



Patientsäkerhetsberättelse

Pilträdet's servicehus

År 2018

2019-02-28

Odini Nzeribe enhetschef

Sophie Arvidsson biträdande enhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Uppföljning genom egenkontroll	8
Egenkontroll:.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	11
RESULTAT OCH ANALYS	12
Egenkontroll.....	12
Avvikelser	14
Händelser och vårdskador	20
Riskanalys	20
Mål och strategier för kommande år	21

Sammanfattning

Vid den årliga kvalitetsuppföljning avseende hälso- och sjukvården på Pilträdet's Servicehus används kvalitetsinstrumentet QUSTA. Resultatet från uppföljningen visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Pilträdet's resultat vid kvalitetsuppföljningen 2018 visar 95 % vilket är en förbättring sedan föregående år med 2 % (2017 = 93 %).

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har genomförts under året. Enheten har nått sina mål avseende samtliga riskbedömningar. Ett utvecklingsområde som identifierats är att synliggöra teamens och brukarens delaktighet i vården. En ny rutin har skapats för teammöten. Verksamhetens förbättringsområden är smärtskattning av trycksår vid vård i livets slut.

Fokus under 2018 har lagts på nutrition och brukare med undernäring. Teamarbetet har bidragit till ett förbättrat resultat och det finns ett tydligt samband mellan de brukare som ökat i vikt och de insatser gjorda tillsammans i teamen.

Verksamheten har en stabil sjuksköterskegrupp och arbetet med en samordnande undersköterska har bidragit till ökad trygghet och kvalitet. Verksamheten har säkerställt arbetet inom hygienområdet genom att regelbundet utföra hygienobservationer och självskattningar.

Arbetet med avvikelser har fortlöpt under året med fokus på rapportering av fallavvikelser med syfte att göra en djupare kartläggning över hur, var och varför fallen sker. Att utifrån resultatet arbeta med förebyggande åtgärder. Under 2019 kommer verksamheten att införa digital signering av läkemedel med syfte att öka patientsäkerheten och effektivisera läkemedelshanteringen.

Enheten arbetar aktivt vidare med att utveckla en attraktivare arbetsplats för akademi och lärande. Under året har verksamheten förutom sjuksköterskestudenter även tagit emot arbetsterapeutstudenter.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Målen 2018 för verksamheten på Pilträdet Servicehus

1. Brukarna får god vård och omsorg
2. Brukarna har inflytande över sin tillvaro
3. Brukarna har stöd till en god matsituation
4. Brukare är trygga
5. Ledarskapet är engagerat, kommunikativt och utvecklingsinriktat
6. Enheten är en medskapande arbetsplats
7. Brukare blir respektfullt bemötta

Strategier för Pilträdet servicehus 2018

- Aktuella inkontinensbedömningar för alla brukare.
- Utveckling av teamarbetet med brukarna i fokus
- Utveckla arbetet med dokumentationssystemet ICF
- Nutrition med fokus på brukare med undernäring.
- Implementera användandet av smärtskalor.
- Införande av NVP.
- Vidareutveckling av de palliativa ombudens roll.
- 80 % har en aktuell inkontinensutredning
- 90 % av brukarna ska ha en utförd och dokumenterad riskbedömning avseende malnutrition MNA.
- 90 % har en aktuell ADL bedömning
- 90 % av brukarna ska ha en utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår.

Organisation och ansvar

Verksamhetschefen ansvarar enligt 4 kap. 2§ Hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård av hög kvalitet upprätthålls och att patientens behov av trygghet och behandling tillgodoses. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Verksamhetschefen ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

MAS och MAR har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån enligt 11 kap. 4§ HSL och 4 kap. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och en god hygienisk standard upprätthålls och att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Legitimerad personal ansvarar för att i sitt yrkesutövande följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ansvarar för att insatser inom hälso- och sjukvård utförs och följs upp enligt uppsatta mål. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk och preventionsbedömningar för respektive brukare.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet. Enheten har tillgång till en dietist en gång i veckan som ger stöd och handledning till både personal och äldre.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Omvårdnad och sjukvård erbjuds enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Stockholm stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och landsting. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet.

Samverkan:

- På uppdrag av Stockholm läns landsting ombesörjer Legevisiten läkarinsatserna på servicehusenheten. Samverkansmöten sker regelbundet under året.
- Vårdhygien genomför årliga hygienkontroller på verksamheten. De finns även till hjälp för att få råd och stöd samt tillhandahåller vid behov utbildning.
- Apoteket AB genomför apotekskontroller en gång per år där sjuksköterska och MAS deltar.

Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, som t.ex. Vårdliljans sjuksköterskejourn och stadsdelarnas dietist som är på

verksamheten en gång i veckan. Verksamheten har även tillgång till en dokumentationsstödjare för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Alla boende erbjuds kostnadsfri munhälsobedömning av Flexident.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten har under året arbetat med att synliggöra brukarnas och anhörigas delaktighet i vården. Brukaren görs delaktig i sin planering av vård och omsorg vid framtagande av genomförandeplanen. För att säkerställa att den äldres behov tillgodoses arbetar enheten i tvärprofessionella team och identifierar tillsammans med den äldre vilka behov som finns.

Verksamheten arbetar med ett förtroenderåd med syfte att informera om nyheter, diskutera vad som händer på verksamheten samt fånga upp och föra fram allmänna synpunkter från brukare och anhöriga. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas en gång i månaden.

På verksamheten finns ett anhörigombud tillgängligt som en länk mellan personal, brukare och anhöriga. Anhörigombudet tar emot boende och anhöriga redan vid inflytt och skapar tidigt kontakt.

