



Patientsäkerhetsberättelse

Ekgården

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-06

Elenor Witick 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.....	6
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	9
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS.....	14
Egenkontroll.....	14
Avvikelse.....	17
Händelser och vårdskador.....	18
Riskanalys.....	19
Mål och strategier för kommande år.....	19

Sammanfattning

Det systematiska förbättringsarbetet drivs i enlighet med ledningssystem inom Produktionsområdet omsorg i Ekerö kommun.

Målet är att säkerställa god och säker vård och omsorg där individen är i centrum och välbefinnande samt värdighet upplevs.

För att bedöma resultat utifrån det systematiska arbetssättet i verksamheten används egenkontroller och händelseanalyser. Medarbetare rapporterar risker, tillbud och negativa händelser, vilket bidrar till ökad medvetenhet i kvalitetsarbetets olika delar. Avvikelse rapportering och uppföljningar/återkopplingar sker individuellt och i olika mötes forum.

För att identifiera och förebygga vårdskador används de nationella kvalitetsregistren. De används även för att stärka den lärande organisationen, rapportering och uppföljning.

Ekerö kommuns värdighetsgarantierna används för att garantera god kvalitet i vården. Inkomna synpunkter och klagomål kartläggs och åtgärdas i dialog.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits 2018 utifrån prioriterade områden:

Kompetensförhöjning för att behålla kvalitet och utveckling: inom SoL/HSL dokumentation, utökat antal BPSD administratörer, demens, palliativa ombud, mat och måltider, hygien, ergonomiutbildning, arbetsledarakademin.

De viktigaste resultaten som uppnått:

Kvalitetsledningsledningssystemet diskuterades på olika forum med alla arbetsgrupper för att lyfta detta dokument och synliggöra processerna.

För att säkerställa processen för administrering av läkemedel finns ordinationshandlingen tillgänglig hos den enskilde enligt socialstyrelsens allmänna råd.

En god samverkan och teamarbete gällande hjälpmedel, skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder samt risk för fall – analys sker för att hitta förebyggande åtgärder i ett tidigt skede.

Fortsättningen av kvalitetssäkring inom inkontinensvård.

Kartläggning av digitalisering inom enheten har gett ett utgångsläge för fortsatt utveckling i framtiden.

Andelen korttidsplaceringar med snabba in-och utflyttningar har ökat under det senaste kvartalet. Detta har krävt nytt arbetssätt för att säkerställa förebyggande patientsäkerhet.

Arbete under kommande år:

Minska läkemedelsavvikelser. Alla medarbetare kommer att genomgå Apotekets nya webbutbildning.

Säkra dokumentationen i HSL modulen-genom utbildning för att stödja dokumentationsprocessen enligt ICF/KVÅ.

Behörighet för att läsa läkarjournaler.

Digital signeringslista.

Systematiskt användandet av Checklista Demens.

Systematiskt användandet av kunskapsstöd gällande undernäring.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Den övergripande målsättningen är god och säker vård för den enskilde. Vårdskador ska hindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Vården som bedrivs på Ekgården ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier.

Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vård och omsorg som erbjuds. Upplevd trygghet följs i öppna jämförelser över åren.

Strategier:

Den enskilde /boende är i focus

- Ökad delaktighet/kunskap om den egna hälsan
- Synpunkter/erfarenheter tas tillvara
- Diskutera vård/ behandling samt risker utifrån förutsättningar
- Information om eventuell vårdskada

Kunskapsbaserat arbetssätt

- Kompetens och kunskap
- Individuella riskanalyser
- Synpunkter och klagomål
- Säker informationshantering
- Användandet av kvalitetsregistren för att systematisera och följa upp arbetet
- Följsamhet till obligatoriska åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet

Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete

- Lokala rutiner
- Teamarbete och samverkan
- Dokumentation
- Säkerställa rapportering och avvikelshantering

Organisation och ansvar

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

Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet.

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för riktlinjer för hälso- och sjukvården.

