

Patientsäkerhetsberättelse för Attendo Kullen År 2021



Datum: 25 januari 2022

Verksamhetschef och HSL- ansvarig för innehållet: Helene Eklund & Desirée Nilsson

Deltagit i faktainsamling och analys: Helene Eklund & Desirée Nilsson

Inledning och instruktion

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet **Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.**

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. **Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.**

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa patientsäkerhetsberättelsen. Input och fakta till dokumentet inhämtas från HSL-ansvarig sjuksköterska, FT, SG och AT så att alla professionernas områden återspeglas i en komplett patientsäkerhetsberättelse.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur.....	11
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	11
Agera för säker vård	12
Granskning av dokumentationen.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering	16
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelser/Händelserrapporter.....	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR för Hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år.	18

SAMMANFATTNING

Kullens äldreboende består av 82 lägenheter och har 83 boende. Den 16/1-2017 tog Attendo över driften av Kullen och erbjuder heldygnsvård för personer med somatisk eller demenssjukdom.

2021 inleddes med att alla (undantaget en boende som avstod) boende blev vaccinerade mot Covid-19. Den 28 januari hade majoriteten av de som bor på Kullen fått två doser vaccin. Under våren kunde vi se att restriktioner och smittskyddsarbetet minskade något och att fokus åter kunde läggas på att återgå till vanliga rutiner och förbättringsarbeten. Hälso- och sjukvårdspersonalen arbetade intensivt med att arbeta fram en fungerande dokumentation, och vid granskning visade arbetet gott resultat, 97% enligt Attendos mall för journalgranskning av hälso-och sjukvårdsjournaler. Även att minska antalet fall med hjälp av fallpreventivt arbete och att minska antal missade signeringar uppnåddes. Övriga mål för 2021 förbättrades men kvarstår för 2022.

Vidare har arbetet fortlöpt med årets mål och att boende och anhöriga ska känna sig trygga och delaktiga med hälso-och sjukvården på Kullen.

Även under 2021 har de flesta möten med kommun, läkarorganisation och anhöriga skett i digitala mötesforum eller via telefon och mail.

Internt på Kullen har möten till stor del skett i fysisk form, även om det tidvis har varit med begränsat antal deltagare.

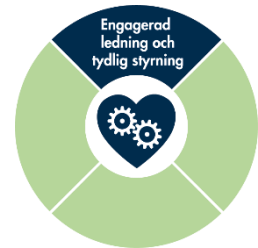
Riskanalyser görs utifrån klagomål och synpunkter. Inkomna klagomål och synpunkter hanteras snarast.

Kullen arbetar för en god samverkan med Ekerö kommun, andra vårdgivare och läkarorganisationen Capio Legevisitten.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §



Målsättningen i vårt patientsäkerhetsarbete har varit att skapa goda rutiner och att ge vård av hög kvalitet. I Attendos ledningssystem finns tydliga riktlinjer, företaget ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser för att kunna erbjuda god vård. Ambitionen är att alla medarbetare ska känna till Attendos kvalitetsarbete.

Mål för 2021 och åtgärder för att nå målen var:

Att nå godkänt resultat på dokumentationsgranskningen av HSL-journaler. Dokumentation tas regelbundet upp på HSL-möten, OAS fortsätter att se över sina journaler så att de uppfyller de krav som ställs. Aktuella riskbedömningar för fall, nutrition och trycksår ska finnas dokumenterade i journalen hos alla boende, 100%

Fortsätta det fallpreventiva arbetet och minska fallen med 10%. Alla boende med identifierad fallrisk ska ha en åtgärdsplan för detta, och tas upp på teammöte för att aktualisera vilka insatser som ska göras.

Även att nå palliativa registrets uppsatta mål vid förväntat dödsfall, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och 90 % ska ha en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal, detta nås genom samverkan mellan sjuksköterskan och läkaren, men det är läkaren som ansvarar för att det görs. Palliativa ombuden ska kunna återuppta sina träffar och fortsätta att arbeta med mål att få all personal att använda smärtskattningsinstrument. Tas upp regelbundet på HSL-möten för att påminna alla vikten av dokumenterade bedömningar.

