

Patientsäkerhetsberättelse



2018

Temabo

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten	6
Risikanalys	7
Händelseanalys	8
Uppföljning genom egenkontroll	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Informationssäkerhet.....	11
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	13
Sammanställning och analys.....	14
Samverkan med patienter och närstående.....	15
Resultat	16
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	17

Sammanfattning

2018 var ännu ett år med sjuksköterskebrist och rekryteringssvårigheter, trots detta har vården fungerat väl precis som föregående år. Verksamheten har haft vakanta tjänster och sjuksköterskegruppen har drabbats av sjukskrivningar under lång tid. Vi har säkrat en god vård genom att behålla en kontinuitet bland behovsanställda och sjuksköterskor från bemanningsföretag. Enligt brukarundersökningen har dock andelen positiva svar gällande kontakt med sjuksköterska sjunkit något från 74% (2017) till 71%. Verksamheten hade satt målet att öka de positiva svaren till 85%. Sänkningen är inte så stor och kan också ses som ett direkt resultat av att också andelen personer som besvarat enkäten sjunkit i år jämfört med 2017 och beror inte enbart på sjuksköterskebristen. Rekryteringen av sjuksköterskor är fortsatt svår. Andelen som söker de vakanta platserna är många gånger inte införstådda med vad arbete i ett vård- och omsorgsboende innebär. Många gånger har också annonseringen inte gett några sökande över huvud taget. Marknaden är fortfarande rejält begränsad. Registreringar/uppföljningar i de olika kvalitetsregistren har trots sjuksköterskebristen ändå upprätthållits till största del. Under sena hösten rekryterades 2 sjuksköterskor till natten, vilket gör att vi inga vakanser har nattetid längre. Årets sista månad rekryterades en ny sjuksköterska med kompetens som Silviasjuksköterska. Också i kontakt med läkare har andelen positiva svar sjunkit från 44% (2017) till 26% 2018. Under första halvan av 2018 byttes vår nya läkare ut pga klagomål från boende och närstående. Missnöjet bakom klagomålen var svårigheten att få träffa läkaren och detta resulterade i samarbetsvårigheter mellan läkaren och sjuksköterskegruppen. I några månaders tid saknade vi kontinuitet i läkarkåren. Detta speglas i 2018 års sänkta resultat. Vi har fortfarande ett samverkansavtal med Familjeläkarna. Under andra halvan av 2018 fick vi utsedd en nyutbildad geriatiker som har fungerat bra i gruppen och är omtyckt bland våra boende och deras närstående. Vår HSL personal fortsätter att delta i ett fallpreventionsprojekt startad av Familjeläkarna. Utbildningar för att stärka kunskap inom vård och omsorg har pågått under hela 2018, vilket är en kontinuerlig process i hela företaget och är även ett led i ökad patientsäkerhet.

Dokumentationsgranskning visade på förbättringsområden kring ordinerade begränsnings- och skyddsåtgärder. Vårdplaner med tydlig ordination behöver skrivas. Vårdplaner skrivs för diverse omvårdnadsproblem men behöver följas upp bättre. Fortsatt utveckling behövs i dokumentation. Införandet av ICF i Safedoc uteblev. Vårt företag har haft svårigheter under 2018. Underbemanning på ledningsnivå i alla led orsakade en oro och en belastning för kvarvarande medarbetare. Året startade också med upphandlingar på olika verksamheter, bl.a. också här på Berga vilket också har varit grunden till att man beslutade att inte införa ett nytt omfattande projekt i dokumentationssystemet.

Vi fortsätter med registreringar i Senior Alert. Jämfört med 2017 har vi förbättrat vårt resultat markant även detta år. Det ligger mycket arbete bakom detta. Vi la målet i år att öka andelen utförda åtgärder i åtgärdsplanerna över 36% (2017). 2018 år kom vi upp i 54%. Vi har diskuterat mycket kring att inte skriva för många åtgärder som inte går att vare sig följa upp eller utföra om de är för många. 2018 registrerade vi riskbedömningar hos 111 unika personer. Vi kommer inte upp i 100% och detta har att göra med att vissa av våra boende har varit i dåligt skick vid inflyttningen och sjuksköterska har inte utfört några bedömningar i det palliativa skedet. Registreringen i BPSD har tyvärr inte blivit det önskvärda pga sjuksköterskebristen. Vi hade också 1 sjuksköterska som saknade administratörs utbildning och fick det under senare delen av 2018.

Den palliativa vården på Berga är fortsatt av god kvalitet. Vi registrerar dödsfallen i Palliativa Registret. Registreringen av dödsfallen borde ha varit fler. Målet var satt till 85%, men vi kom upp i

77%. Av 31 avlidna på Berga har 24 registrerats i registret. Vi misstänker att förutom sjuksköterskebristen kan uppdateringen av systemet ha bidragit till bortfallna registreringar. Vissa dagar gick det ej att logga in i systemet eller att få rapporter från den. Vi använder bedömningsinstrumentet Abbey Pain Scale och VAS men dokumentation saknas fortfarande många gånger i den boendes journal. Alla våningar har ett palliativ ombud, de ska förmedla kunskap om bedömningar med Abbey Pain Scale. Vissa våningar har kommit längre än andra. I januari 2018 diplomerades 3 omvårdnadspersonal och 2 sjuksköterskor till palliativa ombud. Vi arbetar vidare med NVP. Startas av både sjuksköterskor och/eller läkare.

Egenkontroll av hygien har utförts 2 gånger under året. PPM mätningar vad gäller följsamhet av basala hygienrutiner och trycksår utfördes 2 ggr. Egenkontroll av läkemedels hantering utfördes också 3 ggr under året och rutiner vad gäller hela läkemedelshanteringens visar på gott resultat.

