



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2018

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet
2019-02-28
Anna Lidback Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Riskanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	12
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	14

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 §

Sammanfattning

Under året har kvalitetsarbetet bedrivits gällande Erstas diakonis ledningssystem, upprättande av processer med kopplade rutiner och utvärdering av egenkontroller. Genomgång av rutiner för omarbetning och revidering har påbörjats och utförts. Under senare delen av året har ledningen på Linnégården bytts ut. En av enhetscheferna har börjat från en annan enhet inom Ersta diakoni. Rekrytering av ytterligare Enhetschef är påbörjat. I mitten av 2018 var trygghetslarmet som installerades av Östermalms stadsdel stabilt.

Linnégården har lyckats rekrytera sjuksköterskor och har haft en stabil sjuksköterskegrupp sedan mitten av 2018 vilket lett till en stabilare verksamhet. Under sommaren rekryterades en ny sjukgymnast som har ökat antalet gruppträningar till mellan 7 och 11 träningar per vecka vilket samt individuella träningar vilket har lett till färre fall. Under mitten av sommaren rekryterades en biträdande verksamhetschef som också hade ansvaret för HSL gruppen. Samarbetet fungerade inte och i december beslutades att återgå till ursprungliga organisationen med tre enhetschefer och en verksamhetschef samt en sjuksköterska med HSL ansvar.

Riskbedömningar för fall, undernäring, sår och munhälsa har utförts. Där risker identifierats har omvårdningsplaner upprättats, dock fortsatt arbete med hälsoplaner under 2019. Boende har erbjudits Läkemedelsgenomgång och Munhälsobedömning. Registrering av vårdrelaterade infektioner har förts varje månad. Under 2018 har inget fall av Calici (vinterkräksjuka) identifierats. Vi har under året infört digital "att göra lista" i Vodoc vilket har lett till patientsäkrare insatser. Vi har infört delegeringar i Vodoc under året. Vi har fungerande teammöten varannan vecka på hela huset vilket lett till att boendes tillstånd uppdateras på ett strukturerat sätt.

På Linnégården har vi en sjuksköterska med stor kunskap i vodoc som aktivt handleder sjuksköterskor i dokumentation vilket lett till en större kunskap och samstämmighet i dokumentation.

Ett egenkontrollprogram med checklistor har följts vilket innefattar t ex Granskning av social respektive hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation, Registrering i Palliativa registret, läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut, följsamhet av basala hygienrutiner, infektionsregistrering varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, mätning av nattfasta, medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt förskrift. Bedömningar enl kvalitetsregistret Senior Alert har utförts och enheten har nu registrerat samtliga boende i Senior alert. Fortsatt utveckling av registrering i Senior alert under kommande år.

Två sjuksköterskor har tillsammans med representanter från omvårdnadspersonalen genomgått nätverksträffar via PKC i palliativt förhållningssätt för att ytterligare förbättra den palliativa vården och att skapa mer kunskap inom detta område.

Vårdplaneringsmöten har genomförts tillsammans med boende, samt närstående om boende så önskat. Närvarande yrkeskategorier vid dessa möten har varierat beroende på behovet. Planeringen har utgått från den boendes behov, förutsättningar och önskemål.

I dialog med representanter från Linnégården har forum skapats för att boende/närstående lättare ska kunna framföra bland annat önskemål och förbättringsförslag på vården och aktiviteter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser, dock behöver rapporteringen ökas ännu mer. En förbättrad rutin kring avvikelshantering har skapats vilket tydliggör de olika yrkeskategoriernas ansvar. Verksamhetschefen tittar på alla avvikelser som kommer in och skapar sig en bild av avvikelsernas art.

Tvårprofessionellt arbete har genomförts regelbundet för genomgång av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter på kvalitetsmöte på respektive våningsplan. Uppföljning och återkoppling har skett på APT och eller planmöte samt teammöten. Under 2018 har kvalitetsmötets struktur förändrats och är nu ett gemensamt för hela huset vilket ger ett lärande av varandras avvikelser och åtgärder. Under 2018 har Linnégården skickat in en lex Sarah gällande två nattpersonal som sovit under sitt nattpass, dessa arbetar inte kvar på Linnégården och IVO har bedömt inga ytterligare åtgärder mot de vi redan vidtagit.