I samband med inskrivning så informeras närstående att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Med patientens medgivande återkopplar vi händelser och åtgärder löpande. Alla brukare har en kontaktperson och en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Med samtycke kontaktas alltid vid förändrat tillstånd eller förändring i medicinering. Närstående deltar i vårdplaneringar enligt behov och önskemål.

Verksamheten samverkar även med brukare, närstående och gode män genom brukarenkät, inkomna synpunkter och klagomål samt daglig kontakt via möten, telefon eller mail.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att arbeta riskförebyggande för att upptäcka, förebygga samt undvika skador och arbeta systematiskt med att utveckla och kvalitetssäkra vården. En viktig del av det strategiska arbetet är att arbeta för en intern samverkan mellan olika personalkategorier för att säkerställa en sammanhållen och god vård och omsorg för den enskilde genom ett tvärprofessionellt arbetssätt.

Avvikelser

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra vårdskada skrivs en avvikelse. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen där MAS/MAR och närmaste chef kan ta del av den. Vid misstanke om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas chef, MAS/MAR omedelbart. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp enskilt eller med be-

rörda parter efter behov. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Avvikelse sammanställs och hanteras på husmöten, kvalitetsforum och APT.

Avvikelsehantering är en av grundstenarna förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmanas att se avvikelser för att upptäcka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen har huvudansvar för säkerhetsarbetet på enheten och ansvarar vidare för att:

- riktlinjerna är kända och följs av all personal
- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser
- regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser medberörd personal
- det finns rutiner på enheten så att medicinskt ansvarig sjuksköterska snarast underrättas då en avvikelse kan föranleda anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Ansvarar för att:

- vidta de åtgärder som behövs för vårdtagarens säkerhet
- dokumentera åtgärder
- utreda orsaker till avvikelsen
- informera enhetschefen om avvikelsen
- rapportera allvarliga avvikelser till MAS
- informera vårdtagaren/närstående om avvikelsen

Sjukgymnast och Arbetsterapeut

Ansvarar för att:

- medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter
- medverka i arbetet med avvikelser som rör rehabiliteringsfrågor
- dokumentera avvikelser rörande området rehabilitering
- utreda orsaker till avvikelser inom området rehabilitering och hjälpmedel

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Verksamheten har en lokal rutin finns för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till verksamheten förmedlas till biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utredas.

Under året har ett fåtal klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten. Klagomålen berört kvalitén på utförda insatser och medicinhantering.

Alla berörda har blivit kontaktade, personal informerad och i den mån vi har funnit brister så har de åtgärdats.

Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll:

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt en årsplan. Egenkontroller görs regelbundet av medicinhantering, dokumentation samt basala hygienrutiner.

Egenkontroll	Omfattning	Källa / HUR
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet Qusta	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar) Verksamhetsbesök MAS/MAR
Dokumentationsgranskning HSL	2gg/år	Utförs av dok ansvariga. Skickas in till MAS/MAR
Punktprevalensmätning (PPM)	2 gånger per år	Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion. Skickas in till MAS/MAR
Avvikelse Synpunkter och klagomål		Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	Löpande	Redovisning på HSL möte 1 gg mnån
Läkemedelskontroll	2 ggr år	Oanmäld kontroll i brukares lm skåp.
Palliativa registret	1 gg månad	Statistik redovisas på HSL möte.
Infektionsregistrering	1 gång per månad	SSK rapporter till MAS enligt framtagen mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Apoteket
Hygienronder	1 gång per år	I samarbete med vårdhygien

Basala hygienrutiner	1 gång per kvartal, mars, juni, sept, dec	Observation, självskattningar
Loggkontroller Vodok	En gång per månad.	Görs av bitr enhetschef, skickas till MAS/MAR
Delegeringar	En gång var tredje månad	HSL möten
MTP	Var 6 mån	Leg personal, rutin
Sår registrering		Legevissitten

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att arbeta riskförebyggande för att upptäcka, förebygga samt undvika skador och arbeta systematiskt med att utveckla och kvalitetssäkra vården. En viktig del av det strategiska arbetet är att arbeta för en intern samverkan mellan olika personalkategorier för att säkerställa en sammanhållen och god vård och omsorg för den enskilde genom ett tvärprofessionellt arbetssätt. Vi har ett samverkansavtal som tydliggör ansvarsområdet och vilka rutiner vi följer för att säkra en god vård. I patientsäkerhetsarbetet finns MAS/MAR regler och lokala skriftliga rutiner för att förebygga vårdskador.

Kvalitetsuppföljning Qusta

Qusta har genomförts på verksamheten under året. Qusta används som ett internt revisionsinstrument för att bedöma om verksamheten har förutsättningar att erbjuda en god och säker vård som håller god kvalitet. Uppföljningen ska stimulera till ständiga förbättringar och vidareutvecklingar inom hälso- och sjukvårdens område.

Riskbedömningar

Brukarnas psykiska, fysiska och medicinska behov kartläggs och följs upp via bedömningsinstrument och vårdplaner.

Verksamhetsuppföljning

Verksamheten har under året följts upp av MAS/ MAR. Resultatet av uppföljningen resulterade i en rapport och utifrån den har verksamheten tagit fram en handlingsplan som sedan följs upp av MAS/ MAR. Vid besöken ses även verksamhetens lokaler över. Personalens bemötande granskas visuellt. Man intervjuar personal kring arbetssätt och rutiner.

Infektionsregistrering

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrotts-

benägna virusinfektioner) som redovisas till MAS varje månad.

Svenska Palliativ registret

Sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet i palliativa registret.

Riskbedömningar

Brukarnas psykiska, fysiska och medicinska behov kartläggs och följs upp via bedömningsinstrument och vårdplaner.

Alla boende erbjuds kostnadsfri munhälsobedömning av Flexident.

