidsbestämd

uppföljning med utvärdering. Eventuell revidering dokumenteras. Information och diskussion på teammöten med omvårdnadspersonal är viktig, inte minst för genomförande och utvärdering av åtgärder. Samtlig HSL-dokumentation sker enligt ICF-modellen.

På Hornskroken är en sjuksköterska utnämnd som dokumentationshandledare. Hen handleder och utbildar legitimerad personal. Hen deltar också kontinuerligt i dokumenthandledarträffar som Stockholms Stad erbjuder ca 4 gånger per år.

Läkemedelshantering: Genomför årliga individuella läkemedelsgenomgångar för varje patient. Planerar att införa Medview i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Detta ska följas upp sex månader efter genomförd läkemedelsgenomgång.

Syftet med MedView: Optimera läkemedelsbehandlingen samt minska läkemedelsrelaterade symtom hos patienterna. Medview innebär att undersköterskorna deltar i processen genom symtombevakning och SSK läkemedelssöversyn. Eventuell förekomst av biverkningar dokumenteras och kontakt med ansvarig läkare tas.

Målet med MedView: Öka de boendes välbefinnande och livskvalitet genom att observera, analysera samt åtgärda misstänkta läkemedelsrelaterade symtom. Enligt Socialstyrelsen (2014) behöver läkemedelsbiverkningar fångas upp innan de orsakar svårare skada.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska för respektive våningsplan ansvarar för hög kvalitet på genomförandet av delegeringsutbildningen till omvårdnadspersonal.

Vårdhygien: Egenkontroller enligt Vardagas riktlinjer. Alla medarbetare genomför den webbaserade utbildningen i basala hygienrutiner en gång per år.

Inkontinensvård: Tillsammans med kontaktperson ska ansvarig sjuksköterska med forskrivningsrätt se till att alla boende har individuellt utprovade inkontinensskydd.

Senior Alert: Hornskroken har under 2019 registrerat alla patienter i Senior Alert. Ingen registrering har gjorts i BPSD då Hornskroken arbetar efter Vardagas koncept Demensakademien.

Palliativ vård: Omvårdnadsplaner upprättas för palliativ vård i livets slutskede och checklistor såsom vändschema, munvård och vätskeintag används. De patienter som avlider på Hornskroken ska registreras i Palliativa registret. Checklista används för omhändertagande av den avlidne. Anhöriga erbjuds efterlevandesamtal som sker en månad efter dödsfallet.

Kompetensutveckling: Medarbetarna ska göra Vardagas webbutbildningar en gång om året, speciella individuella kunskaper tas om hand och används i verksamheten.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och utvärderas enligt plan.

Vårdgivaren (Vardaga/Silverhemmen) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärdera riktlinjer för hälso- och sjukvården, innehåller anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt vidta åtgärder efter en händelse. Alla avvikelser dokumenteras i Q-maxit och går automatiskt till verksamhetschef. Bedöms avvikelserna som allvariga rapporteras detta till regionchef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivare. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata som genererar en månatlig kvalitetsrapport med index.

Kvalitetsråd: Hålls en gång per månad. På kvalitetsrådet går man igenom aktuella avvikelser och diskussioner förs om orsak till händelsen samt vidtagna åtgärder. Vikt läggs vid att identifiera strukturella och organisatoriska problem eller lösningar som kan hjälpa till att minimera risker.

Qualimax: Qualimax är Vardagas avvikelssystem. Medarbetare som är först på plats att upptäcka en händelse ansvarar för att skriva en avvikelse. Avvikelseerna behandlas och följs upp av respektive ansvarig. Om t ex ett trycksår uppstått registreras detta och följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska som skapar en hälsoplan i Vodok med hälsotillstånd, tidsbestämd uppföljning och utvärdering.

Teammöten: Dessa hålls enligt schema tillsammans med legitimerad personal och kontaktperson samt vid behov. På teammötet sker en avstämning av patientens hälso- och sjukdomssituation och behov. Om åtgärder behöver vidtas upprättas en plan för detta.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativa registret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och blåsinkontinens görs i Senior Alert och Vodok.

Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion har genomförts inom en vecka i samband med inflyttning till Hornskroken. Där risk eller problem föreligger har åtgärder därefter planerats med uppföljning, utvärdering och eventuell revidering

De patienter som tackat ja till SLL's munhälsobedömning har fått bedömningen utförd.

Samtliga patienter har under året fått läkemedelsgenomgångar utförda.

Registrering i Palliativa registret har gjorts vid 20 fall av 23 möjliga. Ett av dödsfallen skedde utanför Hornskroken.

Paramedicinarna har systematiskt arbetat med att kvalitetssäkra hjälpmedel genom att regelbundet utvärdera, kontrollera och ompröva behovet. Utbildning i förflyttningsteknik har erbjudits 2 gånger under året.

HSL-personalen har fortsatt arbetet med att stärka kunskaperna gällande dokumentation av kartlagt hälsotillstånd, hälsoplaner med tillhörande SMARTA-mål med tidsbestämd uppföljning, utvärdering och eventuell revidering.

Teammöten har genomförts kontinuerligt samt vid behov.

Haft ett fortsatt fokus på arbetet med skyddsåtgärder och där det behövts införskaffat samtycke till dessa.

Fått ökad förståelse för BPSD-problematiken relaterat till patienters unika särskilda behov. Haft vid ett tillfälle kontakt med BPSD-teamet vilket resulterade hos berörd personalgrupp utvecklad förståelse för samt framtagande av formuleringar rörande omvårdnadsåtgärder sett ur ett personcentrerat perspektiv.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

I verksamheten har vi under året haft en tydlig struktur för kontroll och uppföljning. Målsättningen har även detta år varit att en röd tråd ska kunna följas genom minnesanteckningar, checklistor m.m. Respektive gruppchef följer upp sin avdelning gällande bland annat följsamhet till basala hygienrutiner, dokumentation och informationsöverföring inom vårdteamet. Vid identifiering av brister upprättas en handlingsplan för att åtgärda dessa. Egenkontrollfrågor som utges från Vardagas Kvalitetsavdelning två gånger per år besvaras i samverkan med medarbetarna för att uppnå en större delaktighet och därtill för att få mer korrekta svar. Resultaten från tillsyner och granskningar kommuniceras till samtliga medarbetare på arbetsplatsträffar, HSL möten och i Kvalitetsrådet. Statistik från registreringar i register såsom Senior Alert och Palliativa registret har redovisats vid Kvalitetsråd och HSL möten.

Utifrån resultaten diskuteras förbättringsområden som sedan läggs in i och dokumenteras i Förbättringsloggen i Q-maxit. Uppföljning av dessa mål sker på Kvalitetsrådets möten och HSL möten.

De dagliga kontrollerna av t ex signeringslistor för överlämnande av dispenserade läkemedel görs som oftast i slutet av månaden och finns där brister tas det upp med berörd personal.

Egenkontrollerna genomfördes enligt riktlinjer i maj och november 2019. Alla punkter där målet inte helt uppnåts blev till handlingsplaner i förbättringsloggen.

Hornskroken hade senaste kvalitetstillsyn av Vardagas kvalitetsavdelning i december 2018.

Loggkontroll har dokumenterats och utförts enligt gällande rutin (en gång/ månad). Resultatet har dokumenterats i blankett "Loggkontroll-Granskningsprotokoll för systematisk stickprovskontroll". Om kontrollen visar att obehörig har varit i journalen och läst kontaktas MAS.