Övergripande mål och strategier

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

Mål

*En trygg och säker hälso- och sjukvård
Minska andelen vårdskador och vårdlidande.*

Strategi

- *Stabil sjuksköterskegrupp.*
- *Arbeta för att all personal har tillräcklig kompetens.*

-
- *Förbättra inkontinensvården genom att utbilda en sjuksköterska i förskrivning av inkontinens samt utbildning för samtlig personal i inkontinens.*
 - *Säker läkemedelshantering genom att utvärdera och följa rutiner gällande detta*
 - *Ingå i kvalitetsregister: Palliativa registret och Senior Alert, Infektionsregistrering*
 - *Uppdatera och gå igenom rutiner för läkemedelshantering*
 - *Alla riskpatienter ska ha en vårdplan upprättad av legitimerad personal och riskbedömas enligt:*
 - *Riskbedömning mun och tandhälsa ROAG*
 - *Riskbedömning fall DOWNTON*
 - *Riskbedömning malnutrition MNA*
 - *Riskbedömning trycksår NORTON*
 - *Riskbedömning enligt NICOLA*
 - *Riskbedömning oro GDS-20 på alla boende med somatisk inriktning*
 - *Att all personal känner till riktlinjer och rutinerna för risker och avvikelshantering och uppmuntras till att skriva avvikelser.*
 - *Att verksamheten tar till vara inkomna synpunkter och klagomål från boende och närstående*
 - *Att uppkomna risker och avvikelser bedöms och analyseras regelbundet samt att återkoppling sker till personalen.*
 - *Att tvärprofessionella teammöten hålls kontinuerligt.*
 - *Att införa reflektionsmöten varje vecka på varje plan och sjuksköterskegruppen där arbetssätt och diskussion kring vad vi gör bra och vad vi behöver utveckla införs.*
 - *Hygienrond under 2019 samt säkerställa kontinuerliga självskattningar och observationer av hygien under året.*

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

***Ersta diakonis styrelse** har det övergripande ansvaret för all verksamhet.*

***Direktorn** har det verkställande ansvaret för Ersta diakonis verksamhet och ansvarar gentemot styrelsen. Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.*

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

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

***Verksamhetschef** säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Verksamhetschefen har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.*

***Ersta diakonis MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska)** ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS har det övergripande kvalitetsansvaret för hälso- och sjukvården.*

***Verksamhetschef tillsammans med HSL ansvarig sjuksköterska** ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS/MAR fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt att det genomförs och dokumenteras inom det egna ansvarsområdet.*

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning vid inflyttning och förändring av bendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger. Sjuksköterskorna registrerar i palliativa registret, senior alert och vårdrelaterade infektioner.

Samtliga medarbetare ansvarar för att följa styrdokument, riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål. Det är alla medarbetares ansvar att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt aktivt delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

Uppföljning av mål och strategier enligt föreslagna förbättringar från föregående års Patientsäkerhetsberättelse, Öppna jämförelser och Nationella studier, Egenkontroller, Kvalitets- och avtalsuppföljning av Östermalmsstadsdelsförvaltnings MAS, kvalitetsgranskning från Apoteket, samt Extern inhyrd MAS från Sofrozyne.

Processerna; Inflyttning, Dygnets insatser, Avslut och utflytt har identifierats och ligger till grund för kvalitetsarbetet i verksamheten. Arbetet med processerna och rutinerna är ständigt pågående. Utifrån resultaten förbättrar vi processbeskrivningarna och rutinerna.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Läkemedelshantering.

Extern granskning av läkemedelshantering har gjorts av Erstas MAS, Apoteket och från Östermalms stadsdels MAS. Förbättringsförslagen har sammanställts och arbete med revidering av rutiner och struktur har utförts.

