



Patientsäkerhetsberättelse

2019 Björkgårdens äldreboende

20200124 Rina Karlsson & Annalisa Andersson

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
INNEHÅLL	2
Sammanfattning	4
Ansvar och Omsorg AB bedriver vård och omsorg i särskilt boende. De personer som bor på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen [SoL] och de flesta insatser är enligt SoL. Ansvar och Omsorg är angelägna om att alla verksamheter ska hålla en hög kvalitet på samtliga plan och i varje sektor. Samtliga medarbetare i verksamheten ska vara medvetna om verksamhetens inriktning och övergripande mål. På samtliga verksamheter inom Ansvar och Omsorg upprättas en patientsäkerhets - och kvalitetsberättelse.....	5
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Uppfyllelse gällande lagstiftning enligt SoL.....	6
Bästa vårdgivaren i Sverige.....	6
Arbeta aktivt med det systematiskt kvalitetsarbetet	7
Leva upp till gällande lagstiftning i HSL och PSL.....	8
Organisation och ansvar	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Patienters och närståendes delaktighet.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Egenkontroll.....	13
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	14
Personal/ Introduktion nyanställda	16
Riskanalys	16
Utredning av händelser – vårdskador.....	17
Informationssäkerhet.....	17
RESULTAT OCH ANALYS	17
Egenkontroll.....	17
Avvikelser	18
Klagomål och synpunkter.....	19
Händelser och vårdskador	19
Mål och strategier för kommande år	20

Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett gott arbete efter de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2019.

Vårt mål är en trygg och säker vård, med hög kvalitet där boenden känner trygghet och delaktighet samt individanpassad vård med ett rehabiliterande förhållningssätt.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Fortsatt förbättringsarbete med dokumentation i HSL och SoL
- Möten med ombud
- Avvikelsehantering utredning, åtgärd
- Registrering i kvalitetsregister
- Analys av synpunkter och klagomål
- Ökad kompetens hos omvårdnadspersonal [OVP] genom handledning och via utbildning
- Paramedicin har utbildat anhöriga samt OVP i ett rehabiliterande förhållningssätt

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka kvalitén i verksamheten

- Protokollförda möten varje månad
- Kvalitetsråd varje månad
- Registrering i kvalitetsregister
- Avvikelsehantering
- Övergripande möten samt ombudsmöten

De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Samtliga boenden har en uppdaterad genomförande plan enligt rutin
- Tidig upptäckt av risk för fall
- Minskade läkemedelsavvikelser
- Ökad delaktighet hos boende

En blick framåt

Under 2020 kommer fokus att ligga på god och säker palliativ vård.

Omvårdnadspersonalen kommer att fortsätta driva arbetet med rehabiliterande förhållningssätt framåt.

Inledning

Ansvar och Omsorg AB bedriver vård och omsorg i särskilt boende. De personer som bor på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen [SoL] och de flesta insatser är enligt SoL. Ansvar och Omsorg är angelägna om att alla verksamheter ska hålla en hög kvalitet på samtliga plan och i varje sektor. Samtliga medarbetare i verksamheten ska vara medvetna om verksamhetens inriktning och övergripande mål. På samtliga verksamheter inom Ansvar och Omsorg upprättas en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Björkgårdens äldreboende drivs på uppdrag av Nyköpings kommun.

Björkgården har 29 rum varav 4 st på nedre plan är tänkta som parboende. Uppdelningen är 11 stycken säbo platser avdelning Svalan, 11 stycken säbo platser avdelning Sädesärlan samt demensavdelningen på 7 platser, avdelning Duvan. Alla lägenheter varierar i storlek och form.

Vi har ett eget kök där maten lagas från grunden och serveras i ljus och luftig matsal där vi även har en öppen spis att samlas omkring.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Enligt Ansvar och Omsorg, samt gällande rutiner och riktlinjer ska alla boende registreras i Senior Alert, BPSD och Palliativa registret. Om boende avböjer deltagande i kvalitetsregister så ska arbetsmetoden vara densamma för att säkerställa kvaliteten och upptäcka eventuella risker.

På Björkgården hålls kvalitetsråd varje månad tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal. Där lyfts de delar i enkätundersökningen, socialstyrelsens brukarundersökning som påvisar utvecklingsbehov för verksamheten. Även alla avvikelser från föregående månad lyfts och diskuteras.