Resultat från brukarundersökningar redovisas på APT möten och på anhörigmöten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Hornskroken har samverkansavtal med Caphio/Legevisitten. Namngiven läkare besöker verksamheten varje vecka på fastställd dag antingen på förmiddag el. eftermiddag samt vid behov. Överig tid, alla årets dagar, kontaktas läkare enligt jour-schema.

Samverkan med uppdragsgivare

Stadsdelens utvecklingsavdelningen har på plats granskat dokumentation. Verksamhetschefen på Hornskroken har träffat stadsdelen på regelbundna uppföljningsmöten 2019. Stadsdelen har haft samverkan på Hornskroken avseende Pensionatet vid 2 tillfällen under 2019.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Avdelningsmöten, arbetsplatsträffar och ledningsmöten genomförs regelbundet.

Teammöten med alla yrkeskategorier hålls en gång i veckan.

HSL-möten hålls en gång per månad.

Samarbete med Flexident och Oral Care sker regelbundet vad gäller munhälsobedömningar och nödvändig tandvård.

Överrapportering mellan dagsjuksköterskor och nattsjuksköterskor samt övrig dag- och nattpersoanl sker varje dag, för att få en helhetssyn runt patienten.

Överrapportering och samtal kring patienten sker vid behov med vårdgivare utanför Hornskroken.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser

efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

På Hornskroken utförs loggkontroll varje månad av sjuksköterska. Kontrollresultatet signeras och dokumenteras på för dett avsedd blankett. Egenkontroll görs två gånger per år i enlighet med styrdokument. De punkter som kräver åtgärder finns i förbättringsloggen och arbetas aktivt med. Legitimerad personal följer det lagstadgade innehållet för journalföring enligt HSLF-FS 2016:40.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Medarbetarna registrerar i företagets kvalitetsledningssystem Q-maxit. Cheferna får meddelande per e-post om att en avvikelse har registrerats. Rehab får meddelande om fall och sjuksköterskor får aviseringar då det rör läkemedel. Allvarliga avvikelser ska rapporteras direkt till verksamhetschefen för snabba åtgärder. Vid allvarlig avvikelse meddelas uppdragsgivaren omedelbart. Blanketter för avvikelsehantering finns även tillgängliga i verksamheten i pappersform att användas i händelse av datorhaveri. Sammanställning av månadens avvikelser tas upp på kvalitetsråden. Det är alltid verksamhetschefen som avslutar en avvikelse.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål. Samtliga medarbetare på Hornskroken har kunskap om Vardagas rutiner för hantering av synpunkter och klagomål och sin egen skyldighet att rapportera och bidra till att åtgärda de klagomål som inkommer. Alla inkomna synpunkter och klagomål rapporteras i Q-maxit. Vid inflyttning informeras boende och närstående om verksamhetens rutin för hantering av synpunkter och klagomål och de får också information om Vardagas Kundombudsman till vilken man kan vända sig om man vill ha stöd i att få gehör för sina synpunkter på verksamheten. Skriftlig information lämnas i en välkomstmapp och är därtill anslagen i entrén samt på verksamhetens avdelningar. I entrén finns en brevlåda för möjlighet till inlämnande av synpunkter. I

månadsbrevet som verksamhetschef skriver finns information om hantering av synpunkter och klagomål med som en stående punkt. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet. Verksamhetschef och legitimerad personal informeras omgående om inkomna synpunkter/klagomål. Återkoppling om vidtagen åtgärd sker alltid skyndsamt, utan fördröjning till patient, närstående eller annan ev. berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/Kvalitetsutvecklare och uppdragsgivare. Under året har inga allvarliga synpunkter eller klagomål inkommit som föranlett verksamhetschef att informera vidare till överordnad chef eller uppdragsgivare. Inga synpunkter eller klagomål gällande risker eller händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada har inkommit till verksamheten. Inkomna synpunkter och klagomål har i de flesta fall rapporterats till verksamheten muntligt och sedan förts in i Q-maxit. Avvikelse skrivs direkt in i Q-maxit av medarbetarna.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Under 2019 har antal avvikelser ökat från 191st till 203 st. De flesta avvikelserna gäller fortfarande fall (63%)

Läkemedelsavvikelserna har ökat från 24st till 40st. Vi ser denna ökning som positiv då man mer och mer förstår vikten av att dokumentera alla avvikelser även uteblivna signeringar.

Hornskroken har under året aktivt arbetat med att utveckla dokumentation och hälsoplaner.

Följande tillsyner/granskningar har genomförts under 2019:

Besiktning av liftar oktober

Besiktning av sängar löpande under året

Besiktning samtliga hjälpmedel i verksamheten under hösten 2019. Nyinköp av lyftselar

Uppföljning av entreprenadavtal två gånger/år med uppdragsgivaren

Apoteksgranskning (190116)

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Vardaga har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

Verksamheten har Närståendeträffar som leds av verksamhetschef och hålls två gånger per år. Vid Närståendeträffarna ställer verksamhetschef alltid frågan om på vilket sätt närstående önskar ytterligare stöd från verksamheten. Vid Närståendeträffarna har en för verksamheten givande och värdefull dialog hållits kring patientsäkerhetsfrågor och hur patientsäkerheten kan säkras. Månadsbrev med aktuell information från verksamheten skrivs av verksamhetschef och förmedlas till de boende och närstående som önskar. Vardaga har en kundombudsman. Kundombudsmannen tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

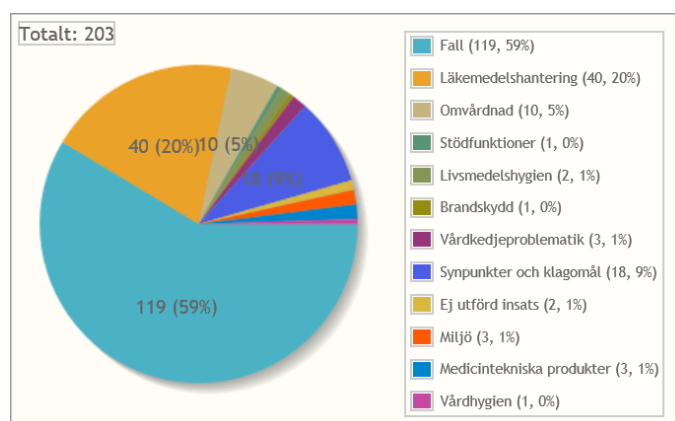
Välkomstsamtal och uppföljningssamtal genomförs vid inflyttning med boende, närstående, kontaktperson, gruppchef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Samverkan sker med patienter och närstående via välkomstsamtalet, riskbedömningarna, levnadsberättelse och genomförandeplanen för att förebygga vårdskador.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Q-maxit.



