

Patientsäkerhetsberättelse



2018

Alströmerhemmet

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	8
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten	9
Uppföljning genom egenkontroll	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	16
Risikanalys	18
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	19
Hantering av klagomål och synpunkter	20
Sammanställning och analys.....	23
Samverkan med patienter och närstående.....	24
Resultat	25
Klagomål/Avvikelse lämnade av:.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Klagomål/Avvikelse som avser:.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	26

Sammanfattning

Vår verksamhet utgår från en salutogen värdegrund och fokuserar på vad som är meningsfullt för den boende ur ett hälsoperspektiv samt att vi ska säkerställa en trygg och säker hälso- och sjukvård för varje enskild boende.

Genom ett systematiskt kvalitetsledningssystem "Leva", arbetar vi utifrån processer och aktiviteter. Dessa leder vidare till styrande dokument, riktlinjer och rutiner. Ledningssystemet omfattar alla processer med avvikelshantering kopplat till förbättringsåtgärder. Avvikelse har registrerats i kvalitetsledningssystemet, tagits upp i kvalitetsforum och diskuterats på arbetsplatsträffar eller i mindre forum när behov så uppstått. Vi har jobbat med att sprida nödvändigheten av att skriva en avvikelse som ett led att förhindra att händelsen upprepas. Vi har också informerat om hur man skriver en avvikelse och vad man skriver i en avvikelse.

Tillsyn och uppföljningar internt och externt av uppdragsgivare har utförts enligt planering.

Genom samverkan med Vårdhygien har regelbundna uppföljningar genomförts för kontroll av efterlevnad i verksamheten av basala hygienregler och hygien av lokaler med förslag till förbättringar. Även interna egenkontroller har genomförts. Alla medarbetare har deltagit i externa föreläsningar av hygiensköterska samt genomfört Webbutbildningen "Basal vårdhygien"..

För att öka kvaliteten på HSL-dokumentationen har vi utfört egenkontroll i dokumentationsmodellen ICF som resulterat i en handlingsplan som sträckt sig genom hela 2018. Vi har följt handlingsplanen som medfört en förbättrad dokumentation. Även kollegial granskning har använts som metod

Samverkan med läkarorganisationen, Legevisitten, har skett genom regelbundna besök på verksamheten där undersökningar, behandlingar och läkemedelsuppföljningar ingått. Detta har lett till en god patientsäkerhet för den boende och möjliggjort att den boende också fått god vård i livets slutskede.

Extern kontroll av Läkemedelshantering sker genom granskning av Apoteket AB årligen. Detta för att säkerställa att verksamhetens läkemedelshantering har en god patientsäkerhet. Den interna egenkontrollen av Läkemedelshantering sker genom checklistor och uppföljning av signeringslistor och delegeringar. Sammanfattande resultat från årets apoteksgranskning: "Upplevelsen är att läkemedelshandlingen är bra och ett fint kvalitetssäkringsarbete har genomförts under det gångna året".

Samverkan med Flexident (upphandlad tandvård) innebär årlig munhälsobedömning och utbildningar i form av föreläsningar till vård- och omsorgspersonal. Det har bidragit till att boendes munhälsa är av god kvalitet.

Registreringarna i Senior Alert är 93% varav 99% har åtgärdsplan vid risk.

Antal registreringarna i Palliativa registret har förbättrats, men resultatet i sin helhet visar behov av utveckling/förbättring speciellt inom vissa prioriterade områden, se kap 5.

Under året har ytterligare fem medarbetare i olika yrkeskategorier gått utbildning till Palliativa ombud genom Kungsholmens stadsdels försorg. Examination skedde den 14/5 2018. Det innebär att verksamheten nu har åtta palliativa ombud. En kompetenshöjning för verksamheten och en trygghet för boende som befinner sig i livets slutskede. Samtlig omvårdnadspersonal har genomgått webbutbildning "omvårdnad i palliativ vård" på PKC hemsida.

Vi har fortsatt utvecklingen av BPSD-team och registrering av boende i registret. I teamet ingår personal från samtliga yrkeskategorier. Teamet har under året deltagit i nätverksträffar och utbildningar för BPSD-administratörer.

I överenskommelse med Röda Korset sjuksköterskeskola har vi tagit emot 12 ssk-studenter (fyra-veckors perioder). 2 KUSK-studenter (sjuksköterskor med utländsk examen som behöver komplettera till svensk legitimation) från Karolinska Institutet (KI). Vi har tagit emot en arbetsterapeutstudent och en sjukgymnaststudent från KI.

Resultatet för Qusta 2018 har ökat med en procent från 98 till 99%.

Tillsättning av en teamledare för SSK har underlättat introduktion av nya SSK samt uppföljning och utvärdering av HSL-insatser.

Alla boende har haft en årlig läkemedelsgenomgång.

Kompetenshöjande insatser gällande säker förflyttningsteknik har genomförts i form av interna utbildningar av Rehabteamet

Under året har vi fortsatt med HSL-möten i stället för separata möten för sjuksköterskor och rehabmedarbetare. Gemensamma möten har ökat möjligheterna till samarbete, stärka teamet och säkra rutiner som medför tryggare och säkrare hälso-och sjukvård för boende. Planeringsdag för Legitimerad personal genomfördes i september. Där diskuterades interna arbetsrutiner samt utveckling och förbättring av arbetsmetoder.