Som en del av palliativa registrets målsättningar finns att erbjuda anhöriga efterlevandesamtal. Detta finns numera som en punkt i checklistan som ifylles av sjuksköterska när boende avlidit. HSL-samordnande sjuksköterska granskar dokumentationen och påminner OAS om det saknas dokumenterat erbjudande. Målet är att alla anhöriga, 100% ska erbjudas efterlevandesamtal.

Minska antalet missade läkemedelssigneringar. Då omvårdnadsansvarig sjuksköterska sammanställer antalet missade signeringar varje månad tas kontakt med samordnare som i mobil omsorg kan se vilken personal som inte har signerat och sjuksköterskan kan utbilda aktuell personal i vikten att signera.

Minska ofrivillig nattfasta hos boende till att 60% har en kortare nattfasta än 11 timmar. Kostombud på varje avdelning ser till att det finns näringsriktiga shots/smoothies att erbjuda innan natten i samband med kväll/nattmedicin. I de fall den ofrivilliga nattfastan överstiger 11 timmar ska det hos alla boende, 100%, finnas en dokumenterad plan för att minska fastan.

Organisation och ansvar

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen har det totala ledningsansvaret för Hälso- och sjukvården men har överlåtit enskilda ledningsuppgifter enligt 30§ Hälso- och sjukvårdslagen under 2021. Att överlåta enskilda ledningsuppgifter innebär inte att verksamhetschefen avsäger sig ansvaret för Hälso- och sjukvården.

Verksamhetschef Héléne Eklund

- Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem utifrån SOSFS 2011:9 som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.
- Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.
- Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet. Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten
- Utreder avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.
- Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.
- Minst en gång årligen utföra lokal kontroll/verifiering.

HSL-samordnande sjuksköterska Desiree Nilsson

Verksamhetschefen har överlåtit enskilda ledningsuppgifter enligt 4 kap 4-5 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) till en samordnande sjuksköterska som ansvarar för:

- Att se till att medicinskt ansvarig sjuksköterskas riktlinjer följs, tillsammans med verksamhetschef se till att det finns ett kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.
- Vara sakkunnig i medicinska frågor
- Medverka vid besök från tillsynsmyndigheter
- Utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd
- Utse ansvarig sjuksköterska för kontroll av narkotikaklassade preparat
- Delta i kvalitetsmöten som sakkunnig i hälso- och sjukvårdsfrågor
- Utarbeta lokala rutiner för hälso- och sjukvården
- Samverka med verksamhetschef runt behov av kvalitetsutveckling
- Att samordna arbetsuppgifter i sjuksköterskegruppen och ingår även i den ordinarie sjuksköterskebemanningen

- Systematisk egenkontroll för säker läkemedelshantering
- Årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Sjuksköterska

Inom sjuksköterskans ansvarsområde ligger att göra bedömningar av brukarnas tillstånd i förebyggande syfte och när så behövs. Det är sjuksköterskans ansvar att utföra de behandlingar som läkaren ordinerat och som faller inom ramen för sjuksköterskans kompetens.

Sjuksköterskan har ansvar att utifrån brukarens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens samt bästa tillgängliga kunskap.

Sjuksköterskan utvärderar även teamets insatser och verkar för att bedriva brukarfokuserad omvårdnad på ett patientsäkert, kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt.

Sjuksköterskan är ansvarig för att följa lokala rutiner samt MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård.

Förutom det som nämns ovan ska sjuksköterska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- Risk- och avvikelshantering.
- Uppföljning av mål och resultat.
- Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
- Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Sjuksköterskor är fördelade omvårdnadsansvar på olika avdelningar. Kullen har bemannat med sjuksköterskor på plats dygnet runt, året runt.

Fysioterapeut och Arbetsterapeut

Rehabpersonal som fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att främja ett rehabiliterande arbetssätt. Ett rehabiliterande arbetssätt är det som stöder den äldres funktionsförmåga och syftar till att utföra arbete på ett sådant sätt att personalen inte tar över de förmågor som den enskilde har, utan tillvaratar personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagssituationer. Den utförs av all personal.

Ett generellt arbetssätt ska benämnas hälsofrämjande, för att inte förväxlas med specifik rehabilitering.

Specifik rehabilitering innebär riktad bedömning, träning och utbildning som utförs av bland annat arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Insatserna är tidsbegränsade och målinriktade, de kan inte ersättas av ett generellt ständigt pågående arbetssätt.