Resultat 2020

Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måloppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. Nyinflyttade patienter ska fallriskbedömningen vara genomförd senast 14 dagar efter inflytt.	Rutiner och styrdokument för fallprevention. Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal. Ett konstruktivt kvalitets- och teamarbete för att förebygga fall och fallskador.	På alla patienter som bor på Hornskroken fallriskbedömning gjorts. Fallrapporter har dokumenterats och besvarats i Q-maxit och i Vodok och delvis i Senior Alert. HSL-personalen har fortsatt förbättringsarbetet gällande dokumentation att bli bättre på kartlagt hälsotillstånd, upprättande av hälsoplaner, avsett hälsotillstånd med tillhörande ordinationer/åtgärder. Dessa har delvis blivit uppföljda, utvärderade och reviderade. Teammöten har hållits kontinuerligt under året samt vid behov.	Under 2019 förekom 119 st fall (59%) som resulterade i 10 st frakturer. 11,9% Under 2018 hade vi fem frakturer Samtliga fall har utretts.	Alla patienter på Hornskroken har en aktuell fallriskbedömning. Nyinflyttade patienter har fått fallriskbedömning genomförd inom 14 dagar.
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	Rutiner och styrdokument för basal hygien i vård och omsorg - Kompetens hos all personal - Handledning/utbildning	Observationer och skattningar av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts. Resultaten av observationerna har presenterats på ledningsmötet på Hornskroken. Därefter har gruppcheferna diskuterat eventuella brister. Gruppchefer Planerar	Inget Calicivirus på Hornskroken under 2019. Ingen MRSA eller annan smitta har tillkommit.	Kontinuerliga observationer av basala hygienrutiner har genomförts. Vid behov påmint omvårdnads-personalen om basala hygienrutiner

		Självskattning av följsamheten	förbättringsåtgärder på avdelningsmöte. All HSL-personal har gjort webbaserad utbildning i Basal hygien 1 ggn/år. All omvårdnadspersonal har gjort webbutbildningen 1 ggr/år USK Gruppchefer är ansvarig för uppföljning		
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.	Månatliga kvalitetsmöten Med legitimerad personal och gruppchefer som tar diskussionerna vidare till avdelningarna.	Totalt antal avvikelserapporter är 203 st under 2019	
Läkemedels-hantering och delegerings-processen	En säker läkemedelshantering. Att medarbetare kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt.	Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshanteringen Korrekt delegeringsförfarande av legitimerad sjuksköterskepersonal.	Årlig individuell läkemedelsgenomgång som dokumenteras. Läkemedelsrummet följt Vardagas rutiner angående läkemedelshantering. Apoteksgranskning gjort 190116 Uppföljning av läkemedelsavvikelser. Legitimerad sjuksköterskepersonal har följt rutinen kring delegeringsförfarandet. Utbildning i läkemedelshantering av befintlig delegerad omvårdnadspersonal. Med hjälp av kunskapstest i Svenskt Demenscentrum "Jobba säkert med läkemedel" och kunskapstest "Läkemedelshantering" enligt styrdokumentet säkerställs kunskaperna hos delegerad personal	Antalet läkemedels-avvikelser var 2019 40st (20%). 2018, 13 % (24 st). Legitimerad sjuksköterska har haft utbildning för omvårdnadspersonal med delegering om läkemedelshantering vid två tillfällen under 2019.	Samtliga patienter har haft en läkemedelsgenomgång under 2019. Nyanställd personal har löpande fått delgering och uppdateringar av delegeringar har gjorts enligt rutin. Fortbildning genomförts för att säkra läkemedels-hantering.

			Sjuksköterska har informerat omvårdnadspersonalen vid tillkomst av nya läkemedel Majoriteten undersköterskor har aktuella delegeringar som under året uppdaterats av ansvarig sjuksköterska.		
Trycksår	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	- Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning - Utbildning i sårvård - Samverkan vid teammöte	Riskbedömning Norton och MNA har genomförts och dokumenteras. Vid risk för trycksår eller befintlig trycksår har detta dokumenteras i ICF-enheten, kartlagt hälsotillstånd, eventuell hälsoplaner upprättats med avsett hälsotillstånd, tillhörande åtgärder och ordinationer. Detta har följts upp, utvärderas och eventuellt revideras på återkommande teammöten. Vid behov genomfört mat- och vätskeregistrering. Vid behov ordineras tryckluftmadrass + vändschema. Omvårdnadspersonalen uppmanats att kontinuerligt se över patienternas hudkostym och vid tecken på begynnande sår omedelbart ta kontakt med tjänstgörande sjuksköterska. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är såransvarig. Vid lättare sårvård instrueras och utbildas omvårdnadspersonal.	Under 2019 har det förekommit två stycken trycksår kategori I.	Nolltolerans mot uppkomna trycksår. Vid trycksår har snabba åtgärder vidtagits.

Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Följt rutiner och riktlinjer för dokumentation. Fortsatt arbetet med dokumentationsmognaden i HSL-gruppen med hjälp av delmål. Dokumentationsansvarig på Hornskroken deltagit på dokumentationshandledarträff som Stockholm Stad anordnat. Genomfört egenkontroll vid två tillfällen under 2019. Loggkontroller genomförts 1 gång/månad. Kvalitetstillsyn av dokumentationen genomförd en gång på våren och en gång på hösten 2019.	Egenkontrollen visar att det stegvis går framåt med att stärka och förbättra dokumentationen i Vodok. Det finns formulerade planer på hur det fortsatta kvalitetsarbetet inom dokumentation bör fortskrida.	HSL dokumentationen följer rutiner och riktlinjer.
Vård i livets slut	- En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. - Dokumentera i en hälsoplan/NVP	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. personal och palliativa ombud Använd palliativa registret	Rutiner och riktlinjer följs för vård i livets slut. Legitimerad sjuksköterska finns dygnet runt. Webbutbildning genomförd av samtlig HSL-personal; Vardaga – Vård i livets sista tid – Palliativ vård Legitimerad sjuksköterska är palliativt ombud som genomgått utbildningen Påbörjat större noggrannhet att dokumentera brytpunktsamtal liksom använda Abbey Pain Scale vid smärtbedömning. Dokumenterar enligt direktiv om palliativ vård i livets slutskede Vodok.	Av totalt 23 st dödsfall är 20 st registrerade i Palliativa registret, varav 1 st dödsfall skedde utanför Hornskroken. Dokumenterat brytpunktsamtal 17 st av 18 st förväntade dödsfall. Ingen patient i livets slutskede hade något trycksår.	Palliativa registret visar hur omvårdnadsåtgärderna följts, se bifogat spindeldiagram.

			Checklistor används såsom vänd- och munvårdsschema, vätskeregistrering vid palliativ vård i livets slutskede. Registrerat dödsfall i Palliativa registret. Erbjudit efterlevandesamtal.		
MNA (kost/nutrition/vikt)	Arbeta förebyggande mot undernäring. Identifiera de boende som är eller riskerar att bli undernärda. Arbeta med kost- och nutritionsbehandling på samma sätt som medicinsk behandling.	Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal. Handledning/utbildning i klinisk nutrition	Riskbedömningarna MNA och Norton har gjorts var 6:e månad samt vid behov av legitimerad personal. Nyinflyttade patienter har riskbedömts . Mat- och vätskeregistrering har gjorts de tre första dygnet i samband med inflytt. Viktmätning erbjuds var 3:dje månad eller oftare vid behov. Hälsoplaner har delvis upprättas med planerad uppföljning för utvärdering och ev. revidering. Uppföljning sker löpande på teammöten och givetvis också vid behov. Nattfastan erbjuds,registrering gjorts varje natt på varje avd. Många pat. Tackade ja och har fått soppa el. smörgås Dokumenterat i Senior Alert.	Antal trycksår=2 st Viktnedgång=28 st	Alla patienter har aktuella riskbedömningar i MNA och Norton. Daglig kommunikation med omvårdnadspersonalen gällande insatser av olika slag då extra fokus beövts på en patients nutritionsbehov. Uppföljningar på teammöten.