Boende och närstående informeras om hur klagomål och andra synpunkter kan lämnas. Blanketter för detta finns synligt på anslagstavlor. Återkoppling sker muntligt eller via mail.

Övergripande mål och strategier

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

Vården och omsorgen bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och den äldre personen ska få ett gott bemötande. Äldre personer ska i större utsträckning ha inflytande över när och hur beslutade insatser ska ges. Den 1 januari 2011 infördes också en ny patientsäkerhetslag. Syftet med lagen är att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att anmäla felbehandling. Vårdgivaren får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet på Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Den ska vara av god kvalitet och följa Temabos ledningssystem samt riktlinjer från Kungsholmens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). Dessa riktlinjer ska överensstämma med gällande lagstiftning.

Vi har fokus på den enskilde individen och utgår från varje persons behov av vård och omsorg och sätter in de åtgärder som behövs samt följer upp åtgärderna. Vi arbetar med ständiga förbättringar på ett systematiskt sätt genom att utföra riskanalyser och egenkontroller gällande fall, trycksår, nutrition och vårdrelaterade infektioner.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar genomförs tillsammans med läkarorganisationen för att säkerställa adekvat och säker medicinering av patienten.

Målet för hälso- och sjukvården vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende är att patienten ska:

1. känna sig trygg med att HSL-personalen har god kompetens
2. få god personlig omvårdnad och säker, individuell sjukvård
3. vara välnärd, inte skadas av fall eller få trycksår
4. Få ett gott omhändertagande vid livets slutskede

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §.

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §) Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Befattningsbeskrivningar tydliggör ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef vid Temabo har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Stadsdelens MAS ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till stadsdelens nämnd.

Temabo har intern MAS utsedd för verksamheten vid Alströmerhemmets vård- och omsorgsboende. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL. Dennes ansvar för patientsäkerhetsarbetet följer avtal om ansvarsfördelning mellan intern MAS och medicinskt ansvariga sjuksköterskan vid Kungsholmens stadsdelsförvaltning. MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef ansvarar för att patienten och deras närstående görs delaktiga i analys och i förbättring. Verksamhetschef ansvarar för att de aktiviteter som berör patientsäkerhetsarbetet och som finns planerade i verksamhetsplanen genomförs och att målen följs upp i verksamhetsrapporten. I det ingår också utveckling och följsamhet av rutiner kring avvikelshantering. Kvalitetssystemansvarige inom Temabo AB och intern MAS ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning. Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada ansvarar verksamhetschefen tillsammans med intern MAS för att utredning sker av händelsen. Extern Mas ska informeras om att utredning sker och även få kopia av anmälan och beslut från IVO.

HSL ansvarig enhetschef ansvarar för att delge medarbetarna händelsen och resultat av utredning, samt vid anmälan även resultat från denna. Genom en lärandeprocess i teamet kring de boende, ta fram handlingsplaner för att förebygga att händelsen sker igen. Ansvaret för att ta fram handlingsplan med uppföljning och egenkontroll, utses av verksamhetschef.

Enhetschef ansvarar för att processer, riktlinjer och rutiner som är beslutade implementeras och är väl kända i verksamheten. Enhetschef arbetar tillsammans med verksamhetschef i ovanstående ansvarsområden. På ledningsgruppsmöten varje vecka och verksamhetsforum en gång i månaden följer vi upp att de ansvarige personerna fullföljer sina arbetsuppgifter enligt fastställd rutin eller plan. Verksamhetsforum är det forum där hela verksamhetens personalkategorier finns representerade

Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument och att rapportera avvikelser och följa upp dessa. Teamledare för SSK och HSL ansvarig ansvarar för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering, utbilda, informera och delegera och följa upp delegering enligt rutin. Samt vid behov handleda vård- och omsorgspersonal för att öka den individuella boendes patientsäkerhet. Detta gäller även övriga

behov som tillgodoses enligt HSL.

Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad sjukgymnast ansvarar för att utifrån var och ens specifika yrkesprofession, tillse att den individuella patientens behov av rehabilitering eller bibehållande av funktioner, tillgodoses för att vara ett stöd och öka dennes patientsäkerhet. I ansvaret ingår också att följa beslutade processer genom aktiviteter som finns i styrande dokument, att rapportera avvikelser och följa upp de som ingår i professionen. De ansvarar för att nyanställd personal får den utbildning som krävs för att kunna ge en god vård och omsorg till den boende. Detta innebär att tillse att var och en får kunskap i de medicinsktekniska hjälpmedel som används och övriga hjälpmedel. I ansvaret ingår även att följa upp att dessa används på ett patientsäkert sätt.

Omvårdnadspersonalen ansvarar för att den vård och omsorg som ges till den individuella boende sker utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. I detta ingår även personligt delegerade HSL uppgifter, följa givna ordinationer och att rapportera eventuella avvikelser. I ansvaret ingår att följa aktiviteter och fastställda processer.