Dokumentation

All legitimerad personal dokumenterar i journalsystemet vodok. Dokumentationsgranskning sker en gång i halvåret av verksamhetens två dokumentationshandledare. Loggkontroller sker varje månad, skickas till MAS en gång per år. Loggkontroller i NPÖ utförs av MAS.

Månadsstatistik

Månadsstatistik fylls i enligt mall och lämnas till MAS varje månad.

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrotsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS varje månad.

Kunskap och kompetens

Under året har två sjuksköterskor genomgått utbildning i förskrivningsrätt gällande inkontinenshjälpmedel. En sjuksköterska går en vidareutbildning till distriktsköterska och en sjuksköterska har gått handledarutbildning 7,5 poäng. Samtlig personal har gjort webbutbildningarna basala hygienrutiner, smärta vid palliativ vård. Vid delegering görs webbutbildningen jobba säkert med läkemedel.

Läkemedel

Läkemedelsordinationer sker i pascal. Läkemedelsgenomgångar sker en gång per år.

Apoteksgranskning

Apoteket har under året granskat läkemedelsförråden. Granskande receptarie går igenom förråden, rutiner mm och följer även upp föregående års granskning samt ger förslag till förbättringar. MAS, biträdande enhetschef samt förrådsansvarig sjuksköterska medverkar vid granskningen.

Hygien/ hygienrond

Självskattningar och observationsmätningar av basala hygienrutiner sker var tredje månad på verksamheten.

En hygienrond utförts varje år på Pilträdet servicehus. De sammanfattande rekommendationerna har setts över. En åtgärdsplan har upprättats över de rekommendationer som inte åtgärdats direkt. Vid besöken ses veks

Avvikelsehantering

Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, läkemedel, fall mm utgående från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser följs upp på kvalitetsråd varje månad där alla yrkeskategorier deltar. Avvikelser dokumenteras i journal samt avvikelssystem. Skadeförekomsten vid fall följs upp av sjuksköterska samt sjukgymnast. Statistik redovisas varje månad för alla medarbetare.

Strategiska möten och arbetsgrupper internt och externt

Teammöten sker två gånger per vecka. Kvalitetsforum sker en gång per månad. Läkarronder sker en gång per vecka. HSL möten en gång per månad. Samverkansmöten sker med ansvarig läkarorganisation två gånger under året och samverkansmöten med vårdliljans sjuksköterskejour har sker två gånger per år.

Enhetens kvalitetsforum bestående av representanter från de olika yrkeskategorierna träffas regelbundet med fokus på interna och externa avvikelser, synpunkter och klagomål. Målet med kvalitetsforum är att verksamheten ska arbeta systematiskt med kvalitetsförbättringar.

Riskanalys

Risicanalys görs i samband med inflytt till enheten i brukarens lägenhet. Vid risk för hot och våld görs en handlingsplan som ska vara väl känd av alla medarbetare. Riskerna tas upp på teamen. Uppföljning sker löpnade eller vid behov.

Under det gångna året har en riskanalys tagits fram avseende årets semesterplanering.

En risk och konsekvensanalys har även gjorts gällande avlägsnandet av huvudnycklar på verksamheten. En ny rutin har även skapats för att säkerställa att nyckelhanteringen sker på ett säkert sätt.

Utredning av händelser - vårdskador

Under året har en inkommen avvikelse anmälts till IVO enligt Lex Maria. En brukare gavs dubbel dos insulin vilket bedömdes som risk för allvarlig vårdskada. Som orsak gavs brist i kommunikation. Händelsen resulterade i nya säkrare rutiner kring läkemedelshantering.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhetspolicyn har under året uppdaterats i och med den nya dataskyddsförordningen vilket lett till nya rutiner vad gäller förvaring, gallring och hantering av journaler. Under våren gjordes en inventering av mappar i dator mm. för att kontrollera vilka personuppgifter som hanterades i syfte att öka säkerheten och även se över vilken information som fanns.

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad

loggkontroller i journalsystemet Vodok. Loggkontroller sker även av MAS i NPÖ. Eventuella avvikelser rapporteras och följs upp. Inga avvikelser har upptäckts under året.

Vid inflytt tillfrågas brukaren om samtycke till att uppgifter hämtas i NPÖ. Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt. Brukaren tillfrågas om hon/han godkänner att uppgiften hämtat och lämnas till andra vårdgivare och om sin medverkan i kvalitetsregistren.

Journalgranskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring sker två gånger per år och genomförs av dokumentationsansvariga. MAS/MAR tar del av resultatet.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Verksamheten har genomfört egenkontroller gällande hälso- och sjukvårds dokumentation och arbetar kontinuerligt med de förbättringsområden som framkommer. Under året ses en förbättring i dokumentationen gällande upprättande av fler hälsoplaner och frastexter används oftare. Användning av smärtskalor behöver förbättras ytterligare men medvetenheten har ökat. Enheten behöver fortsätta att arbeta med att synliggöra vårdprocessen och patientens delaktighet mer i journalen.

Delegeringar följs upp via egenkontroller som visar att det finns fungerande rutiner som säkerställer att alla delegeringar är aktuella. Verksamheten följer vårdhygiens rutiner för basal hygien. All personal genomgår webbutbildning i hygien årligen. En ny hygienpärm har skapats med fler rutiner för att säkerställa att all personal har rätt kompetens och kunskap för att följa de riktlinjer som finns för hygien.

Målet för antal utförda riskbedömningar för att kvalitetssäkra det vårdpreventiva arbetet med trycksår, nutrition, fallrisk och munhälsa har uppnåtts. Andelen registrerar dödsfall i palliativa registret har förbättrats sedan tidigare år. Registrering i Senoir alert är fortfarande ett område där verksamheten behöver skapa ett fungerande arbetssätt.