Munhälsa	Alla patienter ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Handledning och utbildning i munvård	Erbjudit samtliga patienter SLL:s årlig munhälsobedömning som de flesta tackat ja till. Efter genomförd munhälsobedömning erhålls ett munvårdskort. Sjuksköterskor erhåller protokoll från tandläkare/tandhygienist efter genomförd behandling. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomfört munhälsobedömning när en ny patienten flyttat in.samt vid behov. Dokumenterat ROAG i Vodok och Senior Alert.	Samtliga patienter har en tandläkarkontakt. Munvårdskortet, protokoll från tandläkare/tandhygienist finns tillgängligt hos varje patienten (i dennes lägenhet) där omvårdnadspersonal en kan ta del av rekommendationer för god munvård.	Alla patienter som önskar har fått en årlig munhälsobedömning. Alla patienter har en vårdkontakt med tandvården. Alla patienter har riskbedömning ROAG i Vodok och i Senior Alert.
Inkontinens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utreder och förskriver inkontinensskydd. Dokumenterat i Vodok enligt riktlinjer. Inkontinensrådet har under året haft några möten och då samlat inkontinensansvariga från respektive våning.	51 boende har inkontinensskydd finns på Hornskroken	Alla patienter som behöver har fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel
Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje	Vid inflyttning efterfrågas samtycke att registreras i kvalitetsregister. Samtycket är dokumenterat i Vodok.	Alla patienter har ett dokumenterat samtycke. Palliativa registret och Senior Alert används.	De patienter som samtyckt till registrering i kvalitetsregister finns registrerade i Senior Alert och slutligen i Palliativa registret.

Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	ATP Kvalitetsråd HSL-möte Våringsmöte Planeringsdagar Teammöten Muntliga rapporter mellan dag-, kväll- och nattpersonal. Dokumentation i ParaSol och Vodok.	Kommunikation, liksom förbättring av kommunikation, pågår ständig över tid både skriftlig och muntligt.	Målet är att alla ska känna att de får begriplig och hanterbar information.
---	---	---	--	---	---

Patientsäkerhetsplan 2020 för verksamheten

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Hornskroken ska under 2020 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2020 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla patienter ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid (minst var 6e månad)	Målet är att alla boende ska ha en risk- och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och sedan minst var 6e månad. Metod för att uppnå målet: Teammöten Fördjupad läkemedelsgenomgång görs vid inflytt och efter 6 månader enligt Vardagas rutin. Listor för läkemedelsgenomgång tillhandahålls av ansvarig läkare och SSK har en kopia som säkerställer att planen följs. Metod för att uppnå målet: Medview Användning av Phase20 vid symtomskattning. Målet är att minska användningen av läkemedel för att ändra och minska risken för polyfarmaci. Övriga risk- och preventionsbedömningar görs vid inflytt, uppföljning efter 6 månader och vid behov och sedan återigen efter 6 månader i Senior Alert. För att uppnå målen kommer Senior Alert att tas upp varje månad på HSLmöten. Bedömningarna kommer i fortsättningen göras på teammötet.

	Beslutstödet ViSam ska används fullt ut i verksamheten, och följs upp varje månad av HSL ansvarig.
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per boende	Lokal rutin och styrdokumentet finns i verksamheten och efterföljs löpande.
Fallförebyggande arbete	Målet för 2020 är att antal fall och frakturer ska minska. För att uppnå detta ska användandet av läkemedel som kan orsaka fall minskas. Arbetsterapeut och Fysioterapeut involveras i läkemedelsinsättning som kan påverka fallrisk. Fallförebyggande åtgärder kan då sättas in i ett tidigt skede. Fallriskbedömningar görs vid inflytt, uppföljning efter 3 månader och sedan återigen efter 6 månader i Senior Alert. För att uppnå målen kommer Senior Alert att ska tas upp varje månad på HSL-möten. Bedömningarna kommer i fortsättningen göras på teammötet.
Basala hygienrutiner – All personal ska följa basal hygien i vård och omsorg	Målet är att all personal ska följa basala hygienrutiner. Målet kommer att uppnås genom att samtliga medarbetare ska genomgå webutbildning, egenkontroll/självskattning kommer utföras och resultat dokumenteras i avvikelssystem och Förbättringslogg sedan återkopplas uppföljningen på Kvalitetsrådet.
Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Målet är att alla boende har en korrekt omvårdnadsdokumentation. Att varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska gå igenom sin granskade journal + de noteringar som är gjorda på den granskade kartlagda hälsoplanen av dokumentationsansvarig sjuksköterska. Utifrån dessa reflektera och korrigera/komplettera de övriga journalerna. Att nyanställd HSLpersonal avsätter tid och går grundutbildning i Vodok om inga tidigare erfarenhet finns av journalssystemet. Att gemensamt fortsätta arbetet med att formulera sig mer tydligt och specifikt i kartlagt hälsotillstånd. Att var och en finner ett arbetssätt att kontinuerligt utvärdera och uppdatera Hälsoplaner, Avsett hälsotillstånd med dess ordinationer/åtgärder. Att ha ”Dokumentation” som en fast punkt på agendan vid HSL-möte. Att det ständigt reflekteras över vad som är mätbart, accepterat och realistiskt. Att återkommande städa journalerna för att minimera bruset i dem. Granskning via stickprovskontroller HSL-dokumentationsansvarig , två gånger/år. Alla journaler

	ska vara granskade årligen. Alla granskningar kommer tas upp på HSL möten för att man ska lära av varandra.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	För att uppnå en säker läkemedel- och delegeringsprocess fortsätter vi med ett standardiserat delegeringsförfarande så att alla medarbetare får samma information vid webutbildning med test. Uppvisat diplom tas till ssk och därefter utförs en kunskapstest, läkemedelshantering och praktisk genomgång med SSK för godkännande. Delegeringsunderlaget skrivs i och placeras i delegeringspärm. SSK kallar in medarbetare när delegeringen ska förnyas.
Minska läkemedelsavvikelser	Målet är att antal läkemedelsavvikelser ska minska. Alla avvikelser skall följas upp inom 1v. Avvikelser tas regelbundet upp på teammötet samt Kvalitetsråd vid behov. Ssk ska planera 2 ggr/år läkemedelshantering (utbildning) för medarbetarna.
Rapportering av händelser – Vårdskada	Målet är att ingen allvarlig vårdskada ska inträffa. Vi kommer nå målet genom att lokal rutin finns och efterföljs kopplat till ansvarig chef. Stort fokus finns på det strukturerade arbetet med våra avvikelser.
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	Målet är att alla som avlider i vår verksamhet ska ha den optimala omsorgen sista tiden. För att uppnå det ska alla medarbetare gå webutbildning i palliativ vård. Vi fortsätter med palliativa ombudsmöten både lokalt och regionalt. Statistik från Palliativa registret tas upp på kvalitetsrådet. Att SSK tillsammans med medarbetare ska registrera i palliativa registret för en mer korrekt information. Att ssk ska använda smärtskattning med Abbey pain Scale.
Nutrition- Att arbeta för att undvika malnutrition	Mål: Att undvika malnutrition Metod: Ssk kontrollerar vikt tillsammans med omvårdnadspersonalen kontinuerligt och dokumenterar detta. Se till extrakalorier tillförs vid behov tex energismoothies. Fortsätta att upprätthålla en trevlig måltidssituation med näringsrik mat.