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelse rapporteras av medarbetarna och dokumenteras av sjuksköterska i dokumentationssystemet VODOK. Där beskrivs också bedömning och åtgärd. Uppföljning ska ske av den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession. Därefter gör HSL-ansvarig sin bedömning. Verksamhetschef tillsammans med HSL-ansvarig utreder eller tar fram handlingsplan för att förbättra metoder eller arbetssätt. Varje månad har intern MAS ansvar för att utifrån sin roll, göra en bedömning av avvikelsen och följa upp eller avsluta, beroende av utfall på den åtgärd som är gjord. Antalet, typ av avvikelser, inklusive riskbedömning följs upp varje månad på kvalitetsforum där alla yrkesprofessioner deltar.

För att eliminera vårdskador, arbetar Alströmerhemmet i tvärprofessionella team vilket är ett sätt för att säkerställa att den vård och omsorg som ges är ändamålsenlig, individuell, kunskapsbaserad, patientsäker och jämlik. Teamforum är ett arbetssätt för att alla medarbetare kring en boende ska veta vad vi gör- vem som gör det-hur gör vi det och vi följer upp resultatet. Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring utgår från att alla medarbetare ska ha en relevant kunskap om och vara uppmärksam på dessa risker för alla individuella boende. För att ytterligare förstärka patientsäkerheten har vi under året börjat med gemensamma möten för SSK och Rehabpersonal.

HSL-ansvarig genomför egenkontroll av hälso- och sjukvård. Detta är en del av Temabos egenkontrollprogram och kontrollen utgår från vårt kvalitetsledningssystem LEVA. Det är ett verktyg för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten och levandegöra vårt planerings- och uppföljningsarbete. I och med detta får vi en illustrativ röd tråd för hur vision, värdegrund, mål och arbetssätt är kopplade till varandra. Ledningssystemet baseras på Socialstyrelsens riktlinjer Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete (SOSFS 2011:9).

Vårt nuvarande arbetssätt med egenkontroller kommer att kvarstå som en del i verksamhetens egenkontroll, vilket är en central del i SOSFS 2011:9. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer krav på kvalitet i utförandet av alla tjänster inom HSL och fokus har legat på patientsäkerhet, riskbedömning, internt kvalitetsarbete och efterlevnad av befintliga rutiner.

Metod: Granskning, uppvisande av dokument, stickprovskontroller samt beskrivningar av arbetsuppgifter utifrån dokumenterade processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet samt i verksamhetens lokala rutiner.

HSL-ansvarig och Teamledare för SSK gör egenkontroller utifrån årshjulet. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv kontrolleras följsamhet av hygienföreskrifter, att egenkontroll av livsmedel genomförs, att larmkontroll genomförs, att medarbetarna känner till avvikelserutiner, att hygienregler följs i tvättstugor, att städningen fungerar i allmänna utrymmen.

Extern MAS och extern MAR gör årligen en granskning av verksamheten.

Qusta används som kvalitetsinstrument. Det består av ett antal kvalitetsfrågor avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens särskilda boendeform.

Avvikelse tas upp på ledningsgrupp, planmöten, kvalitetsforum och planmöten/APT

Synpunkter och klagomål från boende och närstående behandlas i ledningsgruppen och handlingsplan upprättas om så behövs samt redovisas varje tertiäl till stadsdelen tillsammans med avvikelser inom SoL.

Månatlig statistik för infektionsregistrering skickas in till stadsdelens MAS.

Varje år genomförs granskning från Apoteket AB och vartannat år från Vårdhygien.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

När något blir fel och patientsäkerheten hotas, är det viktigt att verksamheten använder sig av händelsen för att lära av det som skett. Det ger underlag för ett förbättringsarbete och ökar den fortsatta kvaliteten och patientsäkerheten.

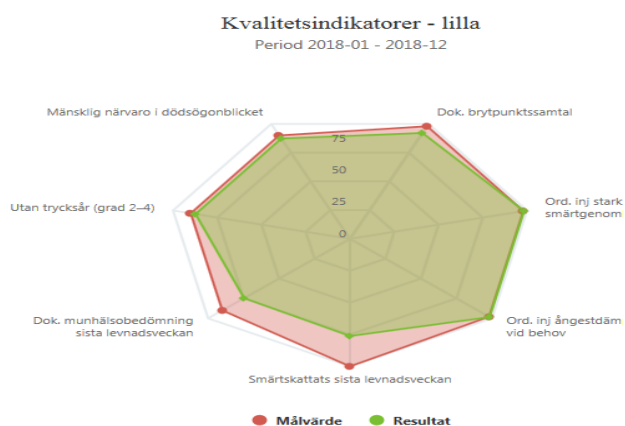
För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering. Avvikelse som gäller hälso- och sjukvården överförs till HSL-personalens dokumentationssystem av mottagande sjuksköterska. Avvikelserna registreras enligt Temabos ledningssystem och följs upp vid månatliga planmöten, kvalitetsforum och HSL-möten.