Läkemedelsgenomgång har erbjudits och genomförts för de boende som tackat ja samt nyinflyttade

Vårdrelaterade infektioner har registrerats och rapporteras månadsvis till MAS. Tydliga rutiner och påminnelse om rutin kring Calici har genomförts och verksamheten har inte haft utbrott av Calici under året.

All vårdpersonal har getts möjlighet att genomföra **E-utbildning i Basala hygienrutiner** och punkt prevalens mätning (PPM) har utförts

för begränsningsåtgärder och förskrivning av inkontinens och stödordinationer av skötsel av inkontinenshjälpmedel.

*Under året har revidering och uppdatering fortsatt av **Rutiner för Hälso- och sjukvården**. Samt utbildning i intranätet.*

*Inkomna **avvikelser** har analyserats regelbundet tvärprofessionellt på kvalitetsmöten.*

Riskanalyser görs där risker i verksamheten identifierats.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation har skett via stickprovskontroll 1 gång per termin, utförs av Ersta MAS genom granskningsmall och 10 st slumpmässigt utvalda journaler. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdel genom samverkans möte och årlig uppföljning. Det redovisas till verksamhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut på HSL möte.

Registrering i Palliativa registret har under året kontrollerats genom stickprov .I samband med stickprovskontrollen jämförs verksamhetens resultat med övriga medverkande verksamheter resultat.

Läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut 1 gång per år. Resultatet kommuniceras till ansvarigchef samt sjuksköterskor och MAS

Hygienrond 1 ggr/år

Följsamhet av basala hygienrutiner utförs dagligen av sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast samt chefer. Under hösten utfördes självskattningar och förutsättningar för att följa basala hygienrutiner. Responsen från omvårdnadspersonalen har inte varit tillfredställande och kommer att utvecklas vidare under 2019. Resultatet kommuniceras fortlöpande på arbetsplatsträff, planmöte samt till ansvariga chefer. I hela huset har hållare för handsprit, tvål, pappershanddukar installerats. En ny spolskölj och en ny diskdesinfektor har installerats..

Registrering förs över Vårdrelaterade infektioner varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, resultatet kommuniceras till MAS per kvartal.

Mätning av nattfasta via registrering på blankett i 3 dygn har skett under året och följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdels MAS, sjuksköterskor, ansvariga chefer och omvårdnadspersonal på teammöte, planmöte och arbetsplatsträff.

Medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt föreskrift. Följsamhet av funktionskontroll följs upp av enhetschef för HSL. Resultatet kommuniceras på arbetsplatsträff och planmöte.

Avvikelsestatistik sammanställs varje månad. På kvalitetsmötet analyseras avvikelserna tvärprofessionellt.

Synpunkter/klagomål, Lex Sarah/Lex Maria samt riskanalyser sammanställs månads/kvartals-/årsvis. Se respektive rubrik.

Patientsäkerhetsberättelse redovisar årligen verksamhetens resultat. Resultaten kommer att jämföras med tidigare resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansavtal finns med läkare från Legevisitten. Läkare kommer regelbundet på besök till enheten samt vid akuta behov dygnet runt. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker 2 till 3 gånger per år. Samarbete med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretag som utför fria munhälsobedömningar.

Avtal med Apoteket för årlig kvalitetsgenomgång av läkemedelshantering.

Avtal Vårdhygien Stockholms län, årlig hygienrond samt infektionsregistrering.

Avtal för extern kontroll av Medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift.

Extern granskning ISO

Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast sker i samband med skiftbyten samt genom dagligplanering och veckoplanering i varje arbetsgrupp. Vid förändringar skriver sjuksköterskan information till omvårdnadspersonalen via omvårdnadspersonalens dokumentationssystem.

Vårdplaneringar, där läkare, anhörig, boende, kontaktman och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast medverkar.

Samverkan och information till anhöriga och boende via månadsbrev, hemsida, boenderåd, anhörigträff och förtroenderåd.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalys görs då nya metoder och processer införs i verksamheten samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. Riskanalys görs också på befintliga metoder, processer och inträffade händelser. Ansvarig chef initierar riskanalysen och involverar olika medarbetare beroende på vilket område analysen avse. Resultatet kommuniceras ut i verksamheten och till MAS stockholm och olika åtgärder genomförs.