Förutom det som nämns ovan ska rehabpersonal kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- Risk- och avvikelshantering.
- Uppföljning av mål och resultat.
- Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
- Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Fysioterapeut finns på 60 % och arbetsterapeut på 90% dagtid för hela Kullen. (2021)

Kvalitetssamordnare

Kvalitetssamordnare har kunskap om det lokala kvalitetsarbetet, Attendos kvalitetssystem (Add), hur man arbetar med statistik, protokoll och samordnar det månatliga kvalitetsmötet. Kvalitetssamordnaren sammankallar till kvalitetsmötet där bland annat HSL avvikelser analyseras på verksamhetsnivå.

Omsorgspersonal/Icke legitimerad yrkesutövare

Ansvarar för det praktiska arbetet kopplat till vård och omsorg för brukarna på respektive våningsplan i samarbete med sjuksköterska.

Alla medarbetare har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål, som sedan utreds av verksamhetschefen på respektive verksamhet.

Medarbetare ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att rapportera och delta i:

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder samt följa verksamhetens rutiner.
- Risk- och avvikelshantering vilket innebär att medarbetarna ska rapportera avvikelser och missförhållande/risk för missförhållanden samt ha kunskap om verksamhetens lokala rutiner för detta.
- Omvårdnadspersonalen ska ha relevant kunskap om gällande riktlinjer om livsmedelshygien, basal vårdhygien samt ha kompetens hur maten håller en hög kvalitet och säkerhet och anpassas efter de äldres egna behov, vanor och önskemål.
- Icke legitimerade yrkesutövare är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade arbetsuppgifter.
- Utför arbete enligt skriftlig delegering.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Kullen har sjuksköterskor dygnet runt, året runt. Capio Legevisitten har läkaransvaret och patientansvarig läkare kommer till Kullen och har rond en gång per vecka och finns tillgänglig via telefon vardagar mellan 08:00-17:00. Resterande tid av dygnet och helger är det Capio Legevisittens säbojour som har läkaransvaret.

Samverkan sker regelbundet med kommunens MAS (var fjärde vecka) och Attendos MAS vid behov. Möte med Capio Legevisitten har varit en gång per år och vid behov. Under 2021 har flera möten skett på digitala mötesforum.

Folktandvården är upphandlad tandläkarorganisation med uppdrag att utföra nödvändig tandvård och tandhygienistbehandlingar. Folktandvårdens mobila team och verksamhetschef på Kullen har regelbunden kontakt.

Fotvårdsspecialist har sin lokal på Kullen och finns tillgänglig dagtid. Samverkan med verksamhetschef minst 2 gånger per år.

Legitimerad medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner

och ordinationer. Regelbundna teammöten hålls på varje avdelning med OAS, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och fysioterapeut. Eventuella fall och medicinska avvikelser tar upp under dessa möten.

Kullen samverkar också internt i olika ombudsfunktioner med alla yrkeskategorier kontinuerligt. På varje avdelning finns:

Kvalitetsombud

Hygienombud

Palliativt ombud

Kostombud

Inkontinensombud

Nära-ombud

Dokumentationsstödjare

Brand-och miljöombud

Dessa ombud har som ansvar att bevaka sitt område, informera sina kollegor om nya rön/nyheter samt kommunicera och rapportera till verksamhetschef.

Sjuksköterskorna har varannan vecka HSL-möte tillsammans med rehab-gruppen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

På Kullen använder varje medarbetare personlig inloggning i datorn för att komma i först systemet. Sedan går man in i nästa system med ny inloggning för att kunna dokumentera och journalföra. Varje medarbetare har endast tillgång till de patientjournaler som dem arbetar med. Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar med alla boende på huset och har därför tillgång att dokumentera i alla boendes journaler. När boende flyttar ut från Kullen av en eller annan orsak inaktiveras journalen av HSL-ansvarig sjuksköterska och stänger därmed tillgången journalen. I övriga system som sjuksköterskorna arbetar kring är Palliativa registret, Senior Alert, Symfoni och Pascal loggar man in med sitt personliga SITHS-kort

Biträdande verksamhetschef går in minst en gång per månad och utför loggkontroll av journalsystemet. Behovs- och riskanalys för tilldelning av behörigheter i journalsystem sker i samband med nyanställning eller vid behov. Personal ges bara behörighet till den avdelning man arbetar på och alla har sin egen inloggning för att kunna spåras i journalsystemet.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ej relevant för verksamheten.