Teamforum: För att säkerställa att den medicinska informationsöverföringen är tillgänglig för omvårdnadspersonalen i sitt dagliga arbete så arbetar vi med att förbättra teamarbetet kring boendes sociala och medicinska behov. Syftet med teamforum är att förbättra arbetsmetoder och förhållningssätt kring den boende både medicinskt och socialt. Alla verksamma kring den boende kan initiera till teamforum vid behov. Teamforum är schemalagt var 4 vecka för samtliga enheter.

Tillgänglighet för riktlinjer: Samtlig Legitimerad personal har åtkomst till ledningssystem med riktlinjer för hälso- och sjukvården och sociala omsorgen. Lokal rutinpärm med aktuella utskrifter för riktlinjer inom diagnostik, vård och behandling finns tillgänglig för tillfälligt anställd legitimerad personal.

Palliativa registret

Antal registreringarna i Palliativa registret har återigen förbättrats, fokusområde för utveckling 2019 är inom området smärtskattning.



Senior Alert

Boende registrerade under 2018

Vi har fortsatt arbetet med att registrera i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, se diagram nedan.

Vårdprevention och utfall

Sverige / Kommun / Landsting

Stockholm stad

År

2018

Typ av enhet

Alla

	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Stockholm stad	3831	94% ↑ 4 789 av 5 114	87% ↑ 4 155 av 4 789	93% ↑ 4 447 av 4 799	61% ↑ 2 103 av 3 453	571 ↑ 417 personer	2010 ↑ personer	1747 ↑ 642 personer	1365 ↑ personer
Alströmerhemmet	90	93% ↓ 103 av 111	92% → 95 av 103	99% ↑ 102 av 103	42% ↓ 47 av 112	20 ↑ 12 personer	65 ↑ personer	29 ↑ 12 personer	44 ↓ personer

Egenkontroll av utförda riskbedömningar under 2018:

Verksamheten utför interna egenkontroller av bl.a. utförda riskbedömning. Även extern granskning är genomförd september 2018 med följande resultat.

Antal öppna journaler: 111

Nikola: 87%

ADL: 94%

MNA: 96%

Norton: 97%

Genomförda åtgärder för att öka patientsäkerheten under 2018:

Arbetet med att öka kvalitets på HSL-dokumentationen har fortsatt vilket har lett till ökat antal riskbedömningar.

Kommunikation/Rapportering har säkerställts genom att implementera rutinen för överrapportering mellan olika arbetspass. Följsamheten kontrolleras i olika forum.

Under 2018 har utvecklingen av internt BPSD-team fortsatt. På så sätt har målet att medarbetare från olika yrkeskategorier ska ha kunskap om hur boende som drabbas av beteendemässiga symtom med demens ska bemötas säkerställt. Nära tillgång till ett internt BPSD-team har förbättrat demensvården i verksamheten.

Vi har startat implementering av NVP. För att säkerställa högre kompetens för medarbetarna har de deltagit på utbildningar och föreläsningar om vård i livets slut.

Fyra medarbetare har uppnått undersköterskekompetens under 2018 vilket ökat andelen utbildad omvårdnadspersonal.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Uppdragsgivaren utför uppföljning genom granskning av journaler och annan dokumentation. Det åligger ansvarig personal inom verksamheten att utföra journalgranskning, Intern MAS ansvarar för att genomföra en internkontroll för att säkerställa att journalgranskning har utförts enligt plan, samt att en handlingsplan har upprättats utifrån ev. avvikelser som identifierats i den genomförda egenkontrollen. Checklistan för upprättande av en patientjournal hålls uppdaterad med att ge anvisning om hur sjuksköterskan i dokumentation säkerställer att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga för omvårdnadspersonalen samt hur omvårdnadspersonalens iakttagelser och observationer dokumenteras för att säkra att vårdplaner upprättas. Journalgranskning sker genom egenkontroll och uppdragsgivarens uppföljning, kontroll av läkemedelshantering samt brukarundersökningar och Socialstyrelsens "Öppna jämförelser om vården och omsorgen om äldre".

Resultat av QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) uppföljning för 2018

Uppföljningen av kvalitetsområden i QUSTA har utförts av extern MAS och extern MAR. Innan ett uppföljningsbesök görs, skickas kvalitetsinstrumentet till verksamhetschef, sjuksköterska och paramedicinare för att svara på frågorna tillsammans med någon omvårdnadspersonal. MAS och MAR besöker sedan verksamheten och går igenom de besvarade frågorna med berörda. MAR följer upp de områden som rör medicintekniska produkter, fall och rehabilitering.

1. Samverkan och informationsöverföring

- Gott samarbete med läkaren från Legevisitten som ansvarar för Alströmerhemmet.
- Tydliga lokala rutiner för kontakt med HSL-personal
- Aktuellt avtal för läkarinsatserna finns.
- Kontaktuppgifter och tillvägagångsätt för att komma i kontakt med ansvarig läkare finns.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

- Att säkerställa tillgång till nödvändig information ur läkares journal för väsentliga beslut som tas om vården

2. Läkemedelshantering

- Kontinuerligt aktivt arbete med regelbundna egenkontroller för HSL-uppgifterna på Alströmerhemmet.
- Bra kvalitetssäkringsarbete(Apotekets bedömning)
- Fått resultat "bra" gällande läkemedelshantering på Alströmerhemmet(Apotekets bedömning)
- Reviderad lokal rutin.
- Samlat alla narkotikaklassade läkemedel i läkemedelsrummet.
- Tydlig signeringslista för när sskor kvitterar ut nyckel till läkemedelsrummet.
- Upprätthållande kompetens hos HSL-gruppen genom deltagande i exempelvis "kloka listan forum 2019" för både ssk och rehab. samt utbildning "läkemedel till äldre och läkemedelsgenomgångar".

