



Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

20190206

Pernilla Lundberg Enhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS	15
Egenkontroll.....	15
Klagomål och synpunkter.....	17
Händelser och vårdskador	18
Riskanalys	18
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 fortsätta 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. Avvikelsesrapportering och uppföljningar/återkopplingar sker individuellt och i olika mötesforum.

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

Den enskilde är i centrum och 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 är en förutsättning för att behålla kvalitet och utveckling, utbildningsinsatser under året har varit; inom SoL/HSL dokumentation, diabetes, utökat antal BPSD administratörer, demens, palliativa ombud, mat och måltider, hygien, ergonomiutbildning, arbetsledarakademien.

De viktigaste resultaten som uppnåtts.

Ledningssystemet diskuterades på alla enheters planeringsdagar för att lyfta detta dokument och synliggöra processerna.

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

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

Fortsättning av kvalitetssäkring inom inkontinenshjälpmedel.

Utmärkelsen -Guldtanden, god munhälsa hos den boende samt på ett utmärkande sätt samverkat med tandvården för patientens bästa.

Resultat i verksamheten visas och präglas utifrån strategierna den enskilde äldre är i focus, kompetensbaserat arbetssätt och strukturerat/organiserat kvalitetsarbete.

En blick framåt. Minska läkemedelsavvikelser - Ytterligare förbättra administrering av läkemedel genom apotekets delegeringstest och tillhörande material som alla medarbetare kommer att genomgå.

Fördjupning i SoL dokumentation – korrekt och tillräcklig dokumentation enligt socialtjänstlagen. Säkra dokumentationen i HSL modulen-genom utbildning för att stödja dokumentationsprocessen enligt ICF/KVÅ.

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. Genom ett aktivt riskförebyggande arbete, arbetar vi med åtgärder för att minimera antalet vårdskador.

Vården präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier.

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

Strategier för att nå vård och omsorg av hög kvalité sker utifrån:

Den enskilde äldre 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

rätt kompetens och kunskap

riskanalyser

synpunkter och klagomål

säkra inloggningar

användandet av kvalitetsregistren

följsamhet till obligatoriska åtgärder

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 ansvarar för riktlinjer för hälso- och sjukvården.

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

Sektionsledning ansvarar för att vården drivs enligt med kvalitetssystemet och i samverkan med primärvården och kommunens medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS). I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Legitimerad personal har ansvar att följa de riktlinjer och processer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård.

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 ansvarar 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.

Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet är primärvårdens läkare där samverkan och kvalitetsuppföljning sker kontinuerligt. Årlig samverkansmöte med primärvården, MAS, verksamheter SÄBO. Nära samverkan med vårdhygien gällande utbildning och hygienrond, infektionsregistrering skickas kontinuerligt till MAS. Apotekare kommer årligen för kontroll – säkerställande av läkemedelshantering på SÄBO.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

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

Enheten samverkar inom hälso- och sjukvård med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.
- Avtal finns tecknat mellan kommunens MAS och Folkandvården gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
- Ekerö Kommun har avtal med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Ekerö kommuns MAS har upprättat avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
- Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Söderströmshälsö, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

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 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 omvårdnadsjournalen.

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, skriftligt eller via hemsidan.

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 enligt tabellen nedan.

Uppdatering av lokala rutiner sker enligt årsplan utifrån verksamhetens processer.

Medarbetarens kompetens och medverkan till teamarbete följs upp individuellt och på enhetsnivå.

Öppna jämförelser resultat och övriga uppföljning/mätningar används för att få 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 produkter)	Genomgång vid händelse Månadsvis, skickas till MAS	Avvikelsehantering enligt lokal rutin
Trycksår	1 - 2 gånger per år Kvartalsvis	PPM-databasen Senior alert
Munhälsa- Munhälsobedömning	Vid inflyttning bedömning av <u>munstatus</u> (ROAG) Varje 3:e månad 1 gång per året	Senior Alert Folkandvården Statistik via MAS från tandvården
Nutrition	Varje 3:e månad	Senior Alert
Inkontinens	1 gång per året Vid inflyttning	Senior Alert Kvalitetssäkring enligt rutin
Demensvård	Individnivå utifrån symtombild	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 lokal rutin Sektionschef Produktionschef Socialnämnden
Dokumentation HSL SOL - genomförandeplan	Månadsvis Varje 6:e månad	Journalssystem
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.

Avvikelser

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.

Avvikelser 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. Ofrivillig nattfasta har följts upp av ansvarig sjuksköterska i samband med vårdplaneringar och enhetsmöte.

Munhälsa

Folktandvården 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.

Inkontinens

Ett fortsatt arbete har skett med valt stödmaterial. Verksamheten har haft en kvalitetssäkring under 2018 för att identifiera den enskildes behov av inkontinenshjälpmedel.

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 funktionsbehållande arbetssätt. Enheten har en träningshörna samt anpassad gymnastik för bibehållande av funktioner.

Trycksår

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

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 kunskapstestet.