En god säkerhetskultur

Kommunikation är en viktig faktor i säkerhetskulturen och på Kullen sker den genom rapportering mellan tjänstgörande personal i samband med passbyte. Avvikelse skrivs flitigt på Kullen och eventuella risker fångas således upp omgående. I kombination med tät mötesstruktur bidrar detta till att säkra upp sådant som annars riskerar falla mellan stolarna. På Kullen hålls HSL-möte varannan vecka, TEAM-möten på varje avdelning varannan vecka, avdelningsmöten varannan månad eller oftare vid behov. I kombination håller kvalitetsgruppen möte varje månad och respektive ombudsgrupp var annan månad (nytt för 2022). Gällande lärande och reflektion finns möjlighet att frigöra tid till detta i samband med ordinarie mötestid.



Vad beträffar bemanningsplaneringen på Kullen är beslutsvägarna korta. Tjänstgörande sjuksköterska gör en bedömning tillsammans med vårdpersonal och samordnare gällande behovet av utökad bemanning. Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef finns med i dialogen oavsett fysiskt på plats eller inte.

På Kullen hanteras samtliga inlämnade synpunkter och klagomål omgående av verksamhetschef. Ärendet/händelsen undersöks, åtgärd sätts in och återkoppling sker inom ett dygn. I lärande syfte och reflektion kan dessa även tas upp vid APT om verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef finner det lämpligt.

Adekvat kunskap och kompetens

Varje år utformar ledningen en kompetensutvecklingsplan som verkar till att säkerställa att personal har adekvat kunskap och kompetens. Dels har Attendo genom utbildningssystemet Attendo Talents ett brett webutbildningssystem som all personal har tillgång till. I det årliga medarbetarsamtalet diskuterar medarbetare och verksamhetschef om det finns behov och intresse för kompetensutveckling. Denna möjlighet ges regelbundet till samtlig personal. Under 2021 påbörjade två vårdbiträden utbildning till undersköterska.



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Läkemedelsgenomgång sker en gång/år med patient/brukare, patientansvarig läkare, sjuksköterska och kontaktperson. Om patient/brukare samtycker inbjuds närstående att delta, antingen på plats eller via telefon eller digitalt mötesforum.

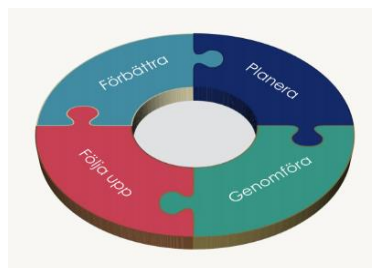


När en vårdskada eller risk för vårdskada uppstår informeras patient/brukare och om denne medger, även närstående. Vid uppstått behov bjuds patient/brukare och närstående in för diskussion och framtida planering.

För att anhöriga ska kunna vara mera delaktiga har Attendo Nära implementerats, en mobil applikation där anhöriga kan ta del av bilder och aktuella händelser från den boendes vardag.

Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §



Kullen har haft uppföljning både externt och internt och utifrån resultat och analys har handlingsplaner skapats.

Egenkontroll görs årligen vilket innebär att ledningsgruppen tillsammans med alla yrkeskategorier besvarar frågor som Attendos kvalitetsutvecklare har skapat kring verksamhetens kvalitetsarbete.

Årlig apoteksgranskning utfördes. En åtgärdsbedömning lämnades med tips och rekommendationer för att göra läkemedelshanteringen säkrare och för att användas i det fortsatta kvalitetsarbetet. Åtgärdsplan går igenom på HSL-möte och uppföljning sker enligt uppgjord tidsplan.

Attendos egenkontroll av hygien genomfördes på alla avdelningar. Det genomsnittliga resultatet blev 81,25%. Resultatet redovisades på hygienmöte där varje avdelnings hygienombud deltog och är ansvariga att åtgärdsplanerna utförs och att rutiner efterföljs.

Punktprevalensmätning i basala hygienrutiner och korrekt arbetsdräkt utfördes vecka 11-12

Journalgranskning av samtliga HSL-journaler utfördes av kvalitetssamordnare, se under granskning av dokumentation.