Produktionsledning ansvarar för ledningssystemet för kvalitet som beskriver processerna för att planera, leda och kontrollera patientsäkerhetsarbetet på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.

Verksamhetschef inom Hälso-och sjukvård ansvarar för att vården tillgodoser hög patientsäkerhet utifrån lagar och föreskrifter med god kvalitet och i samverkan med primärvården. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Legitimerad personal har ansvar att följa de lagar och föreskrifter som åligger dem. Samråd med patienten ska ske och omtanke och respekt för den enskilde ska vara grunden i vårdens utformning.

Legitimerad personal ansvarar för att använda evidensbaserad kunskapsbas, detta innebär ett antal obligatoriska åtgärder bland annat vid läkemedelsrelaterade problem, trycksår, inkontinens, fall, undernäring och munhälsa.

Omsorgspersonal får delegering för att utföra hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter.

Alla medarbetare ansvara för att aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade inom verksamheten. Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i den dagliga verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Ekerö Vårdcentral är ansvarig för läkarinsatser på Ekgården. Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns.

Informationsöverföring har skett både muntligt och skriftligt mellan olika aktörer för att säkerställa vårdkedjan.

För enhetens samverkan med andra vårdgivare finns avtal och samverkansdokument som nedan:

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.
- Med Tandvårdsenheten (SLL) gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
- Med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.

-
- Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter från slutenvård.
 - Lokal överenskommelse mellan Ekerö Vårdcentral och sjuksköterskorna från de särskilda boendena.
 - Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Söderströmshuset, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.
 - Med Apoteket AB gällande läkemedelsgranskning
 - Samarbete, stöd, granskning från Vårdhygien SLL

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Den enskilde och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Den enskilde och närstående erbjuds att vara delaktig vid inflyttning, planeringssamtal/uppföljningssamtal och vid upprättande av vård- och omsorgsplaner, genomförandeplan, levnadsberättelse samt läkemedelsgenomgångar. Vid vårdplaneringen tas även risker upp och det förebyggande arbete. Den enskildes samtycke efterfrågas inför informationsöverföring och deltagande i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Information om Svenska Palliativregistret och BPSD lämnas.

Närstående informeras vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd.

Anhörigträffar ordnas regelbundet. Det finns även skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Närstående erbjuds ett uppföljningssamtal efter anhörigs dödsfall.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Flödesschema för lokal avvikelshantering finns i MAS rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserapport, medverka i händelseanalyser och åtgärder vid händelse med risk eller eventuell skada för den enskilde.

Avvikelsen dokumenteras i omvårdningsjournalen. Händelseanalys genomförs tillsammans med enhetschef och HSL personal. Därefter medverkar MAS vid utredningen och sammanställning.

Återkopplingen sker via enhetschef/sjuksköterska till berörd personal och till den enskilde

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt.

Det finns information på anslagstavlor i entré, anslagstavla på enheter, boendepärm och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål diarieförs och ansvarig chef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas till produktionschefen.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av enhetschef och vissa fall tillsammans med MAS.

Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling vid samband av enhetsmöte och vissa fall individuellt i samtal med enhetschef/ansvarig sjuksköterska.

Egenkontroll

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

Egenkontroll görs genom att följa upp och utvärdera den egna verksamheten på följande sätt:

Årsplan för att uppdatera lokala rutiner utifrån verksamhetens processer.

Avvikelser och händelseanalyser följs kontinuerligt, återkoppling på HSL-och enhetsmöte samt kommuniceras med MAS.

Registreringar och arbetssättet i BPSD, Senior Alert och Palliativa registren följs kontinuerligt med HSL och SOL-personal.

MAS återkopplar resultatet i samband med kvalitetsgranskning av hälso-och sjukvård årligen.

Teamarbete följs upp genom vårdplanering med den enskilde.

Läkemedelsgenomgångar planeras och följs upp enligt ett program från läkarorganisationen.

Granskning av HSL-journaler sker kvartalsvis.