Visam har använts under året med vissa svårigheter pga sjuksköterskebristen. Ändå används beslutsstödet i hög grad då sjuksköterskor som inte är bekanta med stödet ser fördelarna med att ta vitalparametrarna och minska friktionen med ambulanspersonalen. Egenkontroll av Visam gjordes under oktober.

Övergripande mål och strategier

Vårt arbetssätt bygger på vår hälsofrämjande värdegrund där vård och omsorg skall genomsyra en meningsfull vardag ur ett hälsoperspektiv, stärka boendes självkänsla och skapa trygghet. Strategier för patientsäkerhetsarbetet innebär att följa gällande avtal med Solna stad och därmed ett nära samarbete med Solna stads medicinskt ansvariga sjuksköterska.(MAS)

Temabos huvudmål med patientsäkerhetsarbetet innebär att arbeta riskförebyggande, systematiskt och analytiskt med följande områden.

- Brister i läkemedelshantering och läkemedelsanvändning
- Brister i vård och omsorg
- Brister i vårdhygien
- Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår
- Brister i dokumentation och informationsöverföring
- Egenkontroll av behörigheter

Bergas mål för 2018:

- Brukarundersökningen: kontakt med sjuksköterska ska nå målet upp till 85 %.
- Fortsätta att utveckla dokumentationen i Safedoc. Bli bättre på att skriva vårdplaner med åtgärder, uppföljning och resultat. Följa upp vårdplan minst 2 ggr/år
- Införande av ICF
- Kvalitetsregister Senior Alert: fortsätta registrera alla boende och öka andelen åtgärdsplaner till över 94%. Öka de utförda åtgärderna till över 36%.
- BPSD: Alla boende på våning med demensinriktning ska registreras. Att använda registret mer som ett verktyg som en naturlig del av vården.
- NVP: Fortsätta att stärka användandet av NVP. Arbeta aktivt med handledning av NVP till både medarbetare och nya sjuksköterskor. Att alla palliativa ombud på Berga ska lära sig att göra smärtbedömning med Abbey Pain Scale.
- Palliativa registret: Öka antalet registrerade till över 85%
- Minska antalet trycksår uppkomna på Berga
- Att minst 95% av alla boende ska ha genomgått en mindre inkontinens utredning
- Fortsätta att säkerställa att följsamheten för de basala hygienrutinerna är hög. Delta i utbildningar anordnade av Vårdhygien.
- Använda oss av beslutstödsverktyget Visam.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p1

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §.

Temabo har intern MAS utsedd för verksamheten vid Berga vård- och omsorgsboende. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL. Dennes ansvar för patientsäkerhetsarbetet följer avtal om ansvarsfördelning mellan intern MAS och medicinskt ansvariga sjuksköterskan i Solna Stad. MAS har från nämnden i stadsdelen uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef/MAS vid Temabo har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till den 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse och lämna den till Solna Stads MAS.

Kvalitetschef inom Temabo med intern MAS och verksamhetschef ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning.

Sjuksköterskan, sjukgymnast och arbetsterapeut har ansvar för att följa riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Till sitt stöd i arbetet har de ett nära samarbete med enhetschefer och omvårdnadspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §)

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §)

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Temabos ledningssystem, LEVA, används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. LEVA använder sig av Stratsys plattform. Stratsys plattform fungerar som stöd för hela organisationens planerings- och uppföljningsprocess. I och med detta får vi en illustrativ röd tråd för hur vår vision, värdegrund, mål och arbetssätt är kopplade till varandra. Ledningssystemet baserar sig på Socialstyrelsens riktlinjer

”Ledningssystem för systematiskt förbättringsarbete” (SOSFS 2011:9)

Vårt arbete med kvalitetssäkring och patientsäkerhet är en av de många arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård som innebär en ständigt pågående process som aldrig blir riktigt färdig. Ständigt ny utveckling som innebär behov av förnyelse och förändring. I ett led att säkra patientvården och med sjuksköterskebristen har vi under 2018 i omgångar anställt vår pensionerade MAS Ingrid Andersson som har hjälpt oss och gett sjuksköterskegruppen stöd i kvalitetssystem, dokumentation, egenkontroller av vårdhygien, egenkontroller av läkemedelshantering, handledning av personal och arkivering. Under sen höst hade vi en av våra sjuksköterskor som var inne i 2 månader med arbetslivsinriktad rehabilitering efter lång tids sjukskrivning. Hon arbetade inte med något fysiskt krävande arbete utan med administrativt arbete, utvecklade och uppdaterade befintliga rutiner, BPSD-bedömningar och handledning.

Egen kontroll av läkemedelshanteringen

Det är en del i arbetet med att kvalitetssäkra och utveckla hanteringen av läkemedel. Läkemedels hantering på Berga upplevs fungera väl. Kvalitetsgranskning utfördes inte av Apoteket under 2018. Granskning är inbokad till februari 2019. Vi gjorde ändå egenkontroll av läkemedelshanteringen flera gånger pga all behovsanställd personal som rörde sig i verksamheten.

Läkemedelshantering

- Medicinskåp finns i varje lägenhet, nyckelhantering signeras
- Varje boende har egen plastkorg för sina läkemedel. Boendeansvarig sjuksköterska ansvarar för läkemedlens hållbarhet och mängd i dessa korgar för sina avdelningar. Signeringslista finns.
- Narkotika i buffertförråd kontrolleras 1 gång per månad av 2 SSK. Utsedda sjuksköterskor finns för både kontrollräkning och beställning. Oftare kontroller kan ske under perioder av semestrar t.ex. sommar och jul. För övrigt kontrollerar SSK varandra varje månad enligt fastställt schema.
- Buffertförråd finns och 1 person är utsedd att ha huvudansvaret och även beställa läkemedel.
- Signeringslista med förtydligande signatur finns i patientens journal
- Kassation sker via speciella avfallslådor från Recaremed. Kasserad narkotika förvaras i ett låst skåp där nyckeln förvaras hos verksamhetschef. Narkotikan förvaras där fram till beställd transport av riskavfall hämtas.
- Lista för temperaturkontroll av både kylskåp och temperatur i läkemedelsrummet samt när städning skett finns
- Alla förråd håller god kvalitet- några förråd har lite för mycket läkemedel. Medicin levereras varje vecka och är uppdelade mellan A och B-hus (de facto får den boende sin APOdos

varannan vecka) Finns dagbok för att säkerställa APO doshantering. Kopia av dosrecept för att jämföra med ev. ändring vid leverans