Teamarbetet har utvecklats ytterligare under året. I och med att verksamheten har en stabil sjuksköterskegrupp har teamen stärkts och antal tillfällen ökat.

Satsningen på den palliativa vården har resulterat i nya rutiner och dokument för att ytterligare utveckla vården. En fortsatt satsning under 2019 är att arbeta vidare med projektet döbra.

Resultatredovisning:

Vid den årliga kvalitetsuppföljning gällande hälso- och sjukvården på Pilträ-dets Servicehus används kvalitetsinstrumentet QUSTA. Resultatet från upp-följningen visar goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Pilträ-dets resultat vid kvalitetsuppföljningen 2018 visar 95 % vilket är en förbättring sedan föregående år med 2 % (2017 = 93 %).

Av analysen framkommer förbättringsområden som patientens delaktighet och teamarbete samt att sjuksköterskorna behöver fortsätta utveckla dokumentationen kring inkontinensområdet. En bedömning är också att vårdplanering efter inflytt sker med hela teamet. Enheten har under året arbetat mycket med teamens samarbete, tydligare och säkrare kommunikation och patientens delaktighet.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Verksamheten har bra struktur med handledare för stöd och utveckling av journalföring. Egenkontroller har utförts och analyserna har visat på utveckling men även på förbättringsområden. Fortsatta förbättringsområden är mer strukturerade hälsoplaner.

Loggkontroller

Genomförda loggkontroller har visat att det saknats samtycke i några journaler, men har efter kontakt åtgärdats.

Riskbedömningar:

Alla vårdtagare erbjudas en riskbedömning gällande fallolyckor, nutrition, trycksår och urininkontinens. Verksamheten har nått sitt mål gällande samtliga riskbedömningar.

Delegeringar

Verksamheten har väl fungerade rutiner. Ansvarsområden är tydliga. Alla delegeringar uppdateras och följs upp i tid av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Läkemedelshantering

Egenkontroller visar att verksamheten blir allt bättre på att signera läkemedel och antalet signeringar har minskat succesivt. Under sommarperioden ökade missade signeringar något, vilket kan härledas till semesterperioden. Det finns ett större antal missade signeringar kvällstid.

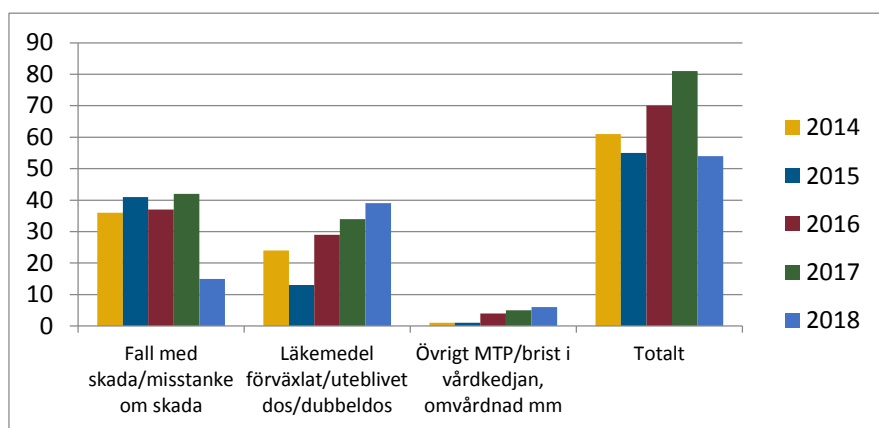
Basala hygienrutiner

Verksamheten har god följsamhet till basala hygienrutiner. Egenkontroll via observationer och självskattningar görs enligt årsplan var tredje månad. Resultatet analyseras och återkoppling sker till personalen. All personal gör webb utbildningen basala hygienrutiner vid anställning samt uppföljningsvis en gång per år.