Egenkontroll basala hygienrutiner och klädregler görs årligen.

Antibiotika behandlade infektioner registreras och sammanställs kvartalsvis.

Medarbetarens kompetens följs upp individuellt och på enhetsnivå.

Resultat i öppna jämförelser används för helhetsperspektiv.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	månadsvis, skickas till MAS kvartalsvis	Infektionsverktyget
Basala hygienrutiner och klädregler	1-2 gånger per år	PPM-databasen, egenkontrollsystemet
Hygienrund	1 gång per år Egenkontroll 2 gånger per år	Protokoll/handlingsplan
Apoteksgranskning	1 gång per år	Protokoll/handlingsplan
Avvikelser (läkemedel, fall, trycksår, medicintekniska)	Genomgång vid händelse Månadsvis, skickas till MAS	Avvikelsehantering enligt lokal rutin
Trycksår	1 - 2 gånger per år	PPM-databasen

	Kvartalsvis	Senior alert
Munhälsa- Munhälsobedömning	Vid inflyttning bedömning av <u>munstatus</u> (ROAG) Varje 3:e månad 1 gång per året	Senior Alert Folktandvården Statistik via MAS från tandvård
Nutrition	Varje 3:e månad	Senior Alert
Inkontinens	1 gång per året Vid inflyttning	Senior Alert
Demensvård	Individnivå	BPSD register
Palliativ vård	Vid avslut	Palliativ register
Läkemedelsgenomgång	1 gång per året Vid behov	Läkarorganisation
Patientens klagomål och synpunkter	Månadsvis Sammanfattas årligen	Avvikelsehantering enligt rutin Produktionschef Sektionschef Socialnämnden
Dokumentation HSL SOL - genomförandeplan	Månadsvis Varje 6:e månad	Journalsystem
Kvalitetsutveckling	2 gånger per år	Statistik Sammanfattning av avvikelser SKL Socialstyrelsen

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Lokala rutiner

Lokala rutiner har förnyats och reviderats systematiskt. Lokal rutin gällande tvångs- och begränsningsåtgärder har fortsatt att implementeras.

Rutinen gällande den enskildes samtycke har uppmärksammats i olika processer; informationsöverföringar, tvångs- och begränsningsåtgärder och registreringar.

Avvikelse

Genomgång av avvikelser gällande hälso-och sjukvård har skett på HSL-möten tillsammans med enhetschef. Ansvarig sjuksköterska har återkopplat och följt upp händelserna i möten med omsorgspersonal. MAS har tagit del av de uppkomna avvikelserna.

Avvikelse eller risk för skada analyseras avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Medarbetarna är viktig länk i händelseanalysen och åtgärderna.

Den enskilde och deras närstående informeras alltid om händelsen och om vidtagna åtgärder.

Nutrition

Ett arbete för att förhindra undernäring hos äldre har skett genom individuella riskanalyser och vårdplaner. Uppföljning sker genom olika skalor (BMI och MNA) och registreras i Senior Alert. Vårdplan har upprättats vid risk för undernäring. Näringsdryck och berikad kost har ordinerats av sjuksköterskan och har dokumenterats i HSL journalen och på genomförandeplanen

Munhälsa

Folk tandvården har erbjudit munhälsobedömningar för alla boende. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Den årliga utbildningen i munhälsa och munvård har genomförts. Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används och registreringen har skett i Senior Alert. Vårdplan upprättas vid risk.

Inkontinensvård

Kvalitetssäkring av inkontinensvård har fortsatt med valt stödmaterial under 2018.

Fall

Fallriskbedömningar har gjorts enligt DRFI och registreras i Senior Alert. Paramedicinsk personal har bedömt rörelse- och aktivitetsbehov för den

enskilde samt arbetat fallförebyggande genom anpassning av miljön och stimulering av funktionsbevarande arbetssätt.

Trycksår

Riskbedömning för trycksår har gjorts enligt Norton och registreras i Senior Alert. Relevant hjälpmedel har ordinerats. Enheten har deltagit i nationella punktprevalensmätning gällande trycksår.