Nedan följer övergripande mål och strategier i en schematisk översikt:

Uppfyllelse gällande lagstiftning enligt SoL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<p>Revidera alla genomförandeplaner 2 gånger per år. Alla genomförandeplaner för boende ska revideras minst 2 gånger per år. För uppnått mål ska 100 % vara reviderade.</p>	<p>Revidering sker 2 gånger /år eller vid behov OVP har goda kunskaper i dokumentation får även stöd av dokumentationsombud.</p>
<p>Journalanteckningar minst en gång per vecka Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka (vecko-anteckning)</p>	<p>Arbetar aktivt med checklistan som hjälp, personalen har minst en journalanteckning i veckan.</p>
<p>100 % av personalen ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen under året. Alla medarbetare ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen. Det ska vara med vid lönesättning inför nästkommande år.</p>	<p>Samtliga medarbetare har anteckningar i den sociala dokumentationen. Här har vi checklista till hjälp för att nå våra mål.</p>

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<p>Vi reviderar genomförandeplaner två gånger om året</p>	<p>Pågående arbete med genomförandeplaner vi har en checklista till hjälp.</p>
<p>En anteckning per vecka</p>	<p>Vi använder en checklista som lämnas in till enhetschef en gång i månaden, tas även upp på medarbetarsamtal.</p>
<p>Dokumentation stående punkt på APT</p>	<p>Vi kommer att arbeta vidare med denna punkt 2020</p>
<p>Medarbetarsamtal</p>	<p>Samtliga medarbetare har haft medarbetarsamtal där SSK även har varit delaktig</p>

Bästa vårdgivaren i Sverige

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<p>Minst 85 % nöjdhet i Socialstyrelsens öppna jämförelser</p>	<p>Enligt socialstyrelsens öppna jämförelser uppnår vi över lag 85% vi fortsätter arbeta punkterna med mindre nöjdhet under 2020</p>
<p>Boende ska ha inflytande och känna delaktighet över hur stöd och hjälp utformas Boende ska ges inflytande över sin vardag och det stöd och hjälp som de får. Delaktighet kring genomförandeplaner och den dagliga verksamheten ska ökas.</p>	<p>Upplevelsen är att boenden har inflytande och delaktighet vilket också framgår av genomförandeplan samt boenderåd.</p>

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<p>2 anhörigrträffar maj och november</p>	<p>Hög närvaro från anhöriga. På den i maj var paramedicin inbjudna och pratade rehabiliterandeförhållningsätt. I november fick anhöriga ta del av brukarundersökningen samt en julmarknad.</p>
<p>Boenderåd</p>	<p>Vi har boenderåd 4ggr/år</p>
<p>Genomförandeplaner</p>	<p>Alla genomförandeplaner är uppdaterade. Fort-</p>

Aktiviteter	Analys/beskrivning
	löpande mål till framtiden är en mer detaljerad genomförande plan som även kommer att lyftas på APT
Kontaktman etableras vid inflyttning	Kontaktmannaskapet fungera väl och vid behov får kontaktman stöd av EC.

Arbeta aktivt med det systematiskt kvalitetsarbetet

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningar För att förbättra planeringen av omvårdnaden på avdelningsnivå ska alla avdelningar ha infört och arbeta med dagplaneringsmallar.	Dagplanering finns och fungerar som ett stöd i verksamheten uppdateras av dagplaneringsombud
De boende ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Våra boende har varit delaktiga i det arbete via boendeenkät och boenderåd.
Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Personal har varit delaktiga i det arbete via arbetsplatsträffar, ombudsfunktionsträffar, kvalitetsråd, medarbetarsamtal mm.
Omsorgsmåltid Startar hösten 2019 fortsatt 2020	Förbättra måltidssituation med ökat socialt samspel med boende och OVP. Förbättring har setts då boenden äter bättre samt sitter kvar i lugn och ro, vi kommer arbeta vidare under 2020.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
Upprätta dagplanering	Dagplanerings ombud ansvariga stöd ges av Ec vid behov.
Boenderåd	Boenderåd hade vi under feb, maj, aug och nov. Våra boende fick möjlighet att uttala sig om maten, aktiviteter, utevistelse mm. Vi har fått många idéer och förbättringsförslag som vi tar till oss. Exempelvis: köp flera spel, rita och måla oftare
Dagplanering	En välfungerande dagplanering finns och är ett stort stöd för OVP
Kvalitetsråd	Kvalitetsråd sker kontinuerligt enligt rutin där tas avvikelser samt andra förbättringsåtgärder upp.
APT	Vi har APT en gång i månaden.
Ombudsmöten	Vi följer A&O planering för ombudsmöten
Kvalitetsarbete stående punkt på APT	Pågående arbete. Vi diskuterar, förbättrar och skapar nya rutiner. Vi diskuterar alla avvikelser och klagomål/synpunkter på våra APT.
Kostombudsmöten	Under 2019 hade vi två kostombudsmöten. Under mötena diskuterade vi näringsinnehåll, budget, boendes önskemål och synpunkter, nattfasta mm Vår verksamhet anpassar måltider efter årshögtiderna.
Aktivitetsombudsmöten	Aktivitetsombudsmöten sker enligt A&O pla-