Bedömning/Förbättringsåtgärder

Att personalen får ta del av "medicininstruktioner för sjukvårdspersonal" inför delegering(Apotekets rekommendation)

3. Delegering

- Tydliga rutiner om delegeringsförfarande.
- Ssk säkrar kompetens inför delegering genom överlämnad av utbildningsmaterial till den som ska ta emot delegering.
- Kunskapstest.
- Uppföljning av delegeringbeslut.
- Uppföljning och egenkontroll samt stickprover för att säkerställa att alla delegeringar är aktuella.
- Utbildningsinsats för all omsorgspersonal gällande läkemedelshantering, januari 2019.

4. Patientsäkerhetsarbete

- Planering/ledning/kontroll av verksamheten.
- Stark fokus på utbildning och förebyggande arbete och därmed förhindra vårdskador.
- Delaktighet: Patient/personal/anhöriga.
- Detta uppnås genom rutiner och regler som styr verksamheten, så som läkemedelshantering (i alla led) egenkontroller, dokumentation, avvikelshantering, riskinventeringar, handlingsplaner samt registrering av alla rapporterade avvikelser.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

- Att ytterligare implementera rutiner för avvikelshantering, så personalen får ökad kunskap om när avvikelse ska rapporteras.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

- Säkerställande av att all MTP används på rätt sätt.
- Regelbundna kontroller av funktion.
- Utbildning/handledning av personal gällande användning av MTP.
- Tillgängliga bruksanvisningar.
- Inventarieförteckning finns.
- Regelbundna besiktningar av MTP.
- "Larmpärm" innehållande information till personal.

6. Hygien

- Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner.
- Tillgång till handsaar/förkläde/handsprit/handtvätt.
- Tillgång till information/vårdprogram gällande hantering av vårdrelaterade infektioner.
- Användning av engångsinstrument i den mån det går.
- Utbildning/föreläsning i basala hygienrutiner av hygiensjuksköterska flera gånger under året(2018) samt årlig obligatorisk webbutbildning.
- Utbildning i vårdhygien planerad (2019) för ssk och rehab.

7. Rehabilitering

- ADL-bedömning genomförs alltid i samband med inflytt samt vid behov.
- Resultat av ADL-bedömningar: 94% (sep.2018).
- Uppföljning vid behov men minst en gång per år.
- Dokumentation.
- Utbildning/handledning av omsorgspersonal gällande arbetssätt utifrån personcentrerad vård.
- Utbildning/handledning generellt exempelvis utbildning i sittergonomi, förflyttningsteknik samt hjälpmedel.

8. Demens

- Lokal BPSD-team bestående av alla yrkeskategorier som gör bedömningar hos boende med demensdiagnos.
- Utbildning och deltagande i externa BPSD-nätverksträffar.
- Tydlig struktur och tillvägagångssätt kring arbetet med BPSD.
- Rutiner för beslut om eventuella skyddsåtgärder.
- Ett gott samarbete mellan alla yrkeskategorier.
- God kunskap om hur/när ska BPSD-teamet(externt) användas.

9. Fall och fallskador

- Tydliga rutiner om förebyggande arbetet gällande fall och fallskador.
- Alla boende genomgår Downton- samt ADL-bedömning vid inflytt samt vid behov.
- Tvärprofessionellt team gällande förebyggande arbetet kring fall.
- Utbildning/ handledning av samtlig personal för att säkerställa personalens kompetens.
- Avvikelsehantering vid fallolyckor.
- Dokumentation.

10. Trycksår

- Alla boende genomgår Norton, riskbedömning vid inflytt samt vid behov.
- Resultat av Norton: 97% (sep.2018).
- Aktuella riskbedömningar finns.
- Dokumentation i samarbete med rehab.
- Egenkontroll av riskbedömningar minst två gånger per år.
- Förebyggande åtgärder gällande trycksår där alla yrkeskategorier är med.

Bedömning/Förbättringsåtgärder

- Ökad användning av evidensbaserad skattningsskala för bedömning av patientens smärta.

11. Nutrition

- Tydliga rutiner gällande förebyggande arbete vid nutritionsproblem.
- Utbildning/handledning av dietist.
- Alla boende genomgår MNA-bedömning vid inflytt samt vid behov.
- Resultat av MNA:96%(sep.2018).
- Mätning av nattfasta.
- Teamarbete kring boende som riskerar bli/är undernärda.

12. Mun och tandhäsovård

- Alla boende erbjuds munhälsobedömningar vid inflytt och vid behov.
- Förebyggande arbete.
- Dokumentation.
- Utbildning/handledning i form av föreläsningar av Flexident flera gånger under 2018, där nattpersonal fått utbildning vid ett särskilt tillfälle.