Läkemedelshantering och behandling

Läkemedelsgenomgång minst en gång under året har planerats enligt föreskrifter från Socialstyrelsen. Läkaren och sjuksköterskan har genomfört uppföljning av läkemedelsbehandlingar i samråd med den enskilde.

Kvalitetsuppföljning av läkemedelshantering har skett.

Alla som har fått läkemedelsdelegering har genomfört en intern utbildning under ledning av en sjuksköterska och utfört praktiskt och teoretiskt kunskapstest.

Vårdhygien

Kunskapsbaserat arbetssätt inom vårdhygien säkerställs med E-utbildningar, hygienronder och observation av hygien teamet. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler har genomförts på hösten.

Infektionsregistrering har fyllts i och rapporterats till MAS.

Demensvård

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom demensvård används som stöd. Interna utbildningar har skett inom demensvården. E-utbildningar har använts för att säkerställa baskunskap.

I enlighet med Silviacertifieringen arbetar Ekgården med kvalitetsmål enhetsvis, teamarbete, reflektioner och anhörigstöd.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD har skett på individnivå och innefattar bemötandeplan och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Genom BPSD register speglas åtgärderna i relation till symptomen.

BPSD register har gett möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå. Fler registreringar har utförts för att skapa bemötandeplan för att öka välbefinnande.

Palliativ vård

Vård vid livets slut har planerats individuellt utifrån rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Svenska Palliativregistret har använts som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. För att säkerställa kunskap har vi haft extern utbildning och intern handledning.

Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden. Brytpunkt- och efterlevnadsamtal har erbjudits till den enskilde/närstående.

Rehabilitering

Hjälpmiddel har utprovats och förskrivits av legitimerad personal. ADL-och funktionsbedömningar har utförts. Processen har utgått från helhetssyn där den enskilde är delaktig och focus är på det friska.

Utbildningar i lyft- och förflyttningsteknik har genomförts av extern utbildare för alla anställda.Handledning av personal i förflyttningssituationer sker kontinuerligt.

Riskanalys

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

Det sker fortlöpande observationer och dialog av eventuella risker som skulle kunna medföra brister i verksamheten. För att utveckla säkerhetskulturen eftersträvar vi öppen kommunikation om risker och avvikelser.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys.

Vid inflyttning utförs individuell riskanalys för att planera förebyggande och behandlande åtgärder. Vid risker upprättas en hälsoärende för den enskilde journalen och åtgärdsplan i Senior Alert.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Följande utredningar har skett under året:

IVO-utredning gällande läkemedelshantering vid ny ordination.

Utredning av digitaliseringen utifrån den enskildes säkerhet och samtycke samt information.

Utredning av följsamhet av rutiner gällande ordination av tvångs och begränsningsåtgärder.

Läkemedelsavvikelser, felaktig tid, felaktig dos, missade signeringar och uteblivna doser. Felaktig dosethantering av en personal med delegering.

Medicinska bedömningar vid akuta situationer då anhörig framför kritik utifrån tjänstgörande sjuksköterskans bedömning.

Felaktig handhavandefel av hantering av infusionspump.

Försämrat sårstatus, uppkomsten av trycksår.

Alla fallolyckor som har medfört skada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1

Ekerö kommun har en Policy för informationssäkerhet och dataskydd som reglerar informationshanteringen inom verksamheten.

Informationen, som personalen behöver i sitt arbete har ett tillräckligt skydd utifrån de krav som ställs i lagstiftningen.

I tabellen nedan redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten.