Avvikelser

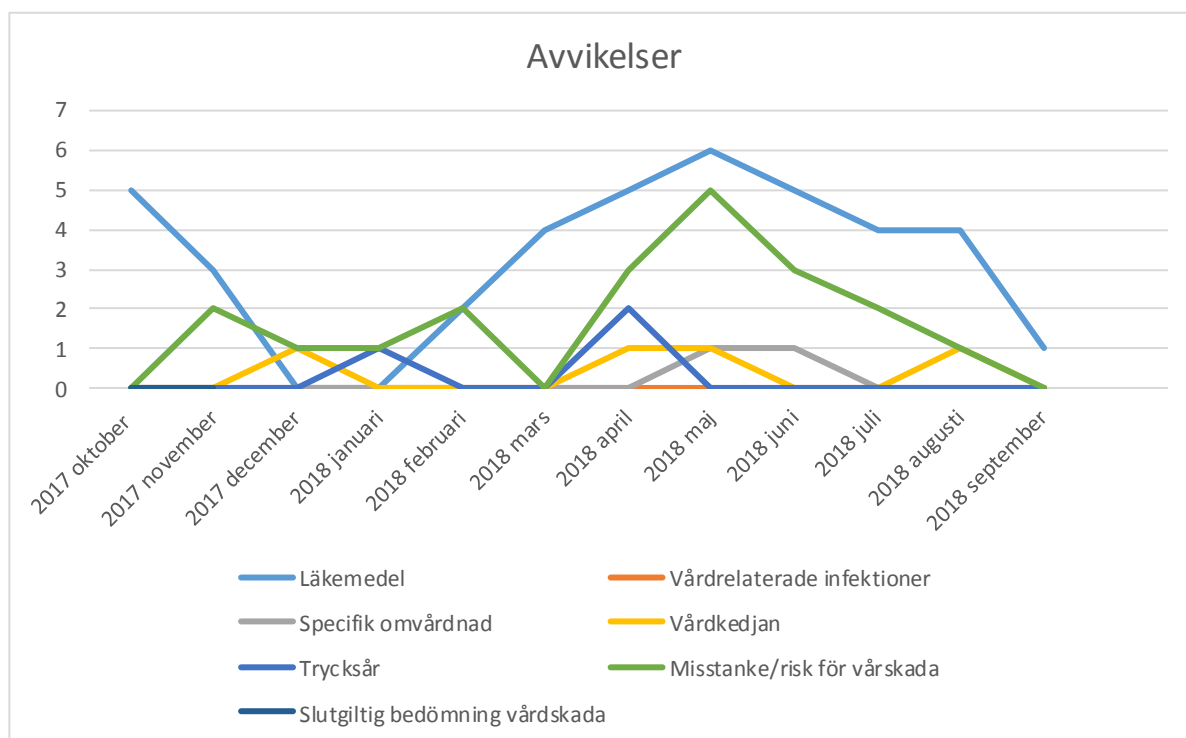
Läkemedelsavvikelser

Inkomna läkemedelsavvikelser för 2018 har ökat något jämfört med tidigare år. Antal rapporterade fallskador med misstanke om skada har däremot minskat. En del av ökningen kan bero på att det tidigare varit ett mörkertal i både inrapporterade och dokumenterade avvikelser.

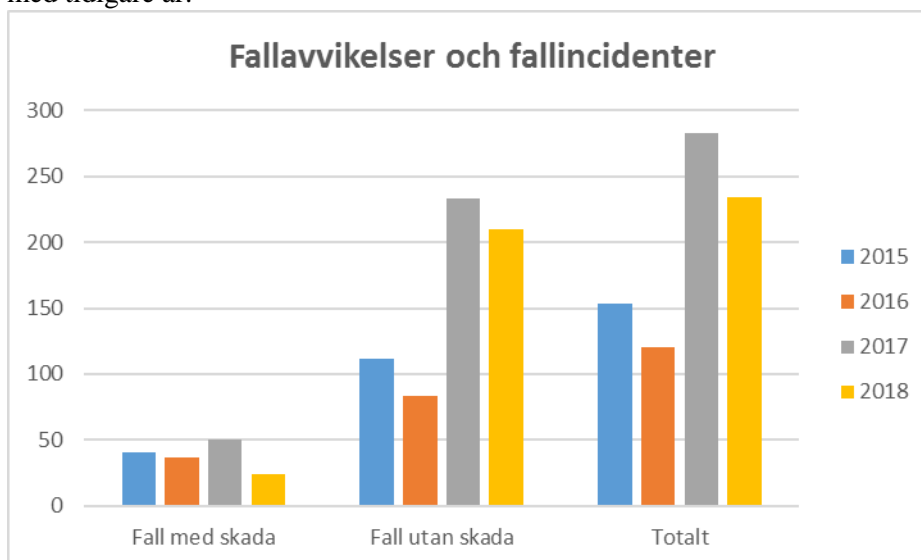


Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten.

Övriga avvikelser Vi kan se en ökning av antalet läkemedelsavvikelser under våren/sommarperioden.

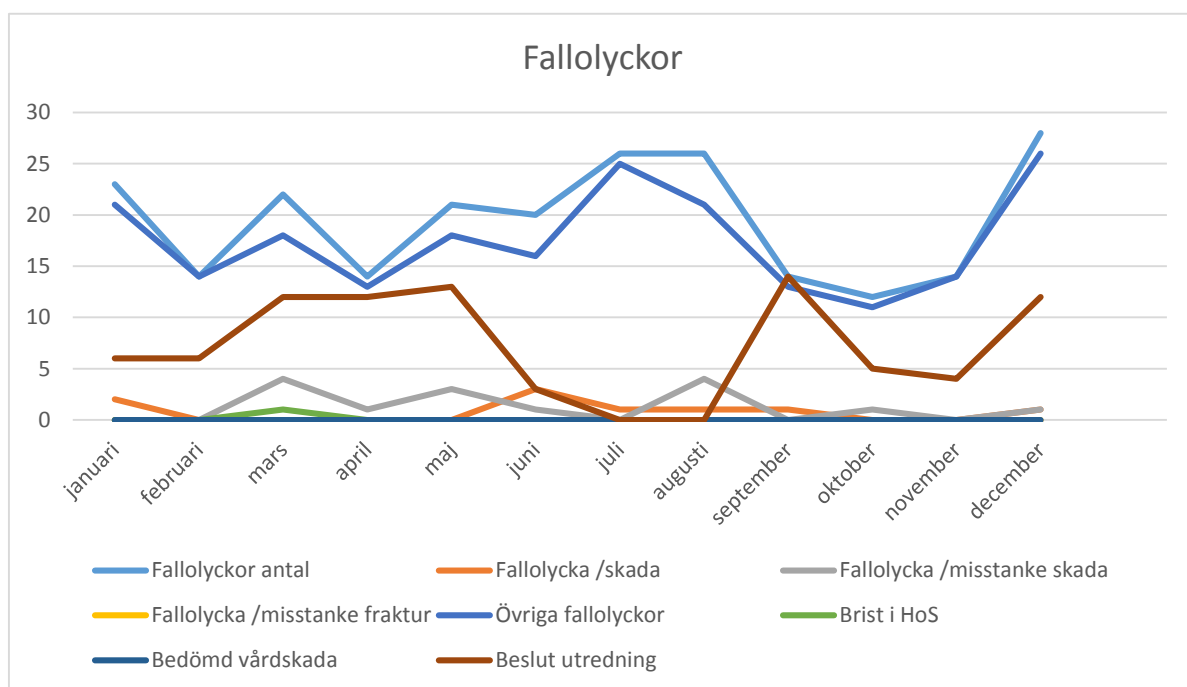


Antalet registrerade fallavvikelser under 2018 har ökat minskat något från Föregående år. Däremot ses en stor ökning de senaste två åren i jämförelse med tidigare år.