Aktiviteter	Analys/beskrivning
	nering
Palliativt ombudsmöten	Möten enligt planering, vi har skapat en enkel efterlevandeenkät som är uppskattad och fungerar väl. Vi har även som mål att samtlig OVP ska genomgå palliativ utbildningen.
Larmombudsmöten	Sker enligt plan samt inför upphandling från Nyköpingskommun
Brandombudsmöten	Sker enligt planering.
Hygienombudsmöten	Under möten diskuterade vi hygienrutiner och vi utbyter erfarenheter kring hygienhantering. Vi har gjort självskattningar samt hygienobservationer
Inkontinensombudsmöten	Möten hålls enligt planering. Satsning till 2020 ligger är alla ska ha en individanpassad inkontinensplan.
Dokumentationsombudsmöten	Dokumentationsombuden ser skillnad mellan SoL och HSL och stöttning sker vid behov
Miljöombudsmöten	Vi diskuterade under möten hur viktigt det är att sortera avfall på rätt sätt. Vi poängterade vikten av att använda energisparande redskap.
Anhörigombudsmöten	Anhörigmöten hålls enligt planering.
Kvalitetsråd	Kvalitetsråd fungerade väl från maj månad 2019.
Skyddskommitté	I skyddskommittén diskuteras vår arbetsmiljö. Vi har också diskuterat våra rutiner och riktlinjer. Några förbättringsåtgärder har framkommit för att öka trivsel och säkerhet på vår arbetsplats.
Lokal ledningsgrupp	Fungerar bra. Vi har möte varje månad. Under mötena diskuterats olika viktiga frågor som dykt upp under månaden. Det kan vara nya rutiner, sjukfrånvaro, arbetsmiljö, förbättringsarbete, kvalitetssäkring, scheman mm.
Anhörigmöten	Under året har vi haft två anhöriga möten. Vid möten framkom att närstående är nöjd med sin anhöriges vård och boende.
Omsorgsmåltid	Vid en omsorgsmåltid deltar personalen aktivt vid måltiden för att utföra individ anpassat måltidsstöd utifrån livsmedelsverket rekommendationer. Vi ser en förbättring av måltidssituationen.
Kvalitetsråd	Har fungerat väl från maj månad där fler förslag om att minska läkemedelsavvikelser framkom och även genomförts med gott resultat.

Leva upp till gällande lagstiftning i HSL och PSL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Aktivt arbete i kvalitetsregister	Vi arbetar aktivt i senior Alert, palliativregistret samt BPSD, utveckling har skett under 2019

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Upprätta vårdplaner	Vid ett problem eller behov upprättas alltid en vårdplan. I vårdplanen beskrivs problemet, åtgärder och uppföljningar.
Hälsokonferens	Syftet med hälsokonferenser är att följa upp boendes behov och mående.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
Vårdplan	Alla boende har minst tre vårdplaner.
Hälsokonferens	Vi har det varje fredag tillsammans med paramedicin där vi systematiskt går igenom alla boenden

Det system vi använder oss av vid kvalitetsarbetet egenkontroll och uppföljning kallas A&O- modellen och bygger bland annat på SOSFS 2011:9. Tydliga riktlinjer finns för planering, genomförande, uppföljning och förbättring samt ansvar och tidsramar. Alla verksamheter arbetar lokalt med bland annat rutiner, kvalitetsråd och egenkontroller. En gång om året sker den interna kvalitetsrevisionen med internrevisorer från företaget som granskar alla aspekter av verksamheten.