- Signeringslistor för injektioner, Waran, plåster o.dyl. finns i 2 separata pärmar. En pärm för resp. hus. Varje avd har en flik. Alla ordinerade läkemedels signeringslistor, som administreras av sjuksköterska, finns samlade där.
- Rutin för läkemedelshantering är uppdaterad under 2018
- Läkemedelsgenomgångar sker enligt rutin

Dokumentation

- Dokumenterar i Safedoc både HSL och SOL
- Tyst rapport gäller för alla yrkeskategorier
- Förvaring av journaler sker i brandsäkert skåp enligt rutin. Arkivering av journaler till Stadsarkivet har skett under hela 2018 enligt Solna stads rutin. Levererats av enhetschef eller verksamhetschef.
- Dokumentation behöver utvecklas, på flera områden både vad gäller riskbedömningar, åtgärder, uppföljningar, resultat, vårdplaner, samtycke, verifiering av källa för diagnoser.
- Tydligare ordinationer för skydds- och begränsningsåtgärder. Ssk har fått nedskrivna instruktioner om vad som ska ingå.

Utbildningar

- 1 ssk och 2 medarbetare gick administratörsutbildning i BPSD under hösten. 2 andra medarbetare var med under utbildning av det nya uppdaterade systemet i oktober.
- För att minska antalet och läkningstiden för våra trycksår har 2 sjuksköterskor gått Sår- och madrassutbildning. Vi har även bjudit in företag som har presenterat sina förband för sköterskegruppen.

Kvalitetsregister:

- **Senior alert:** Samtycke hämtas in av alla nya boende för att göra riskbedömningarna i registret. Alla boende som har flyttat in till Berga under 2018 har tackat ja. Under 2018 har vi haft registrerade 111 unika personer i Senioralert. Det har utförts 193 riskbedömningar. Av dessa har det registrerats risker i 185 bedömningar (96%). Av dessa bedömningar har 178 st (96%) haft en åtgärdsplan vilket betyder en ökning jämfört med 2017. Vi har också ökat andelen utförda åtgärder från 36% (2017) till 54%. Generellt fortsätter vi att förbättra våra resultat för varje år. Det extra stödet från ovan nämnda sjuksköterskor har gett mycket goda resultat trots Det var 71 personer med risk för undernäring som hade ett BMI under 22. Vi har fortsatt bristen på sjuksköterskor.
- Kvarstår även under 2018/2019 att arbeta mera med dokumentation och handledning kring åtgärder och plan som måste dokumenteras i journalen. Kompetens att använda kvalitetsregistret i handledande syfte ihop med omvårdnadspersonalen, kunskap om hur man utför ROAG behöver stärkas och förståelsen att inte alla åtgärder ska sättas in samtidigt.
- med mätning av nattfasta på alla boenden. Vi utgår från en standard med ett nattmål när en ny boende flyttar in, därefter gör nattpersonal och natt ssk bedömning av deras individuella behov och dokumenterar detta i SOL/HSL dokumentation om den boende inte önskar eller ordinerar nattmål. Vi använder oss av Phoniro appen i mobiltelefoner som registrerar både tillsynsbesök, ssk-besök och nattmål. Registreringarna kan sedan följas upp i olika rapporter.
- Nutritionsstöd sköts av boende ansvarig sjuksköterska som utbildar och ger råd om extra näringstillförsel i form av grädde, ägg, smör, proteinpulver och i grava fall även näringsdryck. Vi har idag ett utmärkt samarbete med vår kökspersonal. Kocken håller regelbundna möten med kostombuden, ges tips och råd. Kocken är också närvarande i

verksamhetens matråd då boendena själva framför sina synpunkter om maten som serveras på Berga.

- Under 2018 hade vi 52 trycksår totalt. 2 st av dessa sår uppkomna på sjukhus under vårdtiden på Berga. 7 personer kom till boendet med trycksår. I år har vi haft mera sår än förra året. Kan förklaras med att de boende är i sämre skick när de flyttar in, men det kan också bero på att vi har jobbat mer aktivt med att rapportera avvikelser.
- Fallrisk mäts också som riskfaktor i senior alert. Under 2018 har 375 fall.
- Dialog förs i teamforum där de olika personalkategorierna diskuterar om hur risken för fall kan minska genom t.ex. läkemedelsgenomgångar, sjukgymnastik, nutrition o.s.v. Vanliga insatta åtgärder för att förebygga fall är t.ex. sittgympa, balansträning, bruk av höftskyddsbyxor, rörelselarm, ökad tillsyn, begränsningsåtgärder osv. Rehabteamet sitter tillsammans med läkare och sjuksköterskor en gång per vecka för att diskutera alla fallskador som har varit under föregående vecka. Vi har blivit bättre på att rapportera och arbeta mot en reducerad fallrisk med hjälp av Familjeläkarnas fallpreventionsprojekt.