All personal har fått visa upp intyg på att de gjort webbutbildning i basala hygienrutiner, en gång under våren och även under december månad.

Socialstyrelsen har under 2021 inte gjort något brukarundersökning.

För att förhindra smittspridning av Covid-19 har Attendos och smittskydd Stockholms rutiner följts. Rekommenderad skyddsutrustning har funnits att tillgå.

Fallavvikelser tas upp på kvalitetsmöten. Vid återkommande fall hos en och samma boende görs en fallkonferens i teamet där man söker anledningar till att det blivit fler fall. Det upprättas en åtgärdsplan för att minska risken för återkommande fall. Uppföljning görs i team

där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal ingår. Sjukgymnast och arbetsterapeut informeras om alla fall som sker och gör uppföljningar så snart som möjligt och dokumenterar om åtgärder och uppföljningar i hälsoplan för fall. Om det finns fallförebyggande åtgärder som kan vidtas för att undvika ytterligare fall så görs de snarast, typ rörelselarm med olika placeringar, bättre skor, tillsyn, hjälpmedel mm. Alla sjuksköterskor ska kunna hantera larmcentralen för att patienten/brukaren snabbare ska få ett adekvat larm utifrån nytillkomna behov. I vissa fall har fallen en medicinsk orsak som tex läkemedelsbehandling eller sjukdomstillstånd då läkare kopplas in för åtgärd.

Varannan vecka är det HSL-möte i verksamheten i syfte att bedriva optimalt patientsäkerhetsarbete.

Planeringen för omvårdnadsarbetet läggs in i Epsilon, en mobilapplikation. Där synliggörs det vilka patienter som har läkemedel och vid vilka tidpunkter och att de ska signeras. Signering sker dock separat på signeringslistor.

Kullens två värderingscoacher har under året använt sina kunskaper i att vägleda och stötta sina kollegor i arbetet med syfte att skapa ett ökat välbefinnande hos brukarna/patienterna. På varje arbetsplatsträff finns en stående punkt ”värderingar” där förhållningssätt och attityder tas upp.

Samtliga ordinarie omvårdnadspersonal har under året genomgått utbildning i Basala Hygienrutiner samt haft möjlighet att göra webutbildningar i dokumentation, GDPR, IBIC, livsmedelshygien, och måltidsmiljö.

Två sjuksköterskor har påbörjat uppdragsutbildning inom avancerad palliativ vård i hemmet.

Två omvårdnadspersonal har påbörjat undersköterskeutbildningen

Vid behov används BPSD-registret. Bedömningar görs då i tvärprofessionella team bestående av de personal som känner boende bäst.

Palliativa ombuden har endast haft en fysisk träff under året på grund av personalbrist och mötesrestriktioner, men via palliativt kunskapscenter, PKC, har digitala utbildningstillfällen genomförts.

Väntade dödsfall registreras i palliativa registret där statistik över olika kvalitetsindikatorer kan tas fram. Under 2021 har 25 förväntade dödsfall registrerats och varit grunden för årets statistik. 84 % av patienterna smärtskattades med validerat instrument den sista levnadsveckan, 72 % hade en dokumenterad munhälsobedömning och 76 % hade ett dokumenterat brytpunktsamtal. Förbättringen jämfört med 2020 är markant men målet att nå palliativa registrets uppsatta mål är inte uppfyllt.

Som en del av palliativa registrets målsättningar finns att erbjuda anhöriga efterlevandesamtal. Årets resultat, 76,9% är en förbättring mot 2020 men målet på 100 % är inte uppfyllt.

Natt och dygnsfasta mäts 2 gånger per år. Ett mål för 2021 var att minska ofrivillig nattfasta hos patienter till att 60% har en kortare nattfasta än 11 timmar. Resultatet i december visar på 51% patienter med nattfasta över 11 timmar. I de fall den ofrivilliga nattfastan överstiger 11 timmar ska det hos alla boende, 100%, finnas en dokumenterad plan för att minska fastan, inte heller detta mål har uppfyllts, då dokumenterad plan saknas i 37,5%.

Antalet missade läkemedelssigneringar har under 2021 minskat med 22,7% jämfört med 2020.