Björkgården har under 2019 bibehållit hög nöjdhetsgrad, utifrån det kommer vi arbeta vidare med delaktighet, inflytande och välskrivna genomförandeplaner samt enhetens framtagna verksamhetsmål.

Vi har ett välfungerande arbete med BPSD registret och Palliativregistret. Målet är att samtliga boenden ska vara registrerade i Senior Alert och att aktuella åtgärdsplaner ska finnas för att förebygga risker. Alla registreringar i BPSD och palliativa registret är uppfyllda, Senior Alert är på god väg. För att vidare utveckla Senior Alert under 2020 kommer ytterligare ett Senior Alert ombud utbildas på enheten samt ett närmre arbete med paramedicinsk personal.

Kvalitetsarbete gällande avvikelshantering har arbetats med under året på kvalitetsråd. Ett av målen var att minska antalet läkemedelsavvikelser, det har uppnåtts genom tydligare och strukturerade läkemedelslistor samt en översikt av läkemedelstider på whiteboardtavla.

Våra larm är inte alltid tillfredsställande då wifi-nätet tappar täckning, vilket innebär att det ibland blir fördröjningar på larmen. Det förekommer även svårigheter att logga in i journalsystemet ProCapita då vi går via en brandvägg.

Vi arbetar aktivt för att få anhöriga att fylla i förbättringsförslag. Klagomålshantering följs via A&O mall och följs upp varje månad i ett system som delges till Nyköpingskommun via Verksamhetsberättelsen. Information till boende och anhöriga sker vid inflyttning.

Klagomål under 2019:

Under 2019 har vi fått in att solskydd har varit undermåliga

Klagomål på maten där man upplever att det är mycket soppa

Aktivitet: Vi arbetar med A&O koncept vad det gäller aktivitet, utevistelse och egentid. Vi har en engagerad och driven personal som bidrar till en väl fungerande verksamhet.

Organisation och ansvar

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar och omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Områdeschef (OC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

Ansvar och Omsorgs kvalitets utvecklare följer upp samtliga verksamhetens kvalitetsarbete inom Ansvar och Omsorg.

Verksamhetschef (VC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Enhetschef (EC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Enhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. EC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till VC.

Hälso- och sjukvårdspersonal består av en sjuksköterska, paramedicinska tjänster köps av Nyköpingskommun. Hälsa och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Vi har 22 tillsvidare anställda undersköterskor och 1 visstidsanställda undersköterska/vårdbiträde samt 7-12 vikarier.

Nyköping kommuns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

Läkarkontakt

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vår läkare kommer från Ekenbergs vårdcentral varje onsdag.

Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser.

Samverkan i verksamheten

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av en fastställd rond en dag per vecka samt ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation

Björkgården har patientansvarig läkare från Ekenbergs vårdcentral. Kontakten med läkare sker genom rond varje vecka samt telefonkonsultationer dagtid helgfria vardagar. Under rond sker hembesök, läkemedelsgenomgångar aktuella insatser samt genomgång av boendes mående.

Vid inflyttning beställer OAS ett tandvårdsintyg för att ge rätt till nödvändig tandvård inom ramen för landstinget hälso och sjukvårdstaxa. Vi har Oral Care samt Folktandvården Sörmland som uppsökande verksamheter att anlita efter boendes önskemål.

Varje helgfri vardag mellan 07-17 har Ansvar och omsorg 5 ordinarie sjuksköterska i tjänst inom våra verksamheter i kommunen (Björkgården, St:Anna, Riggargatan) övrig tid har företaget ett avtal med Nyköpings kommuns jourhavande sjuksköterskor.

Patienters och närståendes delaktighet

Vid varje inflyttning erbjuds den boende (samt anhöriga om den boende önskar att de deltar) ett välkomstsamtal. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för den boende och vilka önskemål och förväntningar det finns från deras håll. Detta ger dem möjlighet att delta och forma vården utifrån den enskildes behov.

Verksamheten erbjuder även anhörigträffar 2/år där anhöriga får information om enheten samt har möjlighet att framföra allmänna synpunkter. Vi har även Boenderåd 4 gånger per år. Våra boende har möjlighet att lämna synpunkter på aktiviteter, mat, miljö och övrigt. Under hösten av 2019 har även Ansvar och Omsorg lämnat ut en enkät som de boende har fått fylla i gällande bemötande, personlig omvårdnad, aktiviteter, kost, delaktighet i vården, städning och utevistelse. Det man är nöjd med och vi får positivt resultat på är hjälpen man får, den personliga omvårdnaden, delaktighet i vården och aktiviteter. Det vi behöver bli bättre på är mat och måltidssituation, utevistelse och att få snabbare kontakt med personalen när man larmar.

Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet. En del i detta ligger i att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Verksamheten arbetar aktivt med avvikelshantering och avvikelserapportering. Verksamhetens riktlinjer och rutiner kring avvikelshantering är väl förankrat hos all hälso- och sjukvårdspersonal. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har löpande ansvar att kontrollera, utreda de avvikelser som skrivs i verksamheten. Verksamhetschef har övergripande ansvar att de avvikelser som inkommer utreds, åtgärdas och följs upp. Rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas systematiskt på kvalitetsråd och med berörd personal.

I verksamheten registreras alla avvikelser direkt i journalsystem. Allvarligare händelser rapporteras till MAS i kommunen samt företagets kvalitetsansvarige. Vid avvikelser som leder till Lex Sarah eller Lex Maria anmälan håller kvalitetsansvarig i företaget i utredningen och verksamhetschef ska bistå med den information som behövs för att utredning skall kunna utföras. Verksamhetens avvikelser sammanställs av enhetschef varje månad. All personal dokumenterar i journalsystem ProCapita.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter är en viktig del av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete i verksamheten. Verksamheten har skriftliga rutiner för hantering av klagomål och synpunkter.

Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligen via en blankett som finns i entrén, skriftligen via företagets webbsida eller muntligen direkt till kontaktperson, sjuksköterska eller enhetschef. Varje medarbetare i verksamheten har skyldighet att ta emot klagomål och synpunkter, alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål om det är möjligt.

Enhetschef har yttersta ansvar för att synpunkter och klagomål hanteras, utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna, anhöriga. Alla inkomna synpunkter, förbättringsförslag och klagomål behandlas i kvalitetsrådet.

Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS, kvalitetsutvecklare och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

All dokumentation av synpunkter och klagomål sparas i en pärm hos enhetschef. Kontaktpersonen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i SoL-dokumentation. Sjuksköterska alternativt arbetsterapeut/sjukgymnast ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentation.

Om synpunkter eller klagomål inkommer via patientnämnden eller IVO hanteras de utan dröjsmål efter de instruktioner som vanligen följer med ärendet.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner (Infektionsregistrering och antibiotikabehandling skickas till MAS)	2 gånger per år 1 gång i månaden 2 gånger år 1 gång år	Hygienombudsmöte Infektionsverktyg. Markörbaserad journalgranskning HALT- Senior Alert
Basala hygienrutiner och klädregler	3 gång per år 10 ggr/år	Hygienombudsmöte APT
Hygienronder/ självskattning	2 gånger per år	Protokoll hygienombudsmöte
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser/ kvalitetsråd	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger/ år	PPM-databas, Senior Alert

Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
------------------------------------	-----------------	-------------------------------------------------

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Kvalitetsregister är ett bra sätt att jämföra verksamheten både nationellt, företagsmässigt och verksamhetsmässigt. Samtliga registreringar i kvalitetsregister föreläggs av ett medgivande från den boende.

Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och dokumenterar i kvalitetsregistret på webben. Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärden och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Samtliga boende ska få en bedömning inom 14 dagar vid inflyttning och bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. Vi har registrerat 22 boende av 29 boende.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Verksamheten dokumenterar i palliativregistret. Under 2019 har 6 avlidit på enheten och 6 registrerats palliativregistret, vilket motsvara 100% registrering.

BPSD

Registrering i BPSD-registret (Beteende och Psykiatriska Symtom vid Demens). Registrering och struktur i demensvården kan leda till minskade BPSD-symtom hos den boende. Verksamheten registrerar och arbetar utefter BPSD-åtgärden för den enskilde boende. Boenden med en konstaterad demenssjukdom är registrerade i BPSD registret under 2019. Vi har registrerat 11 personer vilket motsvarar 100%.

Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter

Verksamhetens arbetar alltid med avidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den boendes egen lägenhet. SOL pärmar förvaras på låst undersköterskeexpedition.

Sjuksköterska hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i låst dokumentaskåp.

HSL- dokumentation

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har all legitimerad personal dokumentations-skyldighet. Verksamheten har utarbetade rutiner för HSL- dokumentation.