Palliativa registret

- Under 2018 har 24 registreringar gjorts på registret. Det totala antalet avlidna på boendet var 33 varav 2 personer avled på sjukhus. Det är bara antalet som dog i sin säng här på Berga som registreras i statistiken. Antalet registreringar kunde ha varit bättre. 7 stycken dödsfall missades att registreras. Vi uppnådde inte vårt eget mål satt för 2018 att ha över 85 % registrerade dödsfall. 24 motsvarar ca. 77% av totala antal avlidna. Vi misstänker att förutom sjuksköterskebristen kan uppdateringen som utfördes mellan september-oktober av systemet ha bidragit till bortfallna registreringar. Vissa dagar gick det ej att logga in i systemet eller att få rapporter från den. Vi fortsätter vara bra på Palliativ vård i livets slut.
- Vår geriatriker som är mycket kunnig med att både ta hand om patienten i livets slut men också i samtal med närstående vilket bidrar till en kvalitetssäkring av vård i livets slut. Anhöriga erbjuds alltid brytpunktssamtal, men vi måste bli bättre på att erbjuda efterlevandesamtal.
- Omvårdnadspersonalen är duktig på att trösta, lindra och ge god omvårdnad. Sjuksköterskorna analyserar sina riskbedömningar och informerar läkare som i ett tidigt skede sätter in trygghetsordination på palliativa läkemedel för att lindra ångest, illamående rosslighet eller smärta. Omsorgspersonal följer också med både anhörig och patient på sin sista resa. Det finns en mänsklig närvaro i dödsögonblicket i 54% av dödsfallen enligt registreringarna. Bör klart förbättras för att nå målet.
- Abbey Pain Scale har de palliativa ombuden fått lära sig att använda. De ska i sin tur förmedla kunskapen vidare till sina arbetskamrater på sin våning. Resultaten är varierande. Vissa ombud känner sig mer hemma med verktyget än andra. Vi fortsätter att arbeta med detta.

Spindeln för 2018



BPSD registret

Samtycke hämtas in av alla boende som flyttar in till en våning med demensinriktning. Under 2018 har vi gjort 5 registreringar på BPSD. Det skapades 5 stycken bemötandeplaner. Alla bemötandeplaner följdes upp. Vi har inte nått målet som var satt detta år till 100 % registrerade. De registreringar man har utfört har det varit för att det fanns symtom som behövde en bedömning och bemötandeplan. Sjuksköterskor tillsammans med personal utför bedömningen på registret och sätter upp åtgärder. I våra olika teamforum tas också upp bemötandeplaner och olika behov och åtgärder diskuteras. Vi behöver arbeta mer aktivt med nyregistreringar av boende som har bott här länge. Och vi behöver också bli bättre på att följa upp skapta bemötandeplaner. Sjuksköterskan som under 2018 hade BPSD-admin utbildning gjorde bedömningar på våningar där det behövdes stöd. När inte bemötandeplanen har följts har sjuksköterska haft samtal med personal om anledningar. Ansvarig sjuksköterska följer upp på daglig basis bemötandeplanerna detta för att göra den levande

Infektionsregistrering

Någon systematisk registrering av infektioner görs inte för närvarande och detta är inget krav från Solna stad som uppdragsgivare. Under 2018 har vi haft ett antal infektioner som krävt antibiotika behandling.

Vi har haft 2 boende med ESBL diagnosticerat på sjukhus. 2 boende med MRSA.

Sjuksköterskorna har olika ansvarområden

De ordinarie sjuksköterskorna har alla olika ansvarområden att följa upp och ansvara för. Det kan exempelvis gälla läkemedelshantering, beställning av material samt hygien, utbildning av bl.a. palliativ vård och palliativt register kunnig inom demenssjukvård, dokumentation i Safedoc och senior- alert, skriva och uppdatera lokala instruktioner, inkontinens, behandlande madrasser, läkemedel som förvaras i kyltemperatur, medicinsk tekniska produkter och brand. Det har skötts med en del svårigheter under året med tanke på sjuksköterskebristen.

Månatliga HSL möten

Tillsammans med verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast följs HSL frågor upp kontinuerligt i en öppen och konstruktiv dialog en gång per månad. Temabo

ordnar centralt nätverksträffar för HSL-ansvarig personal på alla dess vård- och omsorgsboenden. Träffarna sker 3 gånger per år för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Sjuksköterskor har haft egna möten tillsammans med enhetschef.

Ansvarig behandlande läkare

Under 2018 har vi fortsatt samverkansavtal med Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Under första halvan av 2018 byttes vår nya läkare ut pga klagomål från boende och närstående. Missnöjet bakom klagomålen var svårigheten att få träffa läkaren och detta resulterade i samarbetssvårigheter mellan läkaren och sjuksköterskegruppen. I några månaders tid saknade vi kontinuitet i läkarkåren. Detta speglas i 2018 års Brukarundersökning där vi fick sänkta resultat i kontakten med läkare. Andelen positiva svar gällande kontakt med läkare sjönk från 44% (2017) till 26% 2018. Vi har fortfarande ett samverkansavtal med Familjeläkarna. Under andra halvan av 2018 fick vi utsedd en nyutbildad geriatriker som har fungerat bra i gruppen, är flexibel och är omtyckt bland våra boende och deras närstående. Vår HSL personal fortsätter att delta i ett fallpreventionsprojekt startad av Familjeläkarna.

Inskrivning av patienten sker alltid inom en vecka efter inflyttning, årskontroller är gjorda i tid, läkemedelsgenomgångar genomförs minst årligen men många av de boende följs upp kontinuerligt när behov föreligger dock måste SSK bli bättre på att dokumentera i Safedoc att läkemedelsgenomgång har utförts.

Dokumentation i Safedoc

Även med tanke på årets omsättning i sjuksköterskegruppen, noteras att dokumentation i Safedoc behöver utvecklas vad gäller flertalet områden, Riskbedömningar måste dokumenteras och plan för åtgärder fastställas och följas upp, verifiera källa för diagnoser och skriva tydliga ordinationer. Dokumentera under rätt sökord i status.