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
Pulsen Combine	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller Mobilt Bank id. Loggkontroller Kod vid utskrift	Loggkontroller Arkivering
NPÖ (nationell patientöversikt)	Informationsöverföring mellan vårdgivare samt ökad samordning och tillgänglighet	Samtycke inhämtas från den enskilde. Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort	Införande ej fungerat under året.
Pascal	Ordinationsverktyg för personer med dosdispenserade läkemedel och ordinationshandling	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort Utskrift av ordinationshandling förvaras i HSL-pärm enligt rutin	Avvikelsehantering/ Riskanalys Arkivering
Senior Alert, nationellt kvalitetsregister	Förebyggande vård och omsorg. Riskbedömning och vidta åtgärder vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och inkontinens.	Behörighetsindelning Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering. Riskbedömning och åtgärderna	Statistik Granskning av journaler – dokumentation

		journalförs i befintligt verksamhetssystem – Pulsen Combine	
BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller kod. Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering.	Statistik Granskning av journaler-dokumentation
Svenska palliativregistret, nationellt kvalitetsregister	Förbättra vården i livets slut	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort. Information om registret ges till vårdtagare och anhöriga.	Statistik, stickkontroller Kontroll av uppdateringar
Symfoni, tandvårdssystem	Utfärda tandvårdsstödsintyg /registrera munhälsobedömning genom systemet.	Säker inloggning med SITSH kort.	Statistik
Överrapportering mellan vårdgivare	Informationsöverföring	Informationsöverföring via telefon/fax samt förslutet kuvert	Avvikelsehantering
Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog	Styra behörigheten i olika IT-system (Pascal, NPÖ, Pulsen Combine, SITHS/ SIS kort, kvalitetsregister)	Behörighetsindelning	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut Behörighet förlängs årligen och kontrolleras kvartalsvis.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

I tabellen nedan finns de målområden, resultat och analys.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Förebygga vårdrelaterade infektioner Förhindra smittspridning	Följsamhet till hygienrutiner Utbildning	Identifiera boende med risk för vårdrelaterade infektioner Hygienombud Infektionsregistrering E-Learning	Ökad kunskap om förebygga vårdrelaterade infektioner	Förebyggande arbetet ger resultat
Förebygga infektioner En god följsamhet till basala hygienrutiner	Kunskap Återkommande Utbildningar	Hygienrond med hygiensjuksköterska (vårdhygien) Utbildning E-Learning Hygienombud Egenkontroll	Ökad medvetenhet och kunskap om vårdhygien	Öppen dialog är förutsättning för förbättringar
Säker läkemedels hantering	Utbildning	Apoteksgranskning Lokal rutiner - läkemedelshanteringen Delegeringstest Administrering av läkemedel signeringslista Avvikelsehantering Läkemedelsgenomgång	Ökad kunskap om säker läkemedelshantering	Behov av digital signeringslista
Minska antal avvikelser (fall, trycksår, läkemedel, medicintekniska produkter)	Förebyggande arbete Följsamhet till obligatoriska åtgärder	Riskbedömning Utredning Förebyggande Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Delegering Nationellt kvalitetsregister	Ökad medvetenhet att identifiera risker	Ökat antal rapporterade avvikelser
Minska risken för trycksår	Förebyggande arbete	Riskbedömning Utredning Förebyggande	Koll på läget	Vid cirkulationsrubbningar risk för

		Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Utbildning Nationellt kvalitetsregister PPM- databasen		trycksår under livets slutskede
God munvård	Förebygga och behandla oral ohälsa utifrån den enskilde.	Utbildning Stöd av tandhygienist/tandläkare Nationellt kvalitetsregister Senior Alert E-Learning Demens ABC	Koll på läget	Stora skillnader gällande munhälsa utifrån individen vid inflyttning
Korrekt inkontinensvård	Ökad kunskap Läckagemätning	Utbildning Kontinensombud Nationellt kvalitetsregister Senior Alert	Dokumentera inkontinensvård	Uppföljning individuellt.
God demensvård	Ökad kunskap Utbildning Samverkan	Samverkan Demensmodell Nationellt kvalitetsregister BPSD Teambaserat arbetssätt Följsamhet tvångs- och begränsningsåtgärd E-Learning Demens ABC	Aktiv demensteam som beaktar området	Arbete pågått för god demensvård utifrån åtgärderna
God vård vid livets slutskede	Ökad kunskap Utbildning Involvera anhöriga	Palliativa ombud Nationellt kvalitetsregister Teambaserat arbetssätt	Registrering och uppföljning gjort via palliativa register	Ökad samverkan leder till trygghet för alla
Använda klagomål och	Information till boende, anhöriga och	Arbete enligt lokal rutin.	Ökad medvetenhet	Enligt öppna jämförelser behövs