Under 2018 utfördes riskanalyser inom följande områden:

- *Obehöriga i huset*
- *Sommarbemanning Linnegården 2018*
- *Om trygghetslarmet ej fungerar 2018*
- *Riskanalys för risker under jul och nyår bemanning. Dec-18*
- *Allmänna riker i verksamheten*
- *Riskbedömning av få chefer i verksamheten*
- *Riskanalys över sjuksköterskebemanningen*

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Risker och avvikelser rapporteras i internt avvikelse system.

Inkomna, rapporterade avvikelser och risker, analyseras och bedöms regelbundet. Akuta händelser åtgärdas omgående av tjänstgörande sjuksköterska.

En händelse/riskanalis görs; vid återkommande risk rapportering eller vid allvarlig avvikelse.

Personal som identifierar risken/avvikelsen dokumenterar detta i avvikelssystemet.

Sjuksköterskan, verksamhetschef, biträdande enhetschef eller paramedicinsk personal tilldelas, bedömer och vidtar de åtgärder som är relevanta, dokumenterar i journalen och informerar berörd personal.

Händelseanalys utförs av tilldelad/ utsedd person och vid behov upprättas en förbättringsplan som utvärderas på kvalitetsmöte. En bedömning görs av allvarlighetsgrad och om det finns risk för upprepning samt om riskanalys behöver genomföras. Återkoppling i verksamheten sker förutom på kvalitetsmöte även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Avvikelse rapporter sammanställs i ett dokument och analyseras för att kunna se olika mönster och trender

Vid allvarlig skada/risk för, underrättas alltid verksamhetschef och MAS omgående. Om allvarlig skada eller risk för skada föreligger informeras patienten/närstående om detta och vilka åtgärder som vidtagits.

Förlängt APT med kvalitet är tvärprofessionellt och sker minst 10 gånger per år. En sammanställning görs för varje månad på rapporterade risker, inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter. På mötet analyserar, bedömer och diskuterar man händelser och övriga utvecklingsområden. Detta leder till ett utvecklingsarbete då våningarnas förbättringstavla är ett bra instrument. Uppföljning sker nästkommande möte.

Mönster och trender utifrån den samlade avvikelsestatistiken 2018 redovisas under rubriken resultatmätt.

Vi bedömer att vårt fortlöpande arbete med avvikelser har en positiv inverkan på verksamheten. Personalen är insatta i hanteringen och medvetna om att alltid rapportera avvikelser.

Förlängt APT med kvalitetspunkt är ett bra forum där personalgruppen själva kommer fram till förbättringsåtgärder.

Hur verksamheten tillämpar lex Maria

Vid allvarliga händelser informeras MAS som gör en bedömning om det inträffade enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om den också ska anmälas enligt Lex Maria.

Anmälan görs av MAS på blankett SOSFS 2013:3 Bilaga (2013-05) och ska vara IVO tillhanda inom 2 månader från det inträffade. MAS ansvarar för att vårdtagaren eller närstående samt berörd stadsdel, får information om att en Lex Maria anmälan gjorts samt dokumenterar att information är given i journalen. Om informationen inte kan lämnas ska orsaken dokumenteras i journalen. MAS ansvarar för att patient eller närstående får information och en kopia på svaret från Socialstyrelsen.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer direkt till chef eller till personal i tjänst.

Beroende på händelsens karaktär kan mottagaren åtgärda direkt, upp till sin kompetens eller lämnar ärendet till verksamhetschef/närmaste chef/ tjänstgörande hälso-och sjukvårds personal för åtgärd.

Verksamhetschef//enhetschef ansvarar för att återkoppling sker till berörd person inom 3 arbetsdagar och efter utredning återrapporteras inom 14 dagar.

Verksamhetschefen eller utsedd person ansvarar för hela processen; Påbörjar en analys och ger förslag på åtgärder och/eller åtgärdar ärendet. Registrerar i Erstas avvikelssystem och sparar en kopia i ett sammanfattande dokument . Upprättar vid behov en förbättringsplan. Följer upp och avslutar ärendet.