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 bas kunskap.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD har skett på individnivå och innefattar bemötandepplan 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. Flera 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 kvalitets-säkra 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

Hjälpmedel 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 har vi eftersträvat öppen kommunikation om risker och avvikelser.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys. Åtgärder planeras och följs upp i det dagliga arbetet och kopplas till övergripande åtgärder.

Bland annat inom riskområden hygien, miljö, brand, arbetsmiljö och personalresurser.

Riskanalyser registreras i kvalitetsregistret på individnivå.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Läkemedelsavvikelser, utebliven dos, fel dos given, missade signeringar.

Medicinsk bedömning vid akut situation då anhörig framfört synpunkter utifrån tjänstgörande sjuksköterskans bedömning.

Signeringslista – administrering av läkemedel ej uppdaterad enligt ordinationshandling vilket orsakade att boende ej fått läkemedel under en period.

Boende ej fått läkemedel delad i dosett under en period, ordinationshandlingen var aktuell.

Boende ej fått injektion enligt planering, fick injektion 5 veckor efter planerat datum när felet upptäcktes.

Läkaren ordinerade fel läkemedel till boende- ej skada för boende då sjuksköterska upptäckte felet och rättade till.

Anhöriga haft synpunkter gällande omläggning av bensår och lindning av benet.

Utredning av följsamhet av rutiner gällande ordination av skydds- och begränsningsåtgärder.

Oväntad händelse som orsakades av sänggavels konstruktion. Teamet hade gjort riskbedömning och åtgärder för att förebygga hudskada. Denna risk var oförutsedd utifrån boendes förmåga.

Efter händelsen har alla medarbetare uppmärksammats om risker liknande ovan.

Boende till sjukhus på eftermiddag. Vid utskrivning under natten försökte sjuksköterska på sjukhuset kontakta boendet på växeltelefonen vid några tillfällen för att rapportera. Inget svar. Fick kontakt senare under natten.

Orsaken var bristfällig ifyllnad av blankett vid inskickade till sjukhus, enligt rutin. Nattsjuksköterskans telefonnummer saknades.

Efter händelsen ändrades telefonrutinen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten har policy som säkerställer att den information som verksamheten behöver i sitt arbete har ett tillräckligt skydd utifrån verksamhetens behov och de krav som ställs i lagstiftningen. Hänsyn tas till GDPR.

Syftet är att säkerställa personuppgifters tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet, och spårbarhet genom stark autentisering.

I tabellen 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 journalförs i befintligt verksamhetssystem – Pulsen Combine	Statistik Granskning av journaler – dokumentation
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, SITSH/ 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

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Förebygga vårdrelaterade infektioner Förhindra smittspridning	Följsamhet till hygienrutiner Utbildning	Identifiera boende med risk för vårdrelaterade infektioner Hygienombud Infektionsregistrering	Ökad kunskap om förebygga vårdrelaterade infektioner	Förebyggande arbetet ger resultat. Utfall jämförs månadsvis.
Förebygga infektioner En god följsamhet till basala hygienrutiner	Kunskap Återkommande Utbildningar	Hygienrond med hygien-sjuksköterska (vårdhygien) Utbildning Hygienombud Egenkontroll	Ökad medvetenhet och kunskap om vårdhygien	Öppen dialog förutsättning för förbättringar.
Säker läkemedelshantering	Utbildning	Apoteksgranskning Lokal rutin - läkemedelshantering Delegeringstest Administrering av läkemedel signeringslista Avvikelsehantering Läkemedelsgenomgång	Ökad kunskap om säker läkemedelshantering	Behov av digital signeringslista för att förbättra tydligheten vid administrering av läkemedel
Minska antal avvikelser (fall, trycksår, läkemedel, medicintekniska produkter)	Förebyggande arbete Följsamhet till obligatoriska åtgärder	Riskbedömning Utredning Förebyggande Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Delegering Teambaserad arbete Nationellt kvalitetsregister	Ökad medvetenhet att identifiera risker i dialog med boende, anhöriga och medarbetare	Antalet rapporterade avvikelser har ökat. Dessa har lett till dialog för att minska händelser som leder till avvikelser
Minska risken för trycksår	Förebyggande arbete	Riskbedömning Utredning Förebyggande Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Utbildning Teambaserad arbete Nationellt kvalitetsregister PPM- databasen	Ökad medvetenhet att identifiera risker i dialog med boende, anhöriga och medarbetare	Vid cirkulationsrubningar risk för trycksår vid livets slutskede
God munvård	Förebygga och behandla oral ohälsa utifrån den enskilde	Utbildning Stöd av tandhygienist/tandläkare Nationellt kvalitetsregister Senior Alert	Ökad medvetenhet för munvård/munhälsa Engagerad personal	Stora skillnader gällande munhälsa utifrån individen vid inflyttning