synpunkter för att kvalitetssäkra verksamheten	personalen	Öppen dialog APT Enhetsmöte Återkoppling		ytterligare fortsatt arbete
Säkra HSL dokumentationen	Utbildning Kollegialt utbyte Dialog utifrån problemområde Behov av stödfunktion	Utbildning Material Manual E-learning Lokal rutin Dokumentation Identifiering av handhavande och systemfel Avvikelser	Viss brist på följsamheten för lokal rutin och manualer gör det svårt att bedöma resultat	Ej användarvänligt system Få avvikelser i relation till diskussioner gällande dokumentationssystem Respons från support ej stödjande

Avvikelser

I tabellen nedan sammanställs avvikelser och förbättringsförslag

Typ av avvikelser	Antal	Förbättringsförslag
Fall	193 fall 141 fallolyckor utan skada 6 fall som har orsakat fraktur 52 fallolyckor som orsakat sår, svullnad, hematom, smärta	Fortsatt arbete med fallpreventivt arbete och riskbedömning och handlingsplan.
Trycksår	4 individer med trycksår	Nära arbetsledning av sjuksköterskor, hudbedömning vid inflyttningen Reservmadrass (behandlande) för personer som kommer

		från slutenvård
Läkemedel	Totalt 135 läkemedelsavvikelser. 83 st läkemedelsavvikelser utebliven dos. 24 stycken missade signeringar. 2 st dubbel dos. 1 st. fel dos.	Utbildning Handledning Nära arbetsledning Öppen dialog Lärande organisation
Dokumentation	Antal avvikelser gällande dokumentation: 10 st. (handhavande samt systemfel)	Fortsatt behov av utbildning och handledning.
Tvångs och begränsningsåtgärder	3 st. inrapporterade händelser då sänggrind utan ordination uppe.	Samtliga boende har en aktuell ordination för eventuell tvångs och begränsningsåtgärd. Utbildning
Medicintekniska hjälpmedel	1 st Handhavandefel förebyggande madrass 1 st kvarglömd injektionsnål.	Utbildning, Infomaterial Egen kontroll Service och årlig kontroll

Klagomål och synpunkter

Område	Antal	Förbättringsförslag
Brister i omvårdnad	6	Handledning, nära arbetsledning, individuella samtal
Trygghetslarm	11	Utbildning, översyn av larmenheter, egen kontroll, information
Tillsyn	3	Utbildning/Handledning/nära arbetsledning, vårdplaneringar, dokumentation.
Transporter	3 (Turbunden resa, sjukresa, färdtjänst.)	Externa synpunkter/klagomål skickas

Externa vårdgivare	8 (rapportering, utebliven dokumentation)	Öka antalet avvikelser till respektive vårdgivare
Övriga HSL-avvikelser omvårdnad, informationsöverföring	10 (rapportering, kontaktväg, dokumentation)	Egen kontroll, Sjuksköterskemöten regelbundet Förbättrade infoöverföringsrutiner

Händelser och vårdskador

Lärdomar utifrån gjorda utredningar:

Kontinuerlig utbildning, handledning och arbetsledning behövs.

Kontakt med specialistvård för rådgivning på individnivå viktigt. Aktiv vårdkedja eftersträvas.

Förbättrandet och tydliga signeringslistor för överlämnandet av läkemedel. Samtliga boendepärmar ska innehålla kopia på ordinationshandlingen.

Vid inflyttning ska den enskilde så fort som möjligt gå över till dosdispenserade läkemedel i stället för dosett.