Målet att minska antalet fall 10% med hjälp av fallpreventivt arbete uppnåddes, fallen minskade med 30% jämfört med 2020.

Granskning av dokumentationen

Journalssystemet Safe-doc används av all personal på enheten. Beroende på personaltillhörighet dokumenteras det enligt Hälso- och sjukvårdslagen eller enligt Socialtjänstlagen. HSL-personal dokumenterar enligt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Verksamhetschef/biträdande verksamhetschef granskar journal var tredje månad, identifierar brister och tar kontakt med berörd personal.

Resultat i journalgranskningen som utförs årligen av kvalitetssamordnare i Attendo visade på en väl utförd HSL-dokumentation, resultatet blev godkänt med 97 % och det enda förbättringsområde är att bli ännu bättre på att dokumentera "Åtgärd" och "Resultat" i hälsostatusanteckningar. För att nå detta resultat har tid avsatts för omvårdnadsansvariga sjuksköterskor att se över dokumentationen. Efter 2020 års granskningen gjordes en åtgärdsplan och journalerna har kompletterats. På HSL-möten har dokumentationen diskuterats för att dokumentationen ska ske likvärdigt.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/ händelser. Den medarbetare och sjuksköterska/ fysioterapeut/ arbetsterapeut som tar emot händelserapporten ansvarar att det dokumenteras i SoL- respektive HSL-journalen.

Avvikelse/ händelse skall skrivas i Attendo ADD. När avvikelser/händelser är rapporterade i systemet skickas den omgående elektroniskt till verksamhetschefen som granskar rapporten, och sedan kontakter, om aktuellt, den personal det berör som påbörjar en utredning om vad som har hänt och planerar åtgärder som redovisas på kvalitetsmöte som sker månadsvis och går igenom alla händelser på verksamhetsnivå. Kvalitetsmöten genomförs varje månad och fokus ligger inte på enskilda händelser utan mer på att identifiera risker och hitta nya arbetsätt och rutiner. Respektive kvalitetsombud rapporterar och informerar sedan sin arbetsgrupp om innehållet på kvalitetsmötet. Resultatet av åtgärderna följs upp månaden efter på nästa kvalitetsmöte. Samtliga avvikelser / händelser, åtgärder och uppföljning dokumenteras i ett kvalitetsmötesprotokoll.



Statistik avvikelser Kullen:

Läkemedelavvikelse	2021	2020	2019
Läkemedelavvikelse	20	26	55
Missade signeringar	440	569	618

MTP avvikelser	2021	2020	2019
MTP avvikelser	0	1	3

Omvårdnad	2021	2020	2019
Omvårdnad	10	19	29

Fallavvikelser	2021	2020	2019
Fall	147	209	102
Fall med fraktur	2	1	3

Medicinska avvikelser och fallavvikelse med skada eller sår skrivs ut från Attendo ADD och skickas till kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

Varje månad mäter man antal missade signeringar i varje enskild patients signeringslista för att se vem/vilka som inte signerar och dess orsak. Resultatet presenteras på kvalitetsmöte och vid siffror som icke är acceptabla tas det upp med berörd personal direkt och ibland på respektive avdelning i samband med teammöte, avdelningsmöte och/eller nattmöte.

Fortlöpande kontroll av dokumentationen utförs av biträdande verksamhetschef. Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, munhälsa och trycksår. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas dock minst två gånger/år. Sjuksköterskorna dokumenterar i Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister.

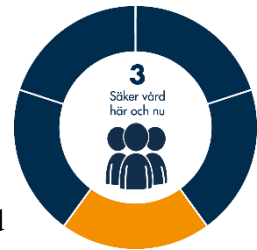
Tillförlitliga och säkra system och processer

Samtlig personal ska årligen göra en webbaserad utbildning i basala hygienrutiner. Detta sker i Attendos eget webbutbildningssystem Attendo Talents. Där sparas även resultatet digitalt. Punktprevelensmätning i basala hygienrutiner och klädregler görs, där resultatet dels tas upp på arbetsplatsträffar, men även direkt vid observerade avvikelser. Läkemedelsgenomgång görs en gång per år.



Riskbedömningar, Norton, MNA, ROAG görs regelbundet.