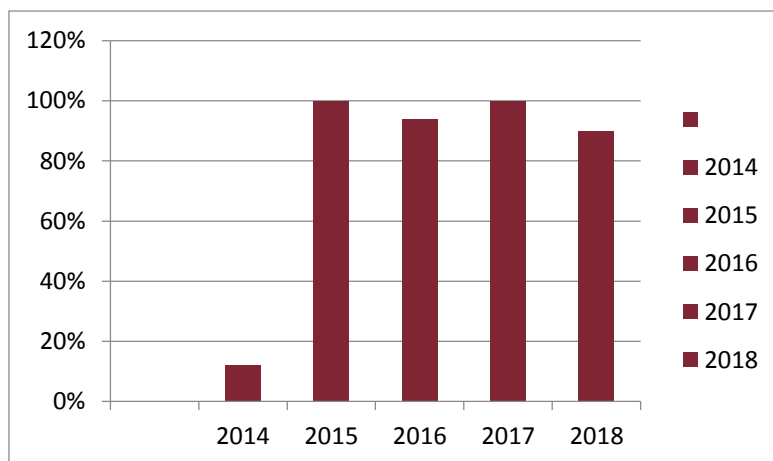
Statistiken grundas på antal avvikelser som registrerats i verksamheten

På grafen nedan får vi en närmare bild på alla fall under 2018. Vad vi kan se är att fallen ökat under sommarperioden men att utredningarna samtidigt minskat. Ökade antalet fall kan troligtvis härledas till den extrema sommarvärmen. Vad som är förvånande är att antalet utredningar minskat så kraftigt under samma period.



ADL bedömningar enligt Sunnås

ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning och ska förnyas årligen och i samband med förändrad status med syfte att bedöma den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring och för att kunna sätta in eventuella stödåtgärder. Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index är utförd ligger på förväntat resultat 90 % vilket är en minskning från föregående år.



Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober

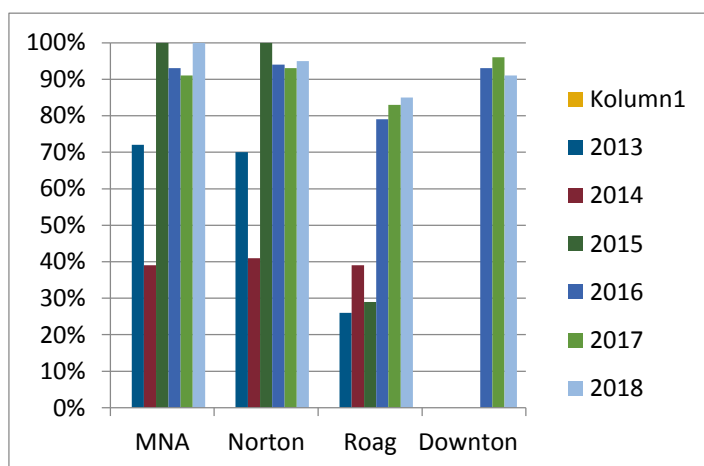
Munhälsobedömning och munvårdsutbildning

Landstinget ansvarar för tandvårdsstödet och de äldre erbjuds avgiftsfri munhälsobedömning. Verksamheten har avtal med Flexident som uppsökande verksamhet på våra enheter.

Flexident erbjuder även personalen utbildning i munvård.

Riskbedömningar

Genomförda riskbedömningar enligt ROAG har ökat de två senaste åren. Antalet riskbedömningar enligt Norton och MNA ligger båda på en godkänd nivå över 90 %. Stort fokus har lagts på våra riskbedömningar de senaste två åren och även att försöka fördela dessa jämnare under året.



Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätdatum 1 oktober till 30 september.

PPM avseende blåsfunktion

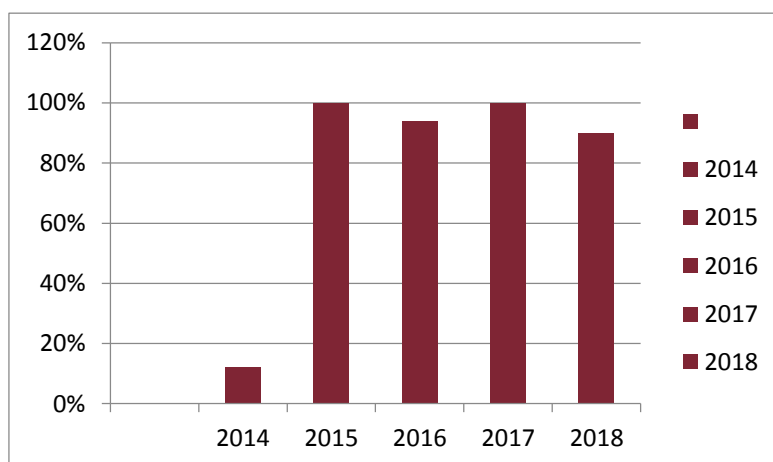
Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende socialstyrelsens indikationer för blåsfunktion som visar att 90 % av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att 75 % har fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel. Ett förbättringsområde som framkommer är att ordinera hjälp med toalettassistans.