Avvikelser

Genom avvikelshantering följs patientsäkerheten upp i det dagliga arbetet. Alla medarbetare rapporterar avvikelser och har skyldighet att rapportera. Avvikelserna skrivs direkt i journalsystemet och går automatiskt till sjuksköterska och enhetschef. Avvikelserna hanteras enligt rutin för avvikelshantering.

Vård i livets slutskede

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska leder arbetet med vård i livets slutskede för den boende på enheten. Sjuksköterskan ger handledning och stöttning till personal och anhöriga/ närstående på enheten.

Ansvarig sjuksköterska har nära samarbete med ansvarig läkare vad det gäller läkemedelsinsatser vid vård i livets slutskede. Ansvarig sjuksköterska arbetar med skattningsskalor och bedömnings verktyg för smärta, oro/ångest, munhälsa vid vård i livets slut.

Informationsmaterial som broschyren ”En liten skrift om vården under livets sista tid” och ”När tiden stannar till” finns att ge närstående/ anhöriga om de önskar.

Uppstartat under år 2019 arbete med material Palliation ABC som kommer fortgå under 2020.

Munhälsovård

I samband med inflyttning erbjuds den boende att skriva under ett tandvårdsintyg som ger rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning 1 gång per år samt subventionerad tandvård. Till enheten kan tandläkare, tandhygienist och röntgen komma och utföra i stort sett all tandvård. 29 av 29 boende har tandvårdsintyg. Munhälsobedömning utförs av folktandvården Sörmland och 17 av våra boende har valt folktandvården 10 st av våra boenden har valt Oral Care och 2 st har privat tandvård. Omvårdnadspersonal får en årlig munvårdsutbildning av region Sörmland.

Vårdhygien och Smittskydd/ Hygiengranskning

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning innebär en risk för de boende. Arbetet med förebyggande åtgärden och registrering sker därför i det dagliga arbetet i verksamheten. Under hösten har alla anställda utbildats i hygien. Hygienobservationer har gjorts enl. Ansvar och omsorgs rutiner. Hygienrund/ hygienobservationer arbetar verksamheten med varje månad. De diskuteras på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar varje månad.

Rutiner för rengöring/städning av samtliga ytor har under 2019 fungerat väl. Rutiner för rengöring av hjälpmedel har under året förtydligats, detta ligger på respektive kontaktperson att utföra 1 gång per månad.

Delegering

All ny omvårdnadspersonal får en individuell delegeringsutbildning av sjuksköterska, samt genomgår webbutbildning för säker läkemedelshantering via demenscentrum. all personal få göra skriftligt prov innan förnyelse av delegeringarna görs. Lämplighet bedöms utifrån gällande riktlinjer.

Miljö- och hälso granskning

Genom externkontroll av Miljö- och hälsoskydd garanterar vi att verksamheten klara de kraven för bland annat säker mathantering, säker kökshygien. Under 2019 utförde Miljö och Hälsa en kontroll i verksamheten. Som påvisade att våra livsmedelsrutiner är bra och att vi följer riktlinjerna.

Åtkomst till rutiner

Samtliga rutiner och riktlinjer inom verksamheten finns tillgängliga via företagets verksamhetsstöd på webben för all personal.

Internrevision

Intern kvalitetsgranskning sker 1 gång/ år, med 185 kontrollpunkter. Revisionen avser samtliga områden inom verksamhet.

Utifrån internrevisionen behöver vi stärka verksamheten med:

- Följa A&O mötes mall fullt ut vid alla ombudsmöten.
- Förtydliga förteckning över MTP tillsammans med paramedicins personal
- Förflytningsutbildning
- Kompetensutvecklingsplan HSL

Personal/ Introduktion nyanställda

Nyanställda genomgår introduktion med en mentor där man följer rutinen för introduktion. Det har varit svårt att ta in allt på introduktionsdagarna vi arbetar vidare med intro under 2020.

Riskanalys

Vid inflyttning görs en riskbedömning enligt Senior Alert av fallrisk, risk för undernäring, risk för trycksår och risk för ohälsa i munnen av sjuksköterska. Rehab gör en rehab samt ser över behovet av hjälpmedel. Riskbedömningar görs sedan löpande av sjuksköterska i samråd med kontaktperson, vid förändring i den boendes allmäntillstånd eller minst var 6:e månad. Verksamheten gör riskbedömning kring arbetsmiljö i den enskildes lägenhet, bland annat granskas risker med möblering.