Humana

Humana

Patientsäkerhetsberättels e 2019

Sjöstadsgården



Humana

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Koncernens ledningssystem	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälsö- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
Resultat.....	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser	11
Klagomål och synpunkter.....	11
Händelser och vårdskador	12
Riskanalys	12
Mål och åtgärder för kommande år	12



Humana

Sammanfattning

Sjöstadsgården är ett vård- och omsorgsboende med 59 vårdplatser varav 32 platser är för personer med demenssjukdom och 27 platser med somatisk inriktning. Sjöstadsgården drivs av Humana omsorg sedan 1 november 2018.

Det övergripande mål för Sjöstadsgården 2019 har varit att implementera Humanas riktlinjer och rutiner då verksamheten haft en verksamhetsövergång till Humana 1 november 2018. Fokus har även legat på att säkerställa att övergången upplevts bra för såväl boende, anhörig som personal.

Sjöstadsgården har under 2019 fortsatt arbeta för att utveckla en personcentrerad vård- och omsorg genom strukturerat teamarbete där registreringar och bedömningar görs i team. På Sjöstadsgården blev alla boende med samtycke registrerade i Senior Alert under 2019. Samtliga boende skattas enligt gällande bedömningsinstrument och om det via skattningarna upptäcks att boende löper risk för undernäring/är undernärld, har hög risk för fall eller har risk för trycksår, upprättas individuell omvårdnadsplan enligt rutin.

Sjuksköterska gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder. Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflytt.

Sjöstadsgården har utbildat flera BPSD-administratörer och har fler olika yrkeskategorier utbildade, registreringen görs i team. Alla boende med samtycke blev registrerade i BPSD-registret under 2019.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret. Registreringen görs och utvärderas av teamet. Resultat från Palliativa registret ligger sedan som underlag för vidare förbättringsarbete.

Läkarsamverkan sker via avtal med Legevisitten där alla boende har en patientansvarig läkare. Utlagd läkarmottagning sker en gång per vecka på Sjöstadsgården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare dagtid och på jourtid kontaktas ansvarig bakjour från Legevisitten.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Sjuksköterskorna har läsbehörighet i journalsystemet Take Care. Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras i Humanas avvikelssystem DF Respons.

Vi har under 2019:

- Infört ett nytt avvikelssystem, DF respons.
- Utbildat fler BPSD-administratörer.
- Utbildat palliativa ombud på varje avdelning samt en SSK, en FT och en AT.
- Påbörjat Silviahemscertifiering för all personal.
- Påbörjat införande av e-signering av läkemedel.

Mål för 2020 är:

- Bli Silviahemscertifierade.
- Implementera e-signering av läkemedel.
- NUR utbildning för Chefer, rehabpersonal och Aktivitetsansvarig.
- All HSL-personal ska få utbildning i Risk- och händelseanalys.
- Ett elektronisk planeringsverktyg ska implementeras.
- HLR-utbildning kommer starta igång för all personal.
- Utbilda fler BPSD-administratörer, anhörigombud och värdegrundsledare.
- HBTQ utbildning för personalen



Humana

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

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- implementera nytt ledningssystem och nytt avvikelsesystem i hela organisationen
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- implementera Humanas delegeringsutbildning
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

Organisation och ansvar

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

[Årsredovisning 2018](#)
[Kvalitetsredovisning](#)

Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Sjöstadsgården: Charlotte Damberg

Verksamhetschefer, Sjöstadsgården: Jeanette Stenberg & Pontus Svanamo

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2: Louise Lundqvist

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3: Therese Langen

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 4: Gunlög Skaraas

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 5: Sofia Nyberger

Resurssjuksköterska Sjöstadsgården: Yasaman Moiviera



Humana

Arbetsterapeut, Sjöstadsgården: Frida Nauren

Fysioterapeut, Sjöstadsgården: Ewa Hammarström

Sjöstadsgården har kvalitetsråd och kvalitetsombud. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppleadare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Koncernens ledningssystem

Humana har arbetat med uppbyggnad av ett koncerngemensamt ledningssystem, Parus, som är en utveckling av de befintliga ledningssystemen i respektive affärsområde. Implementering av Parus pågår och ska under 2019 vara implementerat i alla affärsområden.

[Parus ledningssystem](#)

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Legevisitten och sjuksköterskor på Sjöstadsgården är god. Sjöstadsgården har bytt läkare under 2019. Samverkansmöte har hållits för att bibehålla ett gott samarbete då en god patientkännedom och kontinuitet i läkarkontakten är en viktig delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i läkaravtal med Legevisitten. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på torsdagar. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystemet Vodok. Alla nyinflyttade boende signerar medgivande blankett, utfärdad av Legevisitten som underlag att patientansvarig läkare kan ta med sig journalkopior till boendet.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Legevisittens bakjour.

Ibland behöver boende skickas in akut eller för planerad inläggning på sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista och anhörig kontakt.

Under 2019 påbörjades att ha fallrond. Fallrond hålls med läkare, sjuksköterska och rehab en gång i veckan för att tillsammans i team se över de eventuella fall som varit under veckan för att på så vis försöka minska antal fall.



Humana

Multiprofessionella teammöten sker en gång i veckan våningsvis där Senior Alert och vid behov BPSD följs upp. På avdelningarna för personer med demenssjukdom finns flera utbildade BPSD administratörer.

Patienters och närståendes delaktighet

Boende informeras i god tid om planerade årliga läkarbesök och närstående erbjuds närvara vid besök om den boende önskar. Om den närstående inte har möjlighet att delta har de möjlighet att lämna synpunkter eller frågeställningar, i första hand till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Närstående informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd och vid brytpunkter. När en ny boende flyttar in tillfrågas alltid boende vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om man kan ringa oavsett tid på dygnet. Detta dokumenteras på huvudbild i den boendes omvårdnadsjournal.

Vid inflytt och vid fortsatt kontakt uppmuntrar vi på Sjöstadsgården närstående till delaktighet i vården som rör boende.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

På Sjöstadsgården rapporterar all HSL-personal sedan juni 2019 fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. Innan DF Respons infördes skrevs avvikelser på pappersblankett. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelserns ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Under 2019 har vi på Sjöstadsgården inte haft några allvarliga händelser/vårdskador.

Klagomål och synpunkter

HSL-personal rapporterar Fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. Avvikelse ID journalförs i journalsystemet Vodok. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Under 2019 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador.

Egenkontroll

Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten för att säkerställa att den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.



Humana

Under 2019 har boende fått möjlighet att svara på enkäten från Socialstyrelsen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Sjästadsgårdens resultat för 2019 visar att 92 procent är sammantaget nöjd med sitt boende vilket får ses som ett bra resultat både i relation till Riksgenomsnittet som ligger på 81 procent och till Humana som ligger på 88 procent. Det är även 92 procent som känner sig trygg på sitt boende, 92 procent som känner sig trygg med personalen på Sjästadsgården och 91 procent upplever att personalen har tillräckligt mycket tid. Det som däremot kan ses som något att arbeta vidare med är att veta var man vänder sig med synpunkter och klagomål då endast 35 procent visste det, 47 procent tycker att de kan påverka tiden de får hjälp och 50 procent upplever att de får information om förändringar i tid, vilket är saker som får ses som förbättringsområden inför 2020.