13. Kontinens

- Alla boende erbjuds inkontinensutredning vid inflytt samt vid behov.
- Resultatet dokumenteras i journalen.
- Samarbete med andra yrkeskategorier.
- Samtliga sskor har genomfört ”Webbutbildning förskrivning av förbrukningsartiklar”.
- Resultat av Nikola:87% (sep.2018)

14 Vård i livets slutskede

- Tydliga rutiner gällande arbetet med denna fråga.
- Gott samarbete med alla involverade yrkeskategorier inklusive läkaren.
- Väl fungerande brytpunktsamtal, samarbete med anhöriga för att skapa delaktighet kring vården (information, planering).
- Erbjuda efterlevandesamtal.
- Tillgång till palliativa ombud samt NVP-grupp som arbetar enbart med utveckling av den palliativa frågan

Bedömning/Förbättringsåtgärder

- Ökad användning av evidensbaserad skattningsskala för bedömning av patientens smärta.

15 Dokumentation

- Egenkontroll samt loggkontroll
- Goda förutsättningar för att göra kollegialgranskning möjlig.
- Utbildning/stöd flera gånger per år både externt och internt baserad på resultatet av egenkontroller.
- Tillgång till två dokumentationshandledare, ssk., rehab.
- Utbildning/stöd för nyanställda

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet.

Läkarkontakten är reglerad enligt de riktlinjer som finns i överenskommelsen mellan Alströmerhemmet och Legevisitten. Stadsdelens MAS kallar ett par gånger per år till samverkansmöten med läkarorganisationen.

Sjuksköterskor och Rehabmedarbetare deltar i nätverksmöten inom Temabo som äger rum vid minst två tillfällen per år. Dessa möten syftar till att medarbetarna får träffa kollegor inom sin profession och utbyta erfarenheter och goda exempel.

Verksamhetschefen och HSL-ansvarig ingår i ett nätverk av andra verksamhetschefer. Nätverket diskuterar bl a patientsäkerhetsfrågor för erfarenhetsutbyte och att lära av varandra. Dessa forum äger rum fyra gånger/termin.

Skriftliga rutiner finns för läkarkontakt. Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder - då kontaktas ansvarig läkare i efterhand. Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. För boende som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd medföljer en akutrappport boende, telefonkontakt tas med mottagande vårdenheter, närstående eller medarbetare som känner boende följer med och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter samt ansvarar för att boende märks med ID-band.

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

Genom att den legitimerade personalen tar del av och deltar i omsorgspersonalens dokumentation säkerställs att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga i den sociala dokumentationen och att dessa överensstämmer med sjuksköterskans, arbetsterapeutens, sjukgymnastens och läkarens ordinationer.

Omsorgspersonalen skriver löpande anteckningar i den sociala journalen. Genom att sjuksköterskan aktivt läser de löpande anteckningarna i sociala journalen kan han/hon tidigt identifiera risk för vårdskada. Likaså borgar rutinerna kring avvikelssystemet för att insatser ska kunna sätta in i tid för att minska risken för vårdskada.

Inom två veckor efter inflyttning ska vårdplanering hållas. Vid vårdplanering deltar representanter från samtliga yrkeskategorier; om möjligt kontaktman och ansvarig sjuksköterska, samt arbetsterapeut och sjukgymnast. Rehabpersonalen träffar dock alltid den boende direkt i samband med inflyttning samt regelbundet under året. I fall den boende vid inflyttning befinner sig så långt i demenssjukdomen, eller av annan orsak inte kan berätta om sig själv uppmuntras närstående att fylla i en levnadsberättelse.

Ett viktigt instrument för att upprätthålla patientsäkerheten är teamforumen. Teamforum hålls kontinuerligt, en gång i månaden. Enskilt möte kring den boende hålls vid behov, som till exempel när avvikelserapporter föranlett riskbedömningar eller handlingsplaner, brister i omsorgen eller brister i bemötande, alternativt vid önskemål från boende eller närstående. Initiativ till att sammankalla ett vårdplaneringsmöte kan komma från vem som helst i teamet men det är

sjuusköterskan som ansvarar för att det bokas och är den som håller i mötet.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. De genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omsorg, organisation, arbetsmiljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med MTP där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Inom patientens två första veckor skall sjuksköterskan göra riskbedömningar för att bedöma patientens status omfattande MNA, Norton, ROAG, NIKOLA och Downton Boende träffar utan dröjsmål arbetsterapeut och sjukgymnast för en grundlig bedömning av förflyttning och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Den ansvariga sjuksköterskan skall vid nyinflyttning samt vid förändringar i boendes hälsotillstånd identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förhindra malnutrition samt trycksår. Sjukgymnasten skall identifiera risker och vidta förebyggande åtgärder för att förebygga fallskador.

Läkaren skall tillsammans med sjuksköterska göra en läkemedelsgenomgång. Denna läkemedelsgenomgång görs sedan en gång om året.

Detta ska sedan dokumenteras i HSL- journalen vilket skall kompletteras med registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, givet att medgivande för registrering finns.