Återkoppling/uppföljning sker förutom på arbetsplatsträffar och planmöten.

Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender.

Om ärendet är mer allvarligt eller har betydelse för patientsäkerheten görs en riskanalys med bedömning och åtgärdsplan samt ställningstagande till ytterligare utredning.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Gällande klagomål och synpunkter för 2018 ser vi inget speciellt mönster eller särskild trend. Vi har under året haft sex skriftliga synpunkter/klagomål och sju skriftliga positiva synpunkter. En rörande omvårdnad, en gällde kontaktmannaskapet, En rörande elavtalet, en rörande val av mat och genomförandeplan, en ang städning, en ang bristande information ang byte av kontaktman, en ang duschning som ej varit trevlig och en ang kod till hissar och brandskydd som dock visade sig vara felinformerad anhörig.,

Vi har under 2018 gjort en lex Sarah anmälan gällande två nattpersonal som sovit under sitt arbetspass. Ett svar på en lex sarah från 2016 kom med synpunkter på begränsningsåtgärder men ingen uppföljning från IVO. Ett svar ang lex sarah från 2018 ang nattpersonal som sovit under arbetspass, ingen ytterligare åtgärd.

Samverkan med patienter och närstående

Samma dag boende flyttar in görs en riskbedömning av fallrisk och fallförebyggande åtgärder vidtas av legitimerad personal i samarbete med boende och anhöriga. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) genomför även riskbedömningar enligt Norton, MNA, downton och ROAG inom 2 veckor, om risk föreligger upprättas en hälsoplan. Boende och anhöriga blir informerade och ges möjlighet till delaktighet i planeringen. Riskbedömningarna uppdateras var 6e månad eller vid förändrat status hos den boende.

Inom 2 veckor genomförs alltid ett välkomstsamtal med den nyinflyttade, närstående, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktman och enhetschef.

Agenda följs där frågor som rör patientsäkerhetsarbetet tas upp, t ex överenskommelse om hur information om läkemedelsförändringar, kontakter med läkare, OAS, kontaktman kan ske. Genomgång av fallprevention. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål kan också lämnas till IVO,, Äldreombudsmannen eller till stadsdelen. Blanketter, information och förslagslåda finns vid en av entréerna samt i pärmen. Information om hantering av klagomål och synpunkter har skickats i nyhetsbrev till de anhöriga.

Vid förändrat hälsotillstånd hos den boende erbjuds vårdplanering, där boende och/ eller anhörig deltar. Vid mötet deltar representanter från olika yrkes kategorier. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid brytpunktsamtal med läkare.

På enheten anordnas anhörigmöten i olika former, boråd hålls regelbundet och förtroenderådet sammanträder fyra gånger per år. Nyhetsbrev skickas från verksamhetschef en gång per månad med information om verksamheten.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

All personal i vården, har getts möjlighet att genomföra e-utbildningen i Basala Hygienrutiner . Uppföljning av resultatet på antal genomförda utbildningar bör förbättras inför kommande år.

Egenkontroll basala hygienrutin har genomförts. Resultatet av egenkontrollen /självskattning var det generellt god följsamhet till basala hygienrutiner.

PPM mätning för begränsningsåtgärder har visat att ordination finns men dokumenteras inte alltid under rätt sökord i Vodoc. PPM mätning för ordination av skötsel och förskrivning av inkontinens visade att 90 % hade bedömningen och åtgärder.

Stabil sjuksköterskegrupp vilket lett till större patientsäkerhet och stabilt stöd till omvårdnadspersonal.

Sjuksköterskor har fått utbildning i HLR under året samt arbetsmiljö.

Verksamhetschef har övertagit HSL ansvaret från mitten av november och har nu delat ansvar med en sjuksköterska med HSL ansvar.

3 undersköterskor och en sjuksköterska har gått nätverksträffar för palliativ ombud via staden och Palliativ kunskapscenter.

En ny sjuksköterska med psykiatriutbildning har tagit över plan 3.

Processmått.

Riskbedömningar har genomförts då ny boende har flyttat in.