Frågor	Resultat 2018	Resultat 2019
Boendemiljö: Fick du plats på det äldreboende du ville bo på?		91%
Boendemiljö: Trivs du med ditt rum eller lägenhet?		79%
Boendemiljö: Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?		78%
Boendemiljö: Är det trivsamt utomhus runt ditt boende?		76%
Mat och måltidsmiljö: Hur brukar maten smaka?		69%
Mat och måltidsmiljö: Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?		68%
Hjälpens utförande: Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?		91%
Hjälpens utförande: Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar?		50%
Hjälpens utförande: Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp?		47%
Bemötande: Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?		96%
Bemötande: Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?		88%
Trygghet: Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?		92%
Trygghet: Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?		92%
Sociala aktiviteter: Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?		74%



Humana

Frågor	Resultat 2018	Resultat 2019
Sociala aktiviteter: Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?		63%
Sociala aktiviteter: Händer det att du besväras av ensamhet?		38%
Tillgänglighet: Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?		86%
Tillgänglighet: Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?		61%
Tillgänglighet: Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende, vid behov?		75%
Hjälpen i sin helhet: Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?		92%
Hjälpen i sin helhet: Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?		35%

Fall- och läkemedelsavvikelser dokumenteras av hälso- och sjukvårdspersonal i Humanas avvikelssystem DF - Respons sedan juni 2019. Från övergången till Humana november 2018 till DF Respons startade skrevs avvikelserna i pappersform samt i Vodok.

Jämförelse med tidigare år är inte möjlig 2019 då statistik från föregående år saknas då Humana tog över som ny aktör november 2018. Det vi kan se är att den största orsaken till avvikelse är fall, efter det kommer läkemedel. Det finns inga rapporterade Lex Sarah eller Lex Maria.

Avvikelser	
Avvikelskategorier	Ack. Utfall
Fall	94
Läkemedelshantering	45
Medicinteknik och hjälpmedel	6
Dokumentation, dokumentationshantering	2
Livsmedelshantering	5
Information, omsorg, behandling, stöd	9
Information, kommunikation, samverkan	2
Annan	13

Utredning och anmälan

Frågor	Ack. Utfall
Utredning enl Lex Sarah	0
Anmälan enl Lex Sarah	0
Utredning enl Lex Maria	0



Humana

Frågor	Ack. Utfall
Anmälan enl Lex Maria	0

Signeringslistor för läkemedel kontrolleras efter varje månadsslut av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras. I slutet av 2019 påbörjades implementering av e-signering av läkemedel vilket kommer tas i bruk januari 2020 och förväntas leda till färre läkemedelsavvikelser.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Risikanalys

Nyinflyttade boende riskskattas inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi gör riskbedömningar på alla boende och använder oss då av bedömningsinstrumenten i kommunens journal system Vodok och Senior alert.- Fall- Trycksår- Nutrition- ROAG samt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och välbefinnande. Patientansvarig sjuksköterska gör skattningar enligt MNA, Norton och DFRI innan. Kontroller av vitala parametrar görs. Patientansvarig sjuksköterska utvärderar vid behovs läkemedels användning under tiden och om det visar sig att vid behovs läkemedel inte använts på länge sätts medicin ut av läkare. Provtagningar ordinerar och följs upp.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta eftersom personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare.

Utredning av händelser - vårdskador

Under 2019 har vi inte haft någon allvarlig avvikelse som lett till anmälan enligt Lex Maria.

Informationssäkerhet

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Nya projekt för att byta ut äldre system har påbörjats under året och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har införts. Föregående års inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-stegs inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

I Humanas svenska verksamheter har åtta personuppgiftsincidenter anmälts till Datainspektionen, av dessa har endast en rört hälso- och sjukvård. Datainspektionens beslut i ärendet var att de avslutar ärendet utan vidare åtgärd.



Humana

Arkivering och gallring

Patientjournaler förvaras i strukturerad ordning (både analogt och digitalt) så dessa är sökbara och tillgängliga under den tid de ska bevaras. Äldre journaler som uppnått gallringsbar ålder har under året gallrats.

RESULTAT OCH ANALYS

Resultat

- Under 2019 har Sjöstadsgården fortsatt arbeta för att utveckla den personcentrerade vården. Detta har gjorts på flera sätt. Att Silviahemscertifiera Sjöstadsgården har påbörjats under 2019 och är ett sätt att öka kunskap och förståelse för vikten av att arbeta personcentrerat med fokus på den boende.
- Fortsatt vikt vid alla professioners medverkan i teamet kring den boende, ta vara på det engagemang som finns i verksamhetens olika forum för att alla, varje dag, är med i arbetet för att säkerställa en personcentrerad vård- och omsorg av hög kvalitet. Vidare arbete med BPSD-registret och Senior alert har under 2019 haft fokus på att registrering görs i team och att åtgärder som bestäms dokumenteras i den boendes genomförandeplan. Fortsatt arbete med att utveckla och hitta en god struktur för teammöten med mål att alla boendes bedömningar görs i team.
- Det har under 2019 utbildats flera Palliativa ombud genom tre dagars utbildning från Palliativt kunskapscentrum. Registrering i Svenska Palliativregistret har gjorts i team vilket var ett mål för 2019. Däremot kan man se att målet där resultatet från Svenska Palliativregistret utvärderas kontinuerligt för att säkerställa en trygg och säker palliativ vård, där läkaren är delaktig i såväl registrering som resultaten, inte uppfyllts helt. Detta kommer vara ett fortsatt arbete 2020.
- Det e-signeringssystem som skulle tas i bruk 2019 för att säkerställa och fortsätta arbetet med att minska antalet läkemedelsavvikelser har påbörjats med utbildning under 2019, men startas upp januari 2020. Elektronisk signering ska ge en tryggare och säkrare signering med påminnelser och tydlighet för delegerad omvårdnadspersonal vid läkemedelshantering.
- Handledning har kontinuerligt erbjudits personalen på Sjöstadsgården under 2019 med mål att ge personalen de verktyg de behöver för att kunna erbjuda den boende den omvårdnad de önskar.
- Kostombuden har arbetat vidare med fokus för en personcentrerad måltid och byte av leverantör har gjorts under året, bytet blev inte till Dafgård utan till Humanas eget köksleverantör från Dados kök i Humana Kungsängen.
- Dokumentation har fortsatt utvecklas med fokus på genomförandeplanen där levnadsberättelse, aktivitetsanalys och resultat från registreringar ska vävas in. Genomförandeplanen ska användas som ett levande dokument för att omvårdnaden kring den boende ska vara personcentrerad.

Egenkontroll

Egen-/internkontroller utförs som en del av vårt systematiska kvalitetsarbete och kontrollerna ligger i vårt kvalitetsledningssystem PARUS:s årshjul.

Egenkontroller 2019.

- Individuell omvårdnad
- Social dokumentation
- Medicinsk omvårdnad



Humana

- Basal hygien
- Kultur och värderingar
- Aktiviteter

Egenkontroll av narkotikahantering ansvarig sjuksköterska varje månad.

Internkontroller 2019

- Individuell omvårdnad
- Basal Hygien
- Kultur och värderingar
- Aktiviteter
- Systematiskt förbättringsarbete
- Nattilsyn

Avvikelser

Under 2019 har vi inte haft några allvarliga vårdhändelser som lett till anmälan - Lex Maria. Alla avvikelser rapporteras from juni 2019 in i Humanas avvikelssystem DF resposn.

Avvikelserna tas upp och går igenom på kvalitetsråd en gång i månaden där representant från HSL, kvalitetsombud, gruppleadare och verksamhetschef deltar. Resultat från kvalitetsråd tas sedan upp på nästkommande APT.