Säker vård här och nu



Under året har det i och med pandemin varit fler vikarier som arbetat då ordinarie personal till större del varit sjukskrivna (eller hemma pga rådande karensregler), vilket bidrar till lägre personalkontinuitet, med samtidigt har det till stor del varit samma vikarier som arbetat, även inhyrd personal har varit ett fåtal personer som arbetat flera pass. När personaltätheten varit lägre, och under de perioder i början på året som patienter smittades av Covid-19 och huvudarbetet lades på att minska smittspridning på och mellan avdelningar hade det övriga vårdpreventiva arbetet inte samma prioritet. När vaccinering mot Covid-19 var gjord och smittan minskade i samhället har arbetet kunnat gå mot det normala.

Riskhantering

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

Riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en risk. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

I avvikelssystemet Attendo Add ingår riskbedömning som del av varje avvikelse. Skattning av allvarlighetsgrad och sannolikheten att händelsen upprepas görs av rapportören och den som följer upp.

Kvalitetsgruppen träffas varje månad och arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. På arbetsplatsträff har riskanalys gått igenom. Risk och händelseanalyser rapporteras in till företagets kvalitetsavdelning kvartalsvis.

En riskanalys görs exempelvis

- Om en återkommande iakttagelse av en risk eller mindre allvarliga händelser i en specifik situation.
- Vid organisationsförändringar.
- Vid bedömning av åtgärdsförslag i en händelseanalys.

Riskanalyser gjorda under 2021:

- Ej kvitterade larm
- Ökad smittorisk av covid/förkylningar vid större gruppaktivitet
- Ökad smittorisk/ ovaccinerad personal

Stärka analys, lärande och utveckling

Journalgranskningen som sker en gång per år gör att all personal blir medvetna om vad som krävs för att ha en tillfredställande dokumentation, och säkerställer att viktiga uppgifter dokumenteras på ett korrekt sätt.



Genom att arbeta med olika kvalitetsregister, som Senior alert och regelbundet och systematiskt göra uppföljningar uppmärksammas tex risk för vårdskador i form av trycksår och fallskador.

BPSD-registret används som ett hjälpmedel i omvårdnaden och gör det tydligt vilka insatser som är till gagn för patienten.

Palliativa registret visar på hur vi ska arbeta med palliativa patienter och resultatet är en mätbar variabel för hur vi kan bli bättre. Statistiken tas regelbundet upp på HSL-möten.

Avvikelser/Händelserrapporter

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

En händelserapport skall fyllas i när något avviker från planerade insatser eller rutiner. Oftast är händelserna knutna till någon brukare t.ex. att brukaren inte fått sina mediciner, har ramlat, vid hot och våldssituationer, vid synpunkter och klagomål samt fel och brister.

Händelsen rapporteras omedelbart muntligen till tjänstgörande sjuksköterska som ska göra en första bedömning.

Händelser knutna till brukaren ska, förutom händelserapporten, dokumenteras i brukarens omvårdnadsjournal och den sociala dokumentationen. Samtliga händelser ska ha individuella åtgärder.

Den som upptäcker händelsen ansvarar för att rapporten skrivs in i Add, Attendos digitala kvalitetssystem. All personal som arbetar på enheten har tillgång till att rapportera händelser i avvikelssystemet.

Om det uppstår **en allvarlig eller särskild händelse** ska denna hanteras skyndsamt. Informera alltid verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef om händelsen omgående. Exempel på allvarlig händelse:

1. En avvikelse enligt Hälso- och sjukvårdslagen HSL som kan bli en Lex Maria.
2. Ett allvarligt missförhållande i omvårdnaden som ska utredas enligt Lex Sarah.
3. En allvarlig hot- och våldssituation.
4. Ett allvarligt klagomål.

Verksamhetschefen bedömer allvarlighetsgraden och meddelar berörd medarbetare eller delegerar vidare för åtgärd. Vid allvarlig händelse kontaktar verksamhetschef Attendos MAS, regionschef, Ekerö kommuns MAS och HSL-samordnande sjuksköterska på Kullen. En utredning startas. Om MAS och regionchefen anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarligare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör en utsedd utomstående utredare denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om avvikelserna ska anmälas enligt lex Maria.