Vid risk att den boende gör sig själv eller andra illa, eller risk för att den boende ska avvika från verksamheten, görs alltid individuella handlingsplaner. Under 2019 har vi haft 1 personer som hade extremt många fall och efter det fått individuella handlingsplan. Under 2019 har vi fokusera på riskbedömningar för att förebygga hos boende som påvisar BPSD symtom.

Vid negativa händelser och avvikelser i verksamheten åtgärdas och förbättras problemet direkt, för undvikande av vårdskada eller tillbud. Vid behov görs en analys av vårdtyngden (både fysisk och psykisk) och vid behov förstärks personaltätheten.

Verksamheten använder sig bland annat av checklista/riskbedömning i boenderum. Som underlag för att identifiera risker och brister. Riskbedömningen görs utifrån olika områden. Efter en genomförd riskbedömning fattas beslut

om eventuella åtgärder och en handlingsplan upprättas med analysen som grund.

Avvikelsehanteringen i verksamheten är en del av riskanalysarbetet. Avvikelser i verksamheten identifierar avvikelser och risk för avvikelse. I avvikelser kan man se mönster och identifiera förbättringsområden.

Utredning av händelser – vårdskador

Under perioden har en allvarlig avvikelse registrerats. Bristande kommunikation, överrapportering när boende hade stopp i urin kad. Händelsen har utretts. Resultatet av utredningen ledde fram till åtgärder i form av diskussion på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd samt undervisning av sjuksköterska. Bedömning gjordes att händelsen var av mild allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som liten samt att den inte var så allvarlig att den behövde anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes av ansvarig kvalitetsutvecklare på A&O.

Informationssäkerhet

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Samtycke inhämtas om huruvida uppgifter får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare. Vi följer gällande lagstiftning och riktlinjer. Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg. SITHS kort och inloggning krävs för åtkomst till journalsystem. Vid överrapportering till annan vårdgivare sker rapport i Prator där även kallelse till SIP ingår.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Social dokumentation	Tydlig implementering för OVP	Checklista Stöd av dokumentationsombud Apt	85%	Omflytt av OVP
Stabilare situation HSL personal	Rekrytering	Fast SSK anställd	100%	Ökat patientsäkerheten
Ökad delaktighet hos boende	Boenderåd, kontaktman Socialstyrelsens öppna mätning	Genomförandeplan Aktiviteter levnadsberättelse	80%	Fortsätter arbeta med det 2020 där satta mål är rehabiliterande förhållningssätt.

Avvikelser

Avvikelse 2019	jan	feb	mar	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Hjälpmedel	-0	0-	-1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Omvårdnad /tillsyn	-3	1-	-2	3	1	4	0	0	2	1	5	4	26
Läkemedel	1	3	5	3	3	2	4	8	4	6	2	6	47
Fall	4	6	1	14	7	13	16	15	17	19	12	34	158
Dokumentation/ information	-0	0-	0-	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Övrigt	-	-					1	0	0	0	0	0	1
Synpunkter och klagomål	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	7

Avvikelser jämförelse

Avvikelser	2017	2018	2019
Hjälpmedel	1	1	1
Omvårdnad/tillsyn	32	26	26
Läkemedel	38	59	47
Fall	60	61	158
Dokumentation/ information	0	0	1

Den kategorin med högst antal avvikelser är fall där 90% av fallen består av en boende, där psykisk ohälsa är grunden, åtgärder insatta även en specialistläkare inkopplad.

Läkemedelsavvikelser som till största delen består av överlämnande av läkemedel som uteblivit, åtgärder insatta.

Omvårdnad/tillsyn de flesta avvikelserna består i att OVP glömt ta ur hörapparater samt tänder inför natten, rutin upprättad.

Synpunkter och klagomål, madrasser som är undermåliga med risk för trycksår, alla boenden har erhållit nya madrasser.

Anhöriga har haft synpunkter: om tvätthanteringen samt för lite solskydd på innergården, åtgärder vidtagna.

Klagomål och synpunkter

Vi följer Ansvar och Omsorg samt Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshantering. Information om denna lämnas till anhöriga och boende i samband med att den boende flyttar in. Under 2019 hade vi sju klagomål. Alla klagomål och synpunkter har utretts enligt Ansvar och Omsorgs riktlinjer. Varje utredning resulterade i en åtgärdsplan som tagits fram tillsammans med personal. De klagande har fått återkoppling.