För att säkerställa läkemedelshantering ska samtlig personal inför delegering göra ett fördjupat kunskapstest enligt Apotekets utbildningsmaterial.

Ökat antal korttidsboende och snabba inflyttningar har lett till behov av att samverka med läkarorganisationen för att säkerställa informationsöverföringen och läkemedelshantering.

Antalet fallolyckor har ökat jämfört med förra året; detta ställs i relation till boende med ökat vård- och omsorgsbehov, t.ex. Parkinson sjukdom, psykisk och fysisk oro och vandringsbeteende samt psykiatriska diagnoser.

Riskanalys

Sektionsledning ansvarar för analys och rapportering av inkomna klagomål och synpunkter. Riskanalys görs för att förebygga händelsen i framtiden.

Granskningen/sammanställningen och riskanalyserna tas upp på enhetens HSL-möten samt vid gruppmöten/ arbetsplatsträffar.

Sedan tidigare uppmärksammat eventuell risk för underrapportering av läkemedelsavvikelser samt otydlighet i att använda den skriftliga avvikelserapporten. Under året har avvikelserapporten förnyats och vikten av att rapportera fel och risker har varit centralt. Detta har lett till öppet klimat då flera medarbetare har aktivt tagit ansvar att rapportera fel, vilket i sin tur har stärkt patientsäkerhetskulturen.

Under sommarens värmebölja gjordes riskanalyser på verksamhetsnivå och individnivå vilket ledde till stor engagemang /ansvarstagande bland medarbetarna.

Efter införandet av de nya lagen gällande utskrivning från slutenvård, har utökning av korttidsplatser inneburit ett omfattande riskanalyserarbete utifrån att det krävs mer hälso- och sjukvårdsresurser.

Mål och strategier för kommande år

Målet är fortsatt säkerställa god och säker vård och omsorg, de boende och närstående ska erbjudas möjlighet att medverka/vara delaktiga i processen.

Rekrytering av sjuksköterskor med stort engagemang för äldreomsorg.

Verksamheten är i behov av vidare utveckling och nya tag i kvalitetsarbetet.

Patientsäkerhetsarbete ska präglas av öppen dialog, lärande och kollegialt utbyte.

Den enskildes och anhörigas roll ska stärkas.

Vi fortsätter kvalitetssäkra vården genom att använda nationella kvalitetsregistren såsom Senior Alert, BPSD och svenska palliativregistret. Krav att alla sjuksköterskor är aktiva i registret.

Kontinuerlig uppföljning användande av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Under året kommer demensteamet att gå utbildning i Nollvision som innebär att de får ökade kunskaper i att skapa de rätta förutsättningarna för en demensvård utan tvång och begränsningar. Annat satsningsområde fortsatt arbete med den förnyade checklista för demensvård.

Aktivt arbete med att förebygga och behandla undernäring enligt socialstyrelsens föreskrifter *Att förebygga och behandla undernäring-kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Fortsatt teamarbete kring fallolyckor och förebyggande arbete tillsammans med den boende. I förebyggande arbete ingår funktionsbevarande arbetssätt, träning i balans och styrka.

Minska läkemedelsavvikelser - Ytterligare förbättra administrering av läkemedel genom apotekets delegeringstest och tillhörande material. Alla medarbetare kommer att genomgå utbildning. Vilket bidrar till ökad patientsäkerhet. Digital signeringslista ska anskaffas.

Säkra dokumentationen i HSL modulen-genom utbildning för att stödja dokumentationsprocessen enligt ICF/KVÅ. Tillgång/läsbehörighet till läkarjournaler.

Välfärdsteknik – vara öppna för möjligheter att använda olika digitala lösningar.

Inväntar start av utvecklingsarbete NPÖ (nationell patientöversikt) gällande informationsöverföring mellan andra vårdgivare och den kommunala hälso- och sjukvården.

Skapa förutsättningar för patientsäkerhet vid snabba utskrivningar från slutenvård. Säker vårdkedja och samverkan med socialkontoret.