PPM gällande skyddsåtgärder

Inhämtad statistik visar att 14 % av brukarna på Pilträdet har beslut om skyddsåtgärd. 100 % av dessa har dokumenterade samtycken och dokumenterad hälsoplan som omfattar skyddsåtgärden. 76 % av skyddsåtgärderna gäller beslut om grind. Andel äldre som har en stående ordination sömnmedel är 45 %

ADL bedömningar enligt Sunnås

ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning och ska förnyas årligen och i samband med förändrad status med syfte att bedöma den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring och för att kunna sätta in eventuella stödåtgärder. Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad ADL-bedömning enligt är utförd ligger på förväntat resultat 90 % vilket är en minskning från föregående år.

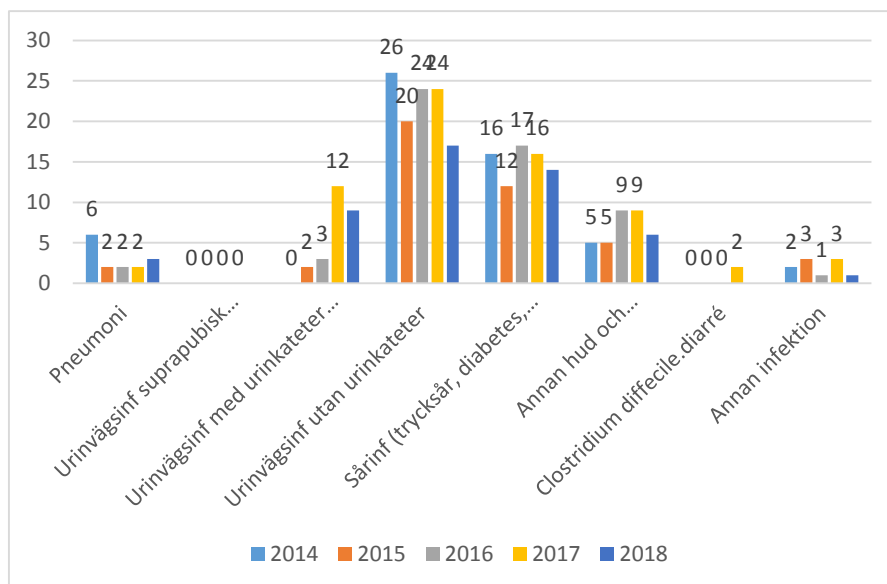


Infektionsregistrering

Enheten har lämnat in uppgifter om infektioner (antibiotika-behandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virus-infektioner) som sammanställts av MAS och anmälts in till Vårdhygien.

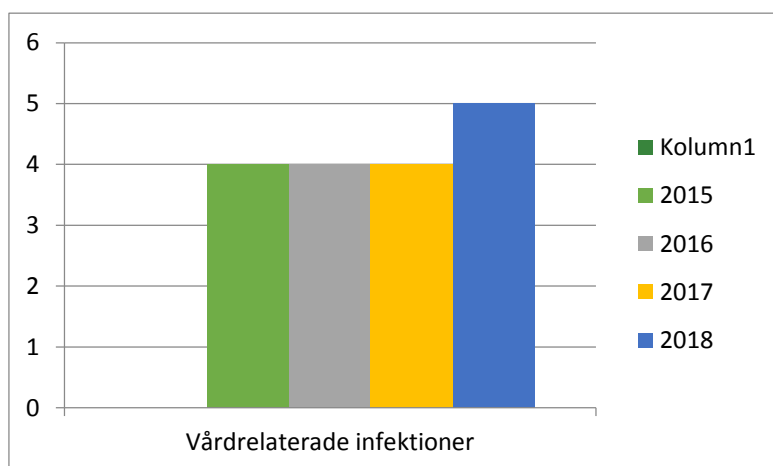
Indikation för antibiotikabehandling

Tabellen nedan är en jämförelse mellan infektionsregistrering år 2014, 2015, 2016 och 2017. Vad vi kan se är att ökning av infektioner hos vårdtagare med urinkateter under förra året har sjunkit något i år men är fortfarande betydligt högre än tidigare år. Vad som inte framgår i diagrammet är att antalet personer med urinkateter ökat från i snitt 3-4 personer under 2015 och 2016 till 6-7 personer under 2018.



Vårdrelaterade infektioner

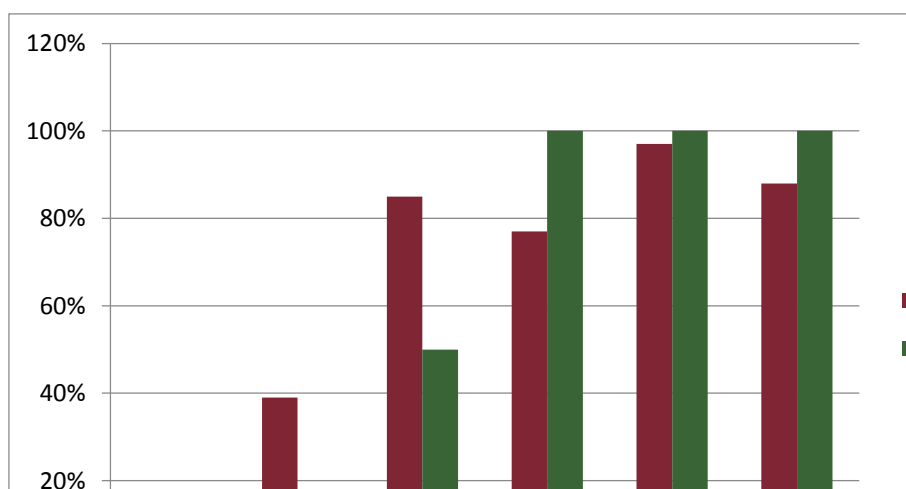
Till vårdrelaterade infektioner tillhör VRE, MRSA, ESBL och Hepatit. Antal boende med vårdrelaterade infektioner ligger på samma nivå som föregående år. Har dock ökat från 2013.