Händelser och vårdskador

Under perioden har en allvarlig avvikelse registrerats. Bristande kommunikation, överrapportering när boende hade stopp i urin kad. Händelsen har utretts. Resultatet av utredningen ledde fram till åtgärder i form av diskussion på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd samt undervisning av sjuksköterska i. Bedömning gjordes att händelsen var av måttlig allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som liten samt att den inte var så allvarlig att den skulle anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes av ansvarig kvalitets utvecklare på A &O

Riskanalys

Under 2019 fokuserade vi på följande risker:

- Smittspridning
- Läkemedelsavvikelser
- Fall
- Trycksår
- Munhälsa

Under hösten 2019 var målet att minska antalet läkemedelsavvikelser med hjälp av uppdaterade signeringslistor. Det gav visst resultat på avvikelsestatistiken. Vi övergick till individuell uppföljning, återkoppling och analys. Vintern 2019 tog vi hjälp av egen dubbelkontroll som ledde till fortsatt förbättrat resultat. Vi har nollvision på läkemedelsavvikelser som vi ska sträva efter under 2020.

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner. Under våren 2019 hade flera av våra boenden RS virus i och med det ökade medvetande graden hos personal och hygienrutiner förbättrades.

Alla boenden har erhållit en ny madrass under 2019 som förebyggande av trycksår. Under 2020 kommer vi fortsätta arbeta med Senior Alert för att tidigt upptäcka risker för trycksår.

I Juni hade vi en misstanke om lex Sarah, den har utretts enligt företagets rutin. Genom att diskutera händelsen på APT och kvalitetsråd samt att sjuksköterska undervisar i hud/omvårdnad bedöms risken för upprepning av händel-

sen minimal. Händelsen bedöms att inte ge en konsekvens för vårdragaren. Sannolikheten för upprening bedöms som liten.

Under 2019 har vi haft ett bra samarbete med Oral Care samt Folk tandvården Sörmland. Där sjuksköterska och OVP erhållit stöd gällande munhälsobedömning All personal har under hösten 2019 genomgått folk tandvårdens utbildning i munvård.

Mål och strategier för kommande år

Övergripande mål	Verksamhetens mål	Aktiviteter
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan Tydliggöra värdegrunden vid introduktion Alla medarbetare deltar i reflektion Alla anställda ska delta i introduktion	Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan Stående punkt under introduktion Reflektion på förmiddagen samt fredag Introduktionschecklista
Central introduktionsutbildning för nyanställda	Att få kunskap om företaget och företagets värdegrund Att få kunskap om kontaktmannaskap	Värdegrundsutbildning & samtal under APT Webb utbildning & Samtal under APT
Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL	Genomföra två revideringar av genomförandeplanerna under året Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka 100% av personalen ska ha skrivit anteckningar i sociala dokumentationen under året.	Revidering 2 gånger om året samt vid behov Checklista lämnas in varje månad Checklista lämnas in varje månad
Vi ska arbeta aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet	Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningarna De boende ska vara delaktiga verksamhetens kvalitetsarbete Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Möte med dagplanerare Boenderåd & enkäter Ombudsmöten till exempel kost, aktivitet, palliativt.

Vi ska leva upp till gällande lagstiftningar i HSL och PSL	Vi ska vara aktiva och registrera i aktuella kvalitetsregister	Temakonferenser & uppföljning på ledningsmöte
	Upprätta vårdplaner	Vid ett behov eller ett problem upprättar vi vårdplaner
	Kvalitetssäkra HSL arbete	Palliativt möte, Kvalitetsråd, Temakonferens, Inkontinensmöte, Hygienmöte, Lokalt ledningsmöte, Nattfastemätning, Hygienobservations sammanställning, Kontroll av MTP, Viktkontroll, Infektionsregistrering, Kvalitetsregister, Läkemedelsgenomgång, Läkarkontroll, Narkotikakontroll, Kostmöte, Avvikelsehantering.
	Höjd kompetens kring rehabiliterande syn- och arbetssätt	Utbildning på APT, Temakonferens & Kvalitetsråd
	Trygg och säker hjälpmedelshantering	Årlig funktionskontroll av hjälpmedel