Korrekt inkontinensvård	Ökad kunskap Läckagemätning	Utbildning Kontinensombud Lokal rutin Inkontinenskort Nationellt kvalitetsregister Senior Alert	Dokumenterad inkontinensvård Engagerad personal	Läckagemätning och uppföljning enligt lokal rutin Material som stödjer process för att kvalitetssäkra
God demensvård	Ökad kunskap Utbildning Samverkan	Samverkan Demensmodell Nationellt kvalitetsregister BPSD Teambaserad arbetssätt Följsamhet tvångs- och begränsningsåtgärd	Aktiv demens- team som beaktar området	Arbete pågått för god demensvård utifrån åtgärderna
God vård vid livets slutskede	Ökad kunskap Utbildning Involvera anhöriga	Palliativa ombud Nationellt kvalitetsregister Teambaserad arbetssätt	Registrering och uppföljning gjort via palliativa register	Ökad samverkan leder till trygghet för alla
Använda klagomål och synpunkter för att kvalitetssäkra verksamheten	Information till boende, anhöriga och personalen	Arbete enligt lokal rutin. Öppen dialog APT Enhetsmöte Återkoppling	Ökad medvetenhet	Enligt öppna jämförelser behövs 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

Typ av avvikelser	Antal	Förbättringsförslag	Lärdom
Fall	120 fall 4 fall som har orsakat fraktur	Fortsatt förebyggande arbete och Teamarbete	Teamarbete tillsammans med boende är ständigt pågående utifrån boendes miljö och den äldres önskan om fortsatt självständighet. Golvmaterialet och golvlister är inte optimala utifrån boendes gångförmåga, risk för fall. Åtgärd: golvlister kommer att bytas ut. Ökad medvetenhet gällande risk för fall.

Trycksår	6 boende med trycksår	Daglig observation av huden Fortsatt kontinuerlig dialog Identifiera risker Teambaserat arbete	Identifiera risker och diskutera om åtgärder. Oftare ta hjälp av extern konsult gällande hjälpmedel. Teamarbete och kontinuerlig dialog med boende, anhöriga och personalen.
Läkemedel	68 läkemedelsavvikelse 12 missade signeringar 47 uteblivna läkemedelsdoser 2 avvikelser där fel dos givits 12 andra läkemedelsavvikelse	Digitala signeringslistor Utbildning Delegering	Ständigt arbete med att identifiera risker för att undvika avvikelser. Dialog med personalen gällande avvikelser.

Klagomål och synpunkter

Område	Antal	Förbättringsförslag
Brister i omvårdnad	5	Handledning, nära arbetsledning, individuella samtal
Trygghetslarm	6	Utbildning, egen kontroll, information
Skydds och begränsningsåtgärder	4	Utbildning
Tillsyn	3	Utbildning/Handledning/ nära arbetsledning
Boendemiljö	4	Information till anhörig, förbättringar utifrån synpunkter
Transporter	2	Externa synpunkter/klagomål skickas
Externa vårdgivare	0	Lyfta detta område - synliggöra
Övriga HSL-avvikelse omvårdnad, informationsöverföring, medicinsk fotvård	9	Egen kontroll, Sjuksköterskemöten regelbundet Förbättrade informationsöverföringsrutiner, rapporteringskyldighet gällande avvikelser
Dokumentation HSL	9	Utbildning, stöd

Händelser och vårdskador

Lärdomar utifrån gjorda utredningar: kontinuerlig utbildning, handledning och arbetsledning behövs. Kontakt med specialistmottagningar och övrig expertis för rådgivning på individnivå för samverkan.

Tydligare signeringslistor för administrering av läkemedel. Samtliga boendepärmar ska innehålla kopia på aktuell ordinationshandling.

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

För att säkerställa läkemedelshandling ska samtlig personal inför delegering göra ett fördjupat kunskapstest enligt lokal rutin.

Nya växel/korttidsboende har lett till ett ökat behov av att samverka med läkarorganisationen för att säkerställa informationsöverföringen och läkemedelshandlingen.

Risikanalys

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 avvikelserrapporten. Under året har avvikelserrapporten gällande förnyats och vikten av att rapportera fel och risker har varit centralt. Detta har lett till öppet klimat då flera medarbetare 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 LUS införandet har utökning av korttidsplatser inneburit ett omfattande riskanalyserbete med tanke på 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.

Verksamheten är öppen för vidare utveckling och nytänkande för att skapa framgång i kvalitetsarbete.

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

Vi fortsätter kvalitetssäkra vården genom att använda nationella kvalitetsregistren såsom Senior Alert, BPSD och Svenska palliativregistret samt patientsäkerhetsberättelsernas tabeller 2017 och 2018

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.

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.

Fördjupning i SoL dokumentation – korrekt och tillräcklig dokumentation enligt socialtjänstlagen. Granskning som leder till viktiga lärdomar och diskussioner på APT möten.

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

Välfärdsteknik – vara öppna för möjligheter att använda olika digitala lösningar som påminner eller ger stöd, kan bidra till att äldre personer får ökad trygghet, vara mer delaktiga och självständiga samt uppnå högre livskvalitet.

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