- Månatliga loggkontroller har utförts i vårt dokumentationssystem Safedoc enligt skriftliga loggrutiner. Loggkontroller sker våningsvis. Varje kalendermånad ska ett antal journaler och användare granskas. Loggarna granskas under en 24 timmars period. Ingen obehörig åtkomst har förekommit. På Berga har alla sjuksköterskor behörigheter till alla 96 boendes journaler på grund av att en sjuksköterska jobbar kvällar och nätter och har då behov av att läsa boendes journaler. Behörigheter avslutas när en sjuksköterska avslutar sin tjänst på Berga. Bemanningsföretag får endast behörighet de tillfällen de är i tjänst. Timanställda som är aktiva året om får en tids obegränsad behörighet. Sommarvikarier får behörighet i 3 månader eller under tiden som de ska arbeta. Varje månad i samband med loggkontrollerna görs en kontroll av alla aktiva användare i systemet.
- Temabos interna MAS utförde HSL tillsyn 2018 enligt fastställd enkät från Solna stad.

Delegering

- Boende ansvarig sjuksköterska (BAS) har ansvaret för delegering av omvårdnadspersonal. Alla genomgår webbutbildningen "Jobba säkert med läkemedel" innan det kan bli aktuellt med en delegering eftersom det handlar om att säkerställa kompetens. Testdelen utförs under övervakning av en sjuksköterska. Sedan utfärdas en skriftlig delegering som är varaktig för max ett år. Delegeringen skrivs under både av BAS och den som erhållit delegering.
- Delegeringen utvärderas löpande i det dagliga arbetet. Där avvikelser i samband med utförandet av uppgiften är en viktig indikator för behov av mer utbildning och handledning.

- Alla påskrivna delegeringar förvaras i en pärm på sjuksköterske expeditionen. Delegerad personal kan också se sin delegering via Safedoc.

Visam

Under året har sjuksköterskorna arbetat med stödverktyget Visam. Nya sjuksköterskor lärs upp av de som har gått utbildning. Stödverktyget ger en struktur kring åtgärder och bedömningsstöd i en akut hälsosituation. Den har resulterat i mindre ”dispyter” med ambulanspersonal.

Risکاناليس

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Att hålla rutinerna levande och att göra riskbedömningar är ett viktigt steg i att identifiera händelser som kan medföra brister i verksamheten. I samband med inflyttning, inom 2 veckor, hålls ett välkomstmöte för den boende och dess närstående där man träffar sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktman och temacoach. Där får man en första bedömning gällande bl.a. aktiviteter, förflyttningar, balans och ev. behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Kontaktman tar del av ordinationer från ssk och rehabteam och försöker skapa med sin närvaro en känsla av trygghet och omhändertagande. Temacoach träffar den boende i en lugn och avslappnad miljö där meningsfulla aktiviteter diskuteras och ett samtal kring hela inflyttningsprocessen förs i syfte att skapa en tryggare inflytt för alla nya boende. En första bedömning av patientens status utförs i samband med inflyttning av ansvarig sjuksköterska; kommunikation, elimination och nutrition.

Kontaktman skapar en genomförandeplan efter mötet. Genomförandeplan ska följas upp efter 6 månader eller vid behov. Kontaktman kallar då den boende, närstående, sjuksköterska och rehab till möte för detta ändamål.

Riskbedömning för risk av tryckskada, malnutrition och fall ska vara genomförda av tvärprofessionella teamet inom fjorton dagar efter inflyttning, sjuksköterskan ansvarar för registreringen i Senior alert. Hos boende med demenssjukdom sker en registrering i BPSD. En basal inkontinensutredning ska vara påbörjat inom fjorton dagar och utförs idag. Avvikande händelser dokumenteras i Safedoc.

Varje vecka hålls ett teamforum där flera professioner medverkar: verksamhetschef, enhetschef, sjuksköterska, tjänstgörande våningspersonal, sjukgymnast och arbetsterapeut. I detta forum pratar man om ALLA boende i ett tvärprofessionellt möte.

Varje vecka har också läkare, rehabteamet och sjuksköterskor en sittning där alla boende som har fallskador diskuteras enl. Familjeläkarnas fallpreventionsprojekt.

I ledningssystemet finns riktlinjer om medicinsk riskhantering.

Händelseanalys

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

I LEVA finns anvisningar om hur bedömda risker och avvikelser såsom vårdskador ska följas upp.

Vårdskada

Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården.

Allvarlig vårdskada

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Ansvar

Alla medarbetare har alltid skyldighet att rapportera och följa rutiner enligt avvikelshantering och rapportera händelser som kan resultera i en Lex Maria-anmälan till tjänstgörande sjuksköterska.

Sjuksköterskan dokumenterar och anmäler till verksamhetschef.

Verksamhetschefen är skyldig att vidta åtgärder omedelbart när en anmälan görs, senast dagen efter anmälan inkommit. Anmälan ska utredas skyndsamt och avslutas med ett ställningstagande.

Verksamhetschefen ansvarar för att utan dröjsmål informera MAS och VD samt till nämnd i stadsdelsförvaltning eller till nämnd i kommun där verksamheten har sitt uppdrag.

Nämnden ska informeras om vad som har framkommit under utredningen, ställningstagandet samt vidtagna och planerade åtgärder.

Vid verksamhetschefens frånvaro ska anmälningsuppgiften vara delegerad till enhetschef eller namngiven sjuksköterska.

Analys

Om avvikelserna har den dignitet att det inträffade kan bli föremål för en Lex Maria-anmälan ser verksamhetschefen till att en intern analys genomförs av händelsen där följande ska redovisas och dokumenteras:

Händelsen

Omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder

Identifierade orsaker till händelsen

Riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser ska inträffa igen och tänkbara konsekvenser

Händelser av liknade art som tidigare har inträffat i verksamheten, och riskförebyggande åtgärder som har vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen.