Avvikelser

Avvikelsekategori	Ack. Utfall
Fall	94
Läkemedelshantering	45
Medicinteknik och hjälpmedel	6
Dokumentation, dokumentationshantering	2
Livsmedelshantering	5
Information, omsorg, behandling, stöd	9
Information, kommunikation, samverkan	2
Annan	13

Klagomål och synpunkter

För att kunna nå ut till boende och närstående går vi varje månad ut i närståendebrevet om var de kan vända sig med sina synpunkter.

För att göra det mer synligt att vi önskar få in vad våra boende och närstående tycker om oss har vi satt upp folders synligt och lättillgängligt där de kan fylla in sin synpunkter och lämna in till oss.

I välkomstmappen som delas ut till boende vid inflytt informerar vi om synpunkter och klagomål. Kontaktpersonen gör även en muntlig information i samband med inflytt.

Under 2019 har de synpunkter som inkommit varit mestadels beröm. Enskilda synpunkter har berört enskilda fall och behandlats och återkopplats till de inblandade



Humana

Händelser och vårdskador

Under 2019 har vi inte haft någon allvarlig avvikelse som lett till anmälan enligt Lex Maria

Risikanalys

Risikanalyser utifrån bedömningsinstrumenten dokumenteras med åtgärder och resultat i HSL journal och följs utifrån rutin.

Risikanalyser har gjorts på boende som visat avvikande beteenden såsom utåtagerande och oroliga där åtgärder tagits för att förebygga och bemöta beteendet där vi arbetar med BPSD som en åtgärd. Riskanalyserna har gjorts i teamet kring boende och följts upp enligt uppföljningsplan.

Mål och åtgärder för kommande år

- Bli Silviahemscertifierade och få all personal att aktivt arbeta enligt deras filosofi, med en personcentrerad vård i fokus.
- Implementering av elektronisk signering av läkemedel. Utbildning har påbörjats under 2019. Uppstart beräknad i början av 2020.
- NUR utbildning för Chefer, rehabpersonal och Aktivitetsansvarig.
- All HSL-personal ska få utbildning i Risk- och händelseanalys.
- Ett elektronisk planeringsverktyg kommer införas under 2020.
- HLR-utbildning kommer starta igång.
- Utbilda fler BPSD-administratörer.
- Utbilda anhörigombud.
- Utbilda värdegrundsledare.
- HBTQ utbildning för personalen

Landstingets/regionens eller
kommunens logotyp

Patientsäkerhetsberättelse

Norlandia Care Kosmo AB Dagverksamhet Södermalm

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet
Eva Söderkvist
Verksamhetschef
20200304

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Uppföljning genom egenkontroll	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
Riskanalys	7
Informationssäkerhet	8
Mål och strategier för kommande år	8

Sammanfattning

Norlandia Sverige erbjuder individanpassade och kvalitativa tjänster inom äldreomsorg, förskolor och patienthotell på den svenska marknaden. Sedan 2014 driver Norlandia Sverige de fyra dagverksamheternas Grindstugan, Guldägget, Pärlan och Magda på uppdrag av Södermalms stadsdelsförvaltning i Stockholm. Verksamheterna vänder sig till personer över 65 år som bor hemma, har en demensdiagnos eller är under pågående minnesutredning. Totalt har vi 68 platser, och i genomsnitt ca 120 gäster inskrivna. Verksamheten är öppen för våra gäster mellan 9.00-15.00, alla vardagar.

Bemötandet av personer med demenssjukdom är en av de viktigaste delarna i vårt arbete. Vi arbetar ständigt med att fördjupa vår kunskap om demenssjukdom. Vår hälso- och sjukvårdsansvariga (HSL) sjuksköterska är tillika Silvia-sjuksköterska. De viktigaste åtgärderna som genomförts har fokus på BPSD (Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens), undersköterskor har utbildats till BPSD-administratörer.

Användningen av Norlandias kvalitetsledningssystem TQM (Total Quality Management) gör att uppföljningen och egenkontrollen förstärkts och utvecklas och att alla former av avvikelser rapporteras och följs upp.

Risken för vård-skador förebyggs genom ett nära samarbete med andra aktörer som vi samverkar med; hemtjänst, vårdcentraler, distriktssköterskor, anhöriga och bolag som är ansvariga för gästernas resor.

Även synpunkter och klagomål följs upp i TQM.

Vi har löpande under året ett nära samarbete med anhöriga i olika former av forum som anhörigträffar, stödsamtal och dagliga löpande kontakter gästens kontaktperson.

Kundnöjdheten kan utläsas i den årliga brukarundersökningen där dagverksamheterna hade en förbättrad kundnöjdhet mellan 92-99%, snitt 95%.

Övergripande mål och strategier

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

Vårt mål är att erbjuda våra gäster en meningsfull och stimulerande dag, att ge både gäster och anhöriga stöd i det som är svårt i vardagen. Men också att ge anhöriga avlastning och förlänga möjligheten för våra gäster att bo kvar i hemmet. Ett gott liv varje dag.

Vi är lyhörda och hittar flexibla lösningar anpassade till varje enskild individ. Bra samarbete med uppdragsgivare och efterlevnad av lagar och allmänna riktlinjer är grundläggande för vår verksamhet.

Kvalitet och därmed patientsäkerhet uppstår i mötet mellan medarbetare och våra gäster och är en kärnfunktion med ömsesidigt förhållande mellan tydliga värderingar, professionella chefer och bra system.

Våra kvalitetsmål för 2019 var:

95 % kundnöjdhet – mäts genom Stockholms Stads brukarundersökning av dagverksamheterna.

94 % medarbetarnöjdhet – mäts via medarbetarundersökningar, GPTW.

97 % (Lång- och korttidsfrånvaro 94 %) Frisknärvaro – korttid mäts via personal- och lönesystem.

Våra målsättningar säkras genom systematiskt kvalitetsarbete enligt ISO standard.

- Alla avvikande händelser registreras i vårt ledningssystem TQM (Total Quality Management) och hanteras professionellt och enligt fastställda tidsfrister.
- Proaktiv uppföljning av riskområden.
- Årlig översyn av vårt kvalitetsledningssystem, inkl. revidering av mål och övergripande policy.
- Systematiskt arbetsmiljöarbete som beskrivs i separat arbetsmiljöpolicy.

Årliga mätningar av kund och medarbetarnöjdhet genom:

- Utvärdering av undersökning och kvantifiering av mål.
- Aktivt uppmuntra till kontinuerlig feedback på våra genomförda arbetssätt och insatser. Förstärka det vi gör bra och korrigera vid behov.

Utbildning och kompetensutveckling genom att vi har låg tröskel för rapportering av händelser samt att utvärderingar och underlag används som beslutsstöd på alla nivåer.

Vad gäller arbetsmiljön så arbetar vi aktivt med åtgärder för att minska risker för skador på människor och miljö. Samtliga chefer har aktuell fördelning av arbetsmiljöuppgifter, och därmed kunskap om lagar och förordningar samt centrala rutiner för att driva ett aktivt systematiskt arbetsmiljöarbete.

Organisation och ansvar

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

Koncernledningen ansvarar för att fastställa samt årligen revidera övergripande mål. Första linjens chefer ansvarar för att sätta upp mål för sin verksamhet, vilka ska vara förenliga med övergripande målen.

Region Stockholms MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) beslutar om nödvändiga riktlinjer för hälso- och sjukvården verksamheten och följer upp att de efterlevs.