Munhälsobedömning har erbjudits till nya alla boende.

Läkemedelsgenomgång har genomförts på nyinflyttade och de sedan tidigare boende som tackat ja.

Uppkomna risker, avvikelser, synpunkter och klagomål har analyserats/hanterats tvärprofessionellt.

Infektionsregistrering har utförts månatligen.

Bedömningar enl Senioralert har genomförts. Registrering i Senior Alert har påbörjats men fortsatt arbete med detta pågår.

Teammöten är nu fullt implementerat och hålls varannan vecka på samtliga plan.

Journalgranskningen har skett under två tillfällen av Ersta MAS. Resultatet visar att det har gjorts stora förbättringar i dokumentation mellan granskningarna.

Linnefärden har nu digitaliserat "att göra" listan och är nu helt i Vodoc vilket lett till ett säkrare arbetssätt, bättre dokumentation och ett mer patientsäkert sätt.

Linnegården har under året startat delegering i vodoc och all delegering av omvårdnadspersonal sker nu i Vodoc.

Linnegården har anmält en sjuksköterska som ska gå förskrivningsrätt för inkontinens under våren 2019 för att säkra upp inkontinensvården ytterligare.

Linnegården har trots den väldiga värmeböljan som rådde under sommaren 2018 inte behövt skicka in någon pga vätskebrist och har klarat utmaningen.

Signeringslista för begränsningsåtgärder införs under första delen av 2019.

Resultatmått

Arbete har under året pågått gällande; Läkemedel- missad signaturer-tyvärr ökade antalet missade signaturer radikalt under sista trimestern. Orsak till detta kan ha varit minskade uppföljningar av signering samt vakans i enhetschefers gruppen.

I genomsnitt har det varit 8 fall per månad och sammanlagt har totalt 5 av dessa krävt sjukvård. Det är ganska jämnt fördelat under året och vi ser inte någon särskild trend dock sticker April månad ut med sammanlagt 19 fall, ingen orsak till de ökade fallen kunde identifieras. Periodvis kan de var en boende som faller mer frekvent trots insatta åtgärder. Motsvarande siffra för 2017 var 10st/mån.

Antal boende med urinkateter har i genomsnitt under året varit 7st. Under året är det 16 st registrerade urinvägsinfektioner hos personer utan urinkateter och 0 st urinvägsinfektioner hos personer med urinvägskateter.

Inga fall av virusbaserad magsjuka har rapporterats under året 2018 ej heller någon influensa har registrerats.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål 2019

Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete samt införandet av reflektionsmöten för samtliga plan samt HSL gruppen. Mötet syftar till att diskutera vad vi gör bra och vad vi behöver bli bättre på i arbetssätt, rutiner, ansvar, samarbete etc.

Arbeta för fortsatt kontinuitet och stabilitet i HSL-gruppen , framför allt i sjuksköterskegruppen

Fortsatt arbete med vårdplaner och uppföljningar av dessa.

Utbildningsinsatser gällande munhälsa, vårdhygien, inkontinens planeras för samtlig omvårdnadspersonal samt utbildning av 1 sjuksköterska i fördjupade kunskaper i sårbehandling hos äldre.

Utveckla palliativa vården ytterligare hos omvårdnadspersonalen och sjuksköterskegruppen.

Aktivt arbete med smärtskattningar med validerade smärtskattningsskalor.

Kontinuerliga självskattningar och hygienronder.

Fortsatt revidering av Hälso- och sjukvårdsrutiner och arbetssätt inom sjuksköterskegruppen.

Små utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen i smärta, fall, olika psykiatriska sjukdomar, infektioner, palliativ vård, sårvård etc

Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom implementering av palliativa ombud samt webb baserad utbildning

Fortsatt registrering i Senior Alert under 2019.

Arbeta aktivt med förbättrad arbetsmiljö för sjuksköterskor under 2019

Utbildning gällande förskrivning och ordination av inkontinenshjälpmedel.

Implementering av förbättringstavla för sjuksköterske gruppen.

Införande av reflektionsmöten.

Fortsatt arbete med Läkemedel-missade signaturer.