Vi arbetar i BPSD-registret och syftet med detta är att öka livskvaliteten för personer med demens. Arbetet med BPSD bidrar till en personcentrerad vård och det tvärprofessionella arbetet kring den äldre.

Risikanalys genomförs regelbundet och systematiskt inom ramen för ledningssystemet. Det genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö. Riskhantering är viktig i vårt arbete med medicintekniska produkter där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Avvikande händelser inom hälso- och sjukvård dokumenteras i VODOK. Risker identifieras och handlingsplaner upprättas av tjänstgörande sjuksköterska i samverkan med omvårdnadsansvarig. Verksamhetschef tar kontinuerligt del av avvikelserapporter och ger återkoppling till ansvarig sjuksköterska, rehab och enhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

Sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter i hälso- och sjukvården och för över dessa till journalen/VODOK där bedömning redovisas med vidtagna och planerade åtgärder. Informationsöverföring sker minst tre gånger per dygn mellan de olika arbetspassen

Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada gör verksamhetschefen utredning av händelsen och skickar denna till Temabos MAS. Temabos MAS gör därefter en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad samt fattar beslut om huruvida en anmälan enligt Lex Maria ska göras till IVO.

Hantering av klagomål och synpunkter

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid Temabos VD samt uppdragsgivare informeras omgående. Då boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa d.v.s. ej direkt påverka den boendes situation och är en engångsföreteelse, frågar vi om den som lämnar synpunkten vill att den ska hanteras enligt vår synpunkts- och klagomålshantering. Om de inte önskar det är det möjligt att frångå handlingsplanen och endast föra in synpunkten på synpunkts- och klagomålsblanketten och vidta åtgärd. Då boende eller närstående har permanenta synpunkter ska verksamhetschefen bedöma om det ska erbjudas kontinuerliga möten för planering och avstämning.

Anvisningar vid skriftliga synpunkter och klagomål

Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras på avsedd blankett med inlämnat skrivelse som bilaga. Detta för att säkerställa att vi har namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.

Mottagandet av synpunkt/ klagomål bekräftas till avsändaren. Det sker genom direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå. Ärenden skall analyseras och utredas med hjälp av en handlingsplan. Handlingsplanen redovisar vari klagomålet/synpunkterna består av, 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.

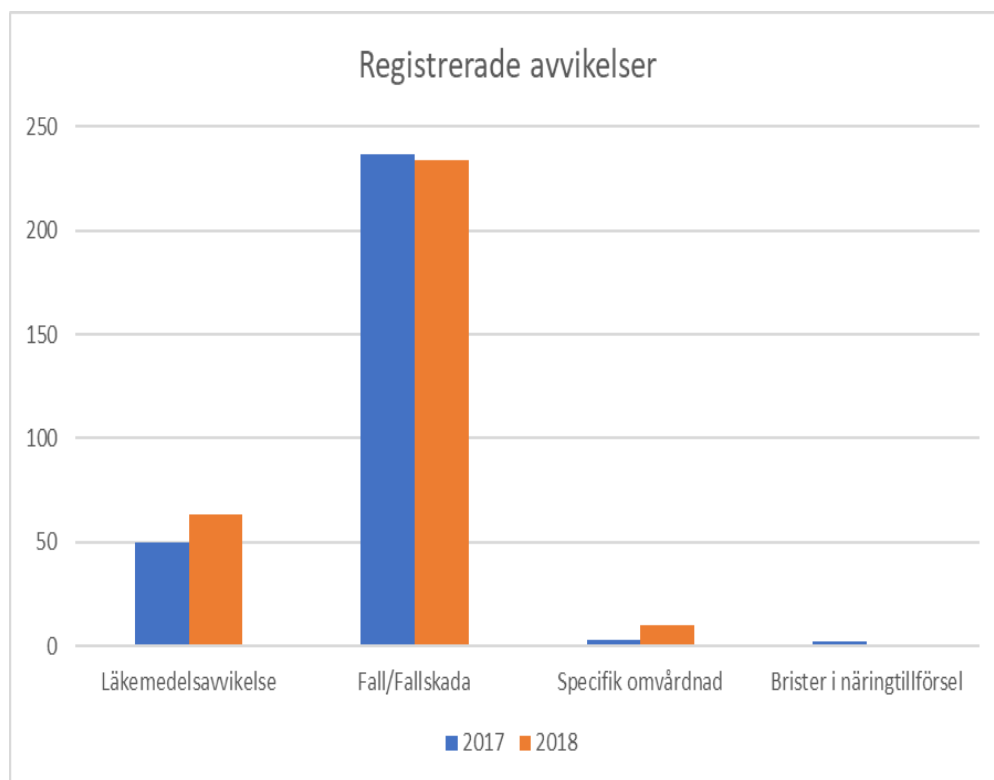
Aktuella medarbetare informeras. Verksamhetschefen informerar intern MAS samt uppdragsgivaren om denne bedömer att ärendet är allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS.

Baserat på analysen alternativt händelseanalysen görs en handlingsplan som förankras hos aktuella medarbetare.