Händelseanalys och dess resultat skickas till kommunens och Attendos MAS. Delges även till medarbetare på nästkommande arbetsplatsmöte. Återkoppling sker till berörda. Varje månad jämförs med föregående månad och om något avviker görs en analys av orsak samt en åtgärdsplan. Varje halvår sammanställer verksamhetschefen händelserna.

Inga Lex Maria har inkommit under 2021.

Klagomål och synpunkter

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

För att kunna utveckla verksamheten är det viktigt att ta till vara på de synpunkter som boende och närstående framför. Blanketten ”vi vill bli bättre” finns i varje boendes välkomstmateriel. Verksamhetschefens och biträdande verksamhetschefens telefonnummer finns även med. Kullen har en transparent verksamhet och arbetar skyndsamt med att åtgärda och följa upp eventuella synpunkter och klagomål. All personal får regelbundet information om ämnet på arbetsplatsträffarna. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.

Återkoppling ska alltid ske snarast till berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta omedelbart till överordnad chef, MAS för vidare utredning/ bedömning.



Inga allvarliga klagomål har lämnats under 2021

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kompetensutveckling sker löpande, under året kommer två sjuksköterskor avsluta sin uppdragsutbildning inom avancerad palliativ vård, två vårdbiträden studerar och arbetar parallellt för att bli undersköterskor. Attendo har flera webbaserade utbildningar som är obligatorisk för all personal. Palliativa teamet kompetensutvecklas genom att delta i utbildningar som palliativt kunskapscentrum (PKC) erbjuder.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR för Hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år.

Flera mål från tidigare år är förbättrade men inte uppfyllda, de kvarstår därför även 2022.

Att nå palliativa registrets uppsatta mål vid förväntat dödsfall, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och 90 % ska ha en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal, detta nås genom samverkan mellan sjuksköterskan och läkaren, men det är läkaren som ansvarar för att det görs. Palliativa ombuden ska kunna återuppta sina träffar och fortsätta att arbeta med mål att få all personal att använda smärtskattningsinstrument. Tas upp regelbundet på HSL-möten för att påminna alla vikten av dokumenterade bedömningar.

Som en del av palliativa registrets målsättningar finns att erbjuda anhöriga efterlevandesamtal. Detta finns numera som en punkt i checklistan som ifylles av sjuksköterska när boende avlidit. HSL-samordnande sjuksköterska granskar dokumentationen och påminner OAS om det saknas dokumenterat erbjudande. Målet är att alla anhöriga, 100% ska erbjudas efterlevandesamtal.

Fortsätta arbetet med att minska antalet missade läkemedelssigneringar. Då omvårdnadsansvarig sjuksköterska sammanställer antalet missade signeringar varje månad tas kontakt med samordnare som i Epsilon kan se vilken personal som inte har signerat och sjuksköterskan kan utbilda aktuell personal i vikten att signera. När sjuksköterskan lämnar ut läkemedel görs kontroll av signeringslistan, och kan då snabbare identifiera brister i signeringen. Vikten av att signeringen sker korrekt tas regelbundet upp på avdelningsmöten, och i samband med delegering.

Minska ofrivillig nattfasta hos boende till att 60% har en kortare nattfasta än 11 timmar. Kostombud på varje avdelning ser till att det finns näringsriktiga shots/smoothies att erbjuda innan natten i samband med kväll/nattmedicin. De patienter som har en risk för lång nattfasta identifieras på avdelningsmöten, med hjälp av registreringarna som gjorts, för att se om det går att påverka tiderna för första respektive sista mål. I de fall den ofrivilliga nattfastan överstiger 11 timmar ska det hos alla boende, 100%, finnas en dokumenterad plan för att minska fastan.

Nytt mål för 2022 är att säkerställa att hanteringen av läkemedel sker på ett patientsäkert sätt. Målet är att vid kommande apoteksgranskning ska läkemedelshanteringen bedömas som säker och vid stickproven i boendes läkemedelsskåp ska det endast finnas ordinerade och aktuella läkemedel. För att uppnå detta planeras regelbundna läkemedelsleveranser om och möjliggör till högre bemanningsgrad av sjuksköterskor när läkemedel ska delas ut så att kontroller kan göras enligt rutin. Uppföljning och utvärdering av åtgärderna tas upp kontinuerligt på HSL-möte för att säkerställa att rutinen följs.