Stöd till den som utsatts för missförhållande

Verksamhetschefen ansvarar för att ta ställning till i vilken omfattning och hur den boende som har utsatts för ett allvarligt missförhållande ges stöd och informeras om anmälan, utredning och ställningstagandet samt vidtagna och planerade åtgärder.

MAS

Det är MAS som avgör om en avvikelse har den dignitet som en Lex Maria anmälan och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Lex Maria-ärenden rapporteras så snart som möjligt (senast inom 2 månader) till IVO så att hanteringen sker enligt lagar, föreskrifter och allmänna råd.

Händelseanalysen ska bifogas Lex Maria-anmälan. MAS underrättar den boende och eller närstående om att anmälan till Socialstyrelsen ska göras. När beslut kommit från socialstyrelsen ansvarar MAS för att informera berörd nämnd och personal om Socialstyrelsens beslut.

MAS ansvarar även för att patienten eller närstående skyndsamt får skriftlig information om Socialstyrelsens beslut.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Uppdragsgivaren utför uppföljning genom granskning av journaler vid två tillfällen 2018 och annan dokumentation. Det åligger intern MAS att lokalt utföra journalgranskning. Den sista granskningen var i november 2018 i samband med Solna Stads HSL tillsyn november 2018.

Checklistan för upprättande av en patientjournal ger anvisning om hur sjuksköterskan i dokumentation säkerställer att hälso- och sjukvårdsinsatser finns tillgängliga för omvårdnadspersonalen samt hur omvårdnadspersonalens iakttagelser och observationer dokumenteras för att säkra att vårdplaner upprättas. Under hösten gjordes också en stor egenkontroll av alla sjuksköterskors dokumentation. Alla fick personlig feedback om vad de behövde förbättra.

Sjuksköterskan är ansvarig för egen kontroll bl.a. vad gäller läkemedelshantering, kontroll av narkotika klassade läkemedel, rutiner, behörighet och delegering av läkemedel samt andra arbetsuppgifter såsom signeringslistor, avvikelser, dokumentation och vårdplanering. Egenkontrollen finns redan beskrivet i föregående kapitel. Följsamheten för egenkontroll hos sjuksköterskorna är i stort sett god på Berga. Kvalitetssystemen är ett levande verktyg på Berga och där sker egenkontrollen kontinuerligt under månaden.

PPM-mätningar har utförts vid 2 tillfällen under 2018, de gällde vårdhygien och trycksår. Enligt befintlig rutin har sjuksköterska som är hygienombud utfört en enkät hos omsorgspersonal med egen skattning av basala hygienrutiner, egenkontroller av vårdhygien och hygienrond 2 ggr/år.

Hantering av klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §.

I ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål skall utföras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid Temabo VD och Kvalitetschef samt uppdragsgivare informeras omgående.

Anvisningar vid skriftliga synpunkter och klagomål

Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras på avsedd blankett, med inlämnad skrivelse som bilaga. Detta för att säkerställa att vi har namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.

Bekräfta mottagandet av synpunkt/ klagomål till avsändaren. Det sker genom att direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå.

Analysera och utred ärenden med hjälp av en handlingsplan. Är ärendet omfattande med många inblandade kan du ta hjälp av en händelseanalys.

Informera aktuella medarbetare. Verksamhetschefen informerar VD samt uppdragsgivaren om denne bedömer att ärendet är allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter.

Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS.

Baserat på analysen alternativt händelseanalysen görs en handlingsplan som förankras hos aktuella medarbetare.

Ge den som lämnat in synpunkten eller klagomålet återkoppling genom att berätta om handlingsplanen.

Återkoppla om handlingsplan på Kvalitetsforum och Arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade samt att det inte upprepas igen.

En slutrapport skrivs när handlingsplanen är åtgärdad och dialog har förts med den som framförde klagomålet. Slutrapporten och därtill hörande handlingar förvaras av verksamhetschef. För att vi ska kunna lära, gå tillbaka i efterhand och ibland för att kunna påvisa vår handlingskraft.

Vid ärenden där uppdragsgivare samt VD varit informerade skickas även en slutrapport till dessa.

Synpunkter och klagomål registreras som statistik på sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål i månadsrapporten. Denna redovisas vid verksamhetschefsträff och vid de månatliga kvalitetsforum, vid våningsmöten där avvikelser inträffat samt arbetsplatsträffar.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs enligt Temabo ledningssystem i tabellform för avvikelsestatistik under ett kalenderår. Mönster och trender synliggörs i tabellen och redovisas vid arbetsplatsträffar där alla yrkeskategorier närvarar.

Resultatet tas till vara och leder till lokala handlingsplaner.

Vid kvalitetsforum behandlas alla inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål. Handlingsplan upprättas beroende på arten av avvikelse. I vissa fall för en specifik avvikande händelse och i andra fall en plan för att bryta ett mönster eller trend som framkommer vid studie av avvikelsestatistiken.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhetsarbetet inom Temabo omfattar administrativa och tekniska säkerhetslösningar som skydda våra tjänster, vår information. Syftet är att säkerställa informationens *tillgänglighet, riktighet, sekretess* och *spårbarhet* inom företagets verksamheter.

Tillgänglighet innebär att informationen och berörda system, såsom dokumentationssystem, skall finnas tillgängliga enbart utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att innan behörighet och tillgänglighet till informationen utdelas att göra en behovs- och riskbedömning. Verksamhetschefen ansvarar även för att regelbundet med hjälp av loggkontroller följa upp behörigheterna för att säkerställa att ingen obehörig har tillgång till denna vårdinformation som finns tillgänglig i dokumentationssystemet och vid behov ta bort dessa, samt att vid dataintrång utreda och anmäla dessa till ansvarig MAS.

Tillgängligheten av vårdinformationen i journalsystemet begränsas även av att direktåtkomst till uppgifterna föregås av stark autentisering (*kontroll av uppgiven identitet på två olika sätt*), dvs med hjälp av ett personligt tilldelat SITHS-kort, samt en egen personlig inloggning.