Verksamhetschefen (första linjens chef) har även det löpande ansvaret för

- att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer
- att personalen har rätt kompetens
- risk och preventionsbedömningar.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

- När en gäst börjar på dagverksamhet utses kontaktman som bjuder in till ett första möte, antingen i form av ett besök på verksamheten, eller som ett hembesök. Vid detta tillfälle bekantar man sig med varandra och kontaktmannen informerar om verksamheten, och delger viktig information om verksamheten, och gästen får berätta om vad som är viktigt för honom/henne. Många gånger är anhörig/god man eller representant från hemtjänst med vid detta möte första möte.
- Kontaktman informerar om den nya gästen för övrig personal, detta sker vid det dagliga planeringsmötet. Biståndsbeslut är underlag.
- Resor till och från dagverksamheten med aktuellt transportbolag beställs via den stadsdelsförvaltning/kommun som gästen tillhör.
- Kontaktman upprättar genomförandeplan (SoL) inom 14 dagar. Genomförandeplaner samspelar med hälso- och sjukvårdsinsatser som påverkar gästens insatser som utförs av omsorgspersonalen.
- Verksamheten har sjuksköterska knuten till sig, vardagar mellan 09:00-15:00.
- För många av våra gäster har vi ett nära samarbete och löpande kontakter med gästens Vårdcentral och distriktssköterska.
- HSL-journal upprättas för de gäster som har HSL insatser under den tid de vistas på verksamheten. I de flesta fall är det läkemedel som ska ges. Sjuksköterska ansvarar för att signeringslista upprättas för de gäster där detta är aktuellt. och Läkemedelslista upprättas av respektive vårdcentral. Under 2019 var det 5 gäster som hade denna insats. Vi hade under året i genomsnitt ca 120 gäster inskrivna.
- Sjuksköterskan är utbildad Silviasjuksköterska
- All ordinarie personal som är undersköterskor har aktuella delegeringsbeslut för läkemedelsgivning.
- Sjuksköterskan kontaktas då någon form av HSL relaterad avvikelse inträffar som t.ex. fall, eller annat akut tillstånd inträffar för någon av gästerna. Sköterskan ger råd per telefon, och kan vid behov

inställa sig i verksamheten inom 30 minuter.

- Sjuksköterska har även en viktig handledande roll vad gäller HSL frågor för övrig personal.
- Andra övriga mer individuella HSL insatser har under året genomförts av gästens egen distriktssköterska som då kommer till verksamheten för att utföra detta.
- År 2019 var cirka 80 % av ordinarie personalen undersköterskor, flertalet med påbyggnadsutbildning i demens, samt lång erfarenhet av arbete på dagverksamhet. En personal har under 2019 genomgått Norlandias interna Demensutbildning.
- Sex av personalen är utbildade BPSD administratörer dvs 40 % av ordinarie personal.
- Under våren 2019 genomförde 6 medarbetare en utbildning för anhörigombud.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Inom dagverksamhet är det ovanligt med vårdskador. Vi är del av ett större sammanhang med andra aktörer inblandade så arbetar vi konkret i det dagliga med att samverka med dessa aktörer för våra gästers bästa. Dessa är hemtjänst, anhöriga, vårdcentral och distriktssköterska. Misstänker vi eller upptäcker något hos enskild gäst så agerar vi och tar nödvändiga kontakter samt rapporterar i vårt kvalitetsledningssystem TQM enligt gällande rutin.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vi har en nära kontakt med anhöriga, detta uppdrag ligger i rollen som kontaktperson. Anhöriga behöver många gånger stöd, råd och förståelse för att orka hantera sin tunga roll.

Vi genomför också anhörigträffar 2-4 gånger per år som kan innehålla olika former av föreläsningar och presentationer. Vi kan även erbjuda stödsamtal.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Alla typer av avvikelse och förbättringsförslag dokumenteras i Norlandias kvalitetsledningssystem TQM (Total Quality Management). All personal har behörighet till systemet och ska använda det som ett naturligt verktyg i det dagliga arbetet. Är det en allvarlig HSL avvikelse rapporteras detta till MAS, och en utredning startas.

De risker och avvikelser som registreras i verksamheten är sällan HSL-avvikelse. Med våra rutiner gällande förebygga att gäst avviker har det under året inträffat 4 tillfällen då en gäst avvikit för en kort stund. Gästerna har inte tagit skada. Varje gäst riskbedöms samt handlingsplaner upprättas vid behov.

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare har kunskap om Norlandias hantering av synpunkter och klagomål. Det är en del av TQM. Alla har ansvar att rapportera detta. Synpunkter klagomål och förbättringsförslag är en del i det ständiga kvalitetsarbetet.

Under 2019 har inga klagomål på verksamheten inkommit. Positiva synpunkter har under året i större utsträckning registrerats i TQM. Totalt har 12 positiva synpunkter registrerats under året.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Enhetens sjuksköterska tillträdde under 2016, har etablerat sig och även varit behjälplig vid olika former av observationer i verksamheten.

Alla ordinarie undersköterskor får löpande sina medicindelegeringar förnyade.

Personalen har genomfört webbaserad utbildning i basala hygienrutiner.

Hygienobservation genomförts årligen.

Nyanställd personal genomför utbildning Demens ABC, BPSD webbutbildning samt äldreomsorgens nationella värdegrund.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Att bemöta och hantera de beteendemässiga symtom som vissa av våra gäster drabbas av har varit i fokus under 2019.

- Teamledare och samordnare har utbildning som BPSD-administratör, detta innebär att varje enhet har spetskompetens inom området.
- Vår sjuksköterska är även utbildad Silviasjuksköterska.
- Arbetsledningsfunktionen i verksamheten är förstärkt med teamledare och samordnare. Teamledare har genomgått företagets teamledarutbildning.
- Samtlig nyanställd personal ska ha minimum ha genomfört webbutbildningar: Demens ABC, BPSD samt äldreomsorgens nationella värdegrund samt Basal hygien.

Risikanalys

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

Inom 14 dagar, i samband med att genomförandeplan upprättas, ska även en riskanalys för ny gäst upprättas.

Den risk som i många fall kan vara angelägen att stävja är att om ”en gäst avviker”. Därför har vi extra fokus på detta och ur det ska förebyggas och åtgärdas i våra egna lokala rutiner. Särskilt är detta i fokus under sommartid då många vikarier är i tjänst.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Lokal rutin finns för när och hur sjuksköterska ska kontakta. I de fall som kräver kontaktas även primärvården.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	2019
Lex Maria	0
IVO ärenden	0
Ärenden patientnämnden	0
Vinterkräksjuka	0
Gäst avviker	4

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvården

Frågeställning	2019
Utebliven dos	0
Dubbel dos	0
Felaktigt iordningställande	0
Förväxling	0
Utebliven signering	0
Fall i verksamhet	3
Frakturer pga av fall	0

Mål och strategier för kommande år

- Fortsätta utveckla samverkan med övriga aktörer som hemtjänst och anhöriga.
- Utbildning för personal gällande motverka fall hos äldre
- Starta projekt ”träning för äldre personer”

-
- Börja arbetet med att stjärnmärka alla dagverksamheter. Instruktor utbildas internt
 - Ställa fortsätta höga krav vid nyanställning, även vikarier.
 - Fortsätta vårt arbete med väl skrivna genomförandeplaner som underlag för hur de äldre önskar sin vistelse på Dagverksamheterna. Genomförandeplaner samspelar med de hälso- och sjukvårdsinsatser som påverkar gästens insatser.