Återkoppling via handlingsplan sker även på Kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade så att det inte upprepas igen.

Synpunkter och klagomål registreras som statistik på sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål.

Avvikelsehantering - 2018 (Alströmerhemmet)



Med *specifik omvårdnad* avses brister i omvårdnad som Sjuksköterska registrerar avseende allmän omvårdnad.

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs enligt Temabos ledningssystem i tabellform för avvikelsestatistik under ett kalenderår. Mönster och trender synliggörs i tabellen och redovisas på kvalitetsforum och arbetsplatsträffar där alla yrkeskategorier närvarar. Resultatet tas till vara och leder till lokala handlingsplaner.

Vid kvalitetsforum behandlas alla inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål. Handlingsplan upprättas beroende på arten av avvikelse. I vissa fall för en specifik avvikande händelse och i andra fall en plan för att bryta ett mönster eller trend som framkommer vid studie av avvikelsestatistiken.

Verksamhetschef och enhetschef är ansvarig för att synpunkterna/klagomålen blir återkopplade till den som inkommit med synpunkten.

Samverkan med patienter och närstående

Alströmerhemmet ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott bemötande genom god informationsgivning.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten. Information om Klagomål och synpunktshantering finns med i materialet.

Alströmerhemmet bjuder in och uppmuntrar boende och närstående att medverka i olika forum. Genom närståendes deltagande vid forum som exempelvis vårdplanering samt vårdprocessens olika skeden medverkar de i patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Likaså har varje boende en utsedd kontaktman bland omvårdnadspersonalen. Det råder givetvis alltid tystnadsplikt om den boendes personliga förhållanden. Den boende, alternativt god man, avgör vilken insyn de närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs.

Verksamhetsledningen är dagligen ute i verksamheten och hälsar på boende och personal samt deltar i olika aktiviteter och arrangemang där det finns möjlighet att möta boende och närstående. Verksamhetsledningen finns dagligen nåbar för närstående på plats, mail- eller telefonledes.

Resultat

Följande kompetensutvecklingsaktiviteter har genomförts baserat på analys av individuella kompetensutvecklingsplaner i medarbetarsamtalet, avvikelser, klagomål, synpunkter, brukarundersökning.

Utbildning

Undersköterskeutbildning, 4 vårdbiträden har under året gått utbildning på KUI (Kunskapsinstitutet) och tagit poäng på omvårdnadsprogrammet.

15 undersköterskor har genomgått utbildning i psykisk ohälsa samt Missbruk hos äldre via Lärgårdens utbildningar.

Dokumentationsakademin, 12 medarbetare har gått utbildning i social dokumentation och lagstiftning.

Vi har genomfört förflyttningsutbildning för nyanställda och sommarvikarier.

Sjuksköterskor har haft utbildningskalendarium under våren och hösten 2018.

Under våren har tyngdpunkten varit på palliativ omvårdnad, smärta och smärtbehandling samt hygien och munhälsa

Under hösten deltog två ssk och sju palliativa ombud på PKC-dagen.

Personcentrerad Nutrition

Handledarutbildning för undersköterskor och sjuksköterskestudenter.

Grundläggande Palliativ Vård, Undersköterskans roll åtta medarbetare.

Övergripande mål och strategier för kommande år

2019 fortsätter vi med kvalitetssäkring av inflyttningsprocessen. Vi vill synliggöra och stärka teamet där alla inblandade känner sig säkra på vad de ska bidra med när en ny boende flyttar in.

Fortsatt implementering av NVP med fokus på D2.

Nedanstående är delar av våra övergripande mål för kommande år när det gäller patientsäkerheten:

All mötesplanering sker som under 2019 med teamforum som högsta prioritet för ssk och rehab.

Samverkan med Röda korsets högskola och Karolinska Institutet fortsätter under 2019 med erbjudande om att ta emot sjuksköterskestudenter.

Fortsätta att utveckla avvikelshanteringen så att den avspeglar verkligheten.

Fortsätta egenkontrollen av dokumentationen.

Att ha patientsäkerhet som en stående punkt på våra HSL-möten.

Sjuksköterskorna är ansvariga för att vårdplanering genomförs inom 14 dagar efter att ny boende har flyttat in samt att alla professioner är kallade till mötet.

Att samtliga boende får en bedömning av munhälsa och inkontinens genom att bedömningsinstrumentet ROAG och NIKOLA används i samma utsträckning som bedömning av risk för trycksår, fall och undernäring.

Sjuksköterskorna är ansvariga för att registrera i kvalitetsregistret Senior Alert och använda sig av det för bedömningar av risker för munhälsa, fall, malnutrition och trycksår. Registreringarna i Senior Alert ska också kopplas till åtgärder.

Att registrera och använda oss av resultatet från Palliativa registret för att utveckla arbetet med den palliativa vården.

Öka användandet av validerade smärtskalor.

Fortsatt förbättringsarbete vad gäller efterlevandesamtal.

Se till att läkarinformation/läkarkontakt till patienten fortsatt blir ett prioriterat område då det är ett utvecklingsområde enligt brukarundersökningen.

Fortsatt fokus på fallprevention.