Loggkontroller har under året genomförts 4 ggr enligt fastställd plan och inga avvikelser har identifierats inom verksamheten. Arbetsgången under loggkontrollen följer Temabos rutin, men det görs också en kontroll av alla medarbetare som innehar en aktiv licens inom Safedoc. Under den kontrollen hittar man medarbetare som inte har arbetat under en tid, deras licens inaktiveras i systemet. Alla våningsfasta medarbetare har endast behörighet för sin egen våning. Endast vidbehovs anställda har behörighet för alla våningar.

Riktighet innebär att vårdinformationen i dokumentationssystemet är tillförlitlig, korrekt och fullständig. Detta kontrolleras genom regelbundna systematiskt genomförda journalgranskningar. Journalgranskningar har under året genomförts enligt fastställd plan och följande avvikelser har identifierats: riskbedömningar måste dokumenteras bättre i Safedoc och en plan för åtgärder och uppföljningar måste skapas, dokumentera under rätt sökord, tydligare ordinationer av skydds- och begränsningsåtgärder. Vilket har medfört att verksamheten under året har arbetat med att utveckla och förbättra riskbedömningarna, minska antalet åtgärder för att lättare kunna utföra och följa upp, genomgång av alla ordinationer och utveckling av loka rutiner.

Sekretess syftar på att informationen är skyddsklassad och endast åtkomlig för personer som är behöriga, samt att den aldrig ska spridas till obehöriga. De medarbetare som har en behörighet och således har tillgång till vårdinformationen i journalsystemet informeras vid nyanställning, samt regelbundet om kravet på att sekretess råder.

Inga avvikelser gällande sekretessreglerna har under året identifierats inom verksamheten.

Spårbarhet är av vikt för att det skall vara möjligt att i efterhand kunna avgöra vem som tagit del av informationen, vilka förändringar som skett och av vem dessa utförts. Denna spårbarhet kan säkerställas genom att direktåtkomst till vårdinformationen i journalsystemet föregås av en stark autentisering.

Sjuksköterskor som arbetar dagtid, verksamhetschef, 2 enhetschefer är de enda medarbetare som idag har SITHS-kort och en personlig inloggning.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Lokal samverkan

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns personal med både formell och reell kompetens för de uppgifter som verksamhetens hälso- och sjukvård kräver, för att därigenom tillgodose kravet på hög säkerhet.

Läkarkontakten är reglerad enligt de riktlinjer som finns i samverkansavtal mellan Solna Stad och läkarorganisationen. Solna Stad har avtal med Familjeläkarna i Saltsjöbaden från 17 april 2012 och 4 gånger per år sker nätverksmöten med läkarorganisationen. Solna stads MAS kallar till mötet. Verksamhetschef, Temabo MAS och enhetschef för ssk deltar också vid dessa möten och där diskuteras många aspekter som stärker patientsäkerheten.

Samverkan kommun – landsting

I ledningssystemet finns anvisningar om hur kontakten mellan Berga och sjukhus ska utföras. Sjuksköterskan utför åtgärder och gör en bedömning enligt Visam, hon ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för att meddelas vad Visam har gett för resultat och för att läkare ska göra sin egen bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om ej tillståndet fordrar akuta handläggningar då kontaktas ansvarig läkare i efterhand. Alla våra sjuksköterskor har också under senhösten genomgått utbildning i beslutstödet Visam. När en boende insjuknar är det viktigt att bedömningen av patientens hälsotillstånd alltid sker på ett strukturerat sätt. Beslutsstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när en patients hälsotillstånd försämrats. Under 2018 kunde vi utföra beslutstödet på ett stort antal boende.

Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om boende har pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning gjorts att fortsatta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information.

För boende som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd gäller följande att vårdmeddelande medföljer boende, telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående. Dess information skickas med i en röd mapp markerats med Berga adress och Solna stads logo för att säkerställa att de komma fram till sjukhuspersonal.

Medarbetare som känner boende följer ofta med den boende och lämnar då uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter och att boende märks med ID-band.

Vid utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit. Utskrivningsmeddelandet bör bland annat innehålla uppgifter om: Resultatet av aktuell vård och behandling, ADL-förmåga, kommunikativ förmåga, anvisningar för boendes fortsatta medicinska vård och behandling, eventuella komplikationer eller risker i samband med behandlingsåtgärder och aktuell läkemedelslista.

När den boende har vårdats på sjukhus fungerar återkopplingen ofta ganska bra. Vad som fortfarande fortsatt saknas är behandlingsmeddelande från berörd akutmottagning om den boende

blir hemskickad samma dag. Det som också saknas många gånger trots överenskommelse är att behandlande enhet ska skicka med läkemedel. Vilket är en svag länk ur patientsäkerhetssynpunkt.

Socialtjänst och hälso- och sjukvård

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 6 § ska det framgå i ledningssystemet hur samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård ska bedrivas i den egna verksamheten.

Legitimerad personal läser omsorgspersonalens sociala dokumentation i Safedoc för att identifiera hälso- och sjukvårdsproblem. Kontinuerligt efter behov skickar legitimerad personal meddelande till teamet via Safedoc. Meddelandet hänvisar till nyheter och förändringar i den boendes omvårdnadsplaner. Detta görs för att säkerställa att teamet/omsorgspersonalen har erhållit adekvat information gällande hälso- och sjukvården ex. att viss behandling påbörjats, avslutats, att vårdplan upprättats när risk föreligger för fall, trycksår eller nutritionsproblem, vid vård i livets slutskede.

Vid delegerande av HSL-uppgifter används signeringslistor för att säkerställa att uppgiften blivit utförd och att legitimerad personal kan följa upp och utvärdera resultatet. Aktuell signeringslistan finns i den boendes lägenhet på insidan av medicinskåpets dörr.