Genomsnittet oktober – September

Läkemedelsgenomgångar

För att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelshantering görs läkemedelsgenomgång en gång per år. Läkarorganisationerna är ansvariga för att tillsammans med sjuksköterskan planera och genomföra läkemedelsgenomgången. Sjuksköterskan förbereder blodprovstagning samt genomgång av ett symtomskattningsformulär Phase 20 med brukaren innan genomgången.



Kvalitetsindikatorn antal boende/antal journaler per helår under mätperioden.

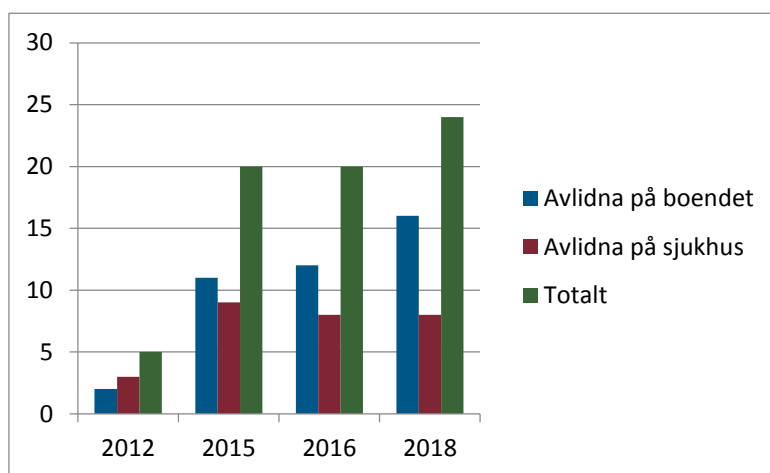
Vård i livets slutskede

Verksamheten registrerar i palliativa registret. Ett nationellt kvalitetsregister där sjuksköterskorna registrerar alla dödsfall vid boendet. På verksamheten finns två palliativa ombud som arbetar med att utveckla rutiner för att förbättra och säkra vården i livets slut. Enheten använder sig av nationell vårdplan för att säkerställa att smärtskattning görs dygnet runt. Enheten arbetar vidare för att utveckla NVP ytterligare.

Avlidna

Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede. Antalet avlidna i hemmet har ökat jämfört med tidigare år samtidigt som antalet avlidna på sjukhus har minskat. Statistiken visar på att

merparten av vårdtagarna bor kvar och avlider i sitt hem. Det beror både på att vårdtagarna vill gå bort i hemmet men även att sjukvården skickar väldigt sjuka personer till servicehus. Allt sjukare personer flyttar in på servicehusen och avlider vilket förklarar att antalet totalt avlida per år har ökat markant de senaste åren.



Statistiken grundas på antal vårdtagare som avlidit.

Avlidna

Händelser och vårdskador

Den anmälan som gjordes till IVO avseende risk för allvarlig vårdskada har avslutats med beslutet att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet och vidtagit nödvändiga åtgärder. Händelsen har medfört att verksamheten skapat nya rutiner för säkrare informationsöverföring i samband med läkemedelshantering. Rutinen har implementerats till samtliga i personalgruppen. Rutinen har godkänts av MAS.

Risakanalys

Risakanalys har under året gjorts för bemanning under sommarperioden och vid avlägsnandet av huvudnycklar på verksamheten. En riskanalys har även gjorts på grund av överhettande lokaler under sommarperioden.

Verksamhetens bemanning fungerade i det stora väl. Dock visade det sig att en av sjuksköterskorna från inhyrt bemanningsföretag inte levererade på den nivå som förväntas av en sjuksköterska. Det ledde till extra arbete för resterande sjuksköterskor.

En lärdom som tagits gällande bemanning under sommaren är tidigt introducera sommarpersonal för att ha en möjlighet att byta ut personen i fråga. Riskanalysen vid avlägsnandet av huvudnycklar resulterade i en ny rutin vilken följts av personalen.

Under våren 2019 kommer verksamheten införa elektronisk signering av läkemedel vilket innebär att en riskanalys och nya rutiner ska skapas för säker övergång till det nya arbetssättet.

Mål och strategier för kommande år

Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet.

- Följa upp samtliga riskbedömningar och vidareutveckla vårdprocessen.
- Uppdatera den palliativa vården efter nationell vårdplan och implementera nya rutiner i arbetsgruppen via kompetensutveckling.
- Införande av elektronisk signering av läkemedel.
- Säkerställa att alla brukare har rätt inkontinenshjälpmedel via levande dokumentation och uppföljningar.
- Synliggöra patientens delaktighet i dokumentationen.

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, delegeringar, inkontinens, skyddsåtgärder, sår och läkemedel enligt årsplan.
- Kvalitetsgranskning av dokumentation två ggr per år av dokumentationsansvariga.

Kompetensutveckling:

- Sjuksköterskorna kommer på varje APT hålla utbildning i olika ämnen under året som exempelvis trycksår, palliativ vård, hygien, vårdrelaterade infektioner, olika sjukdomstillstånd ex vård vid hjärtsvikt.
- Säkerställa att all personal gör webbutbildningar i basala hygienrutiner, smärta vid palliativ vård, arbeta säkert med läkemedel.
- All legitimerad personal ska ha utfört socialstyrelsens utbildning för förskrivning av hjälpmedel.

Intern samverkan

- HSL möten en gång per månad.
- Kvalitetsforum en gång per månad
- Teammöten 2 ggr i veckan
- Rond med läkare en gång i veckan

Extern samverkan

- Uppföljningar med läkarorganisationen Legevisitten, Vårdliljan, MAS/MAR, Sofiahemmets högskola, anhöriga, Apoteket, vårdhygien etc.