Ett systematiskt arbetssätt för att upprätthålla patientsäkerheten är teamronden. En gång per vecka hålls teamrond. Det är ett ypperligt tillfälle för ssk och rehabteam att ge handledning till våningspersonalen. Vid teamronden deltar representanter från samtliga yrkeskategorier; vårdpersonal i tjänst och ansvarig sjuksköterska i tjänst, sjukgymnast, arbetsterapeut och enhetschef och verksamhetschef.

Veckans händelser av vikt följs upp, behov av nya bedömningar gällande ADL, förflyttningar, balans mm, uppföljning och utvärdering av vårdplaner, bemötandeplaner, uppföljning av skydds- och begränsningsåtgärder och hjälpmedelsbehov.

Den legitimerade personalens deltagande vid rapporter och teamronder leder till ökad patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risk för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet. Rapportering bör med omedelbar verkan.

Tjänstgörande sjuksköterska signerar mottagandet av avvikelserapporter, skriver i rapporten åtgärder och resultat. Boendeanvarig sjuksköterska för avvikelser för fall, läkemedelsbrister och trycksår till Safedoc där bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder redovisas. Alla andra avvikelser signeras av verksamhetschef och hanteras enligt rutin för Avvikelse. Verksamhetschef får också signera mottagande av avvikelserapporten. Hon gör en egen analys av händelsen och vidtar vidare åtgärder. Avvikelse som hade kunnat medföra en vårdskada diskuteras under HSL-möten en gång per månad. De tas även upp under kvalitetsforum där kvalitetshandledare från varje våning sitter tillsammans med sjuksköterska, enhetschefer och verksamhetschef. Informationsöverföring sker minst tre gånger per dygn mellan de olika arbetspassen.

Inga utredningar har skett under 2018.

Sammanställning analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Då boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa dvs. ej direkt påverka den boendes situation och är en engångsföreteelse, hanteras detta enligt vår synpunkts och klagomålshantering, dokumenteras i en blankett.

Då boende eller närstående har permanenta synpunkter ska verksamhetschefen bedöma om det ska erbjuda kontinuerliga möten för planering och avstämning. Alla inkommande rapporter, synpunkter och klagomål följer dessa steg:

1. Alla skriftliga synpunkter eller klagomål ska dokumenteras på avsedd blankett, med inlämnat skrivelse som bilaga. Detta för att säkerställa att vi har namn, telefonnummer och adress till den som framför synpunkten eller klagomålet.
2. Bekräfta mottagandet av synpunkt/ klagomål till avsändaren. Det sker genom att ta direkt kontakt, via mail eller telefon. Bekräftelsen skall dokumenteras och datum för återkoppling ska framgå.

Analys och sammanställning

1. Aktuella medarbetare/boende/närstående bör informeras om den inkomna rapporten/klagomålet/synpunkten.
2. Ärendet analyseras och utreds med hjälp av en handlingsplan. Är ärendet omfattande med många inblandade används en händelseanalys enligt rutin i LEVA. Återkoppling om innehållet i handlingsplanen ges till inrapporterande samt aktuella medarbetare.
3. Verksamhetschefen informerar Driftschef samt uppdragsgivaren om denne bedömer att ärendet är allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS.
4. Återkoppla om handlingsplan på Kvalitetsforum och Arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade samt att det inte upprepas igen.
5. En slutrapport skrivs när handlingsplanen är åtgärdad och dialog har förts med den som framförde klagomålet. Slutrapporten och därtill hörande handlingar förvaras av verksamhetschef. Rapporten över klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. S
6. Synpunkter och klagomål registreras som statistik på en sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål i månadsrapporten i Stratsys.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Berga ska erbjuda en hög grad av tillgänglighet och gott bemötande genom god informationsgivning. Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska (boendeansvarig sjuksköterska). Det råder givetvis alltid tystnadsplikt om den boendes personliga förhållanden. Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Vi ger ingen information utan att först ha den boendes godkännande. Denna instruktion gäller under förutsättning att den boende ger sitt godkännande. I annat fall gäller full sekretess inom de områden boende önskar.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnar vi informationsbroschyr med namn och telefonnummer till verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten. Vi lämnar Solna stads kvalitetsdeklaration- blankett för synpunkter och klagomål och information om brandsäkerhet.

Berga bjuder in och uppmuntrar boende och närstående att medverka i olika forum. Den boende och när den boende så önskat har den närstående medverkat vid vårdplaneringen där kontaktmannen ansvarat för upprättandet av genomförandeplan, boendeansvarig sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut har ansvarat för omvårdnads/rehab plan. Inbjudan att delta i boende/närståenderåd och matråd för de boende.

Verksamhetschefen skickar även ett veckobrev till närstående som har lämnat sin mailadress och till boende, brevet finns i informationspärmen på varje våning. Brevet innehåller kortfattad information om veckan som varit och vad som komma skall på Berga, viktiga förändringar och annat av intresse.

Genom närståendes deltagande vid forum som vårdplanering medverkar de i patientsäkerhetsarbetet genom att delta i omvårdnadsprocessens

Olika faser. Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan (8 boende) har en boendeansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Generellt är BAS på Berga aktiv med att hålla anhöriga informerade om den boendes hälsotillstånd eller förändringar i deras hälsotillstånd. Detta leder i sin tur till ökat förtroende och tillit till personalen, undviker många missförstånd.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Utbildning under 2018

HSL-personal

Hygienutbildning – 1 ssk

Sårvårdsutb: 4 ssk

Madrassutb: 2 ssk

BPSD-administratörsutb: 1 ssk

Diabetesutb: 1 ssk

Palliativ vård: 2 ssk

Palliativ ombudsutb: 2 ssk

NVP utb: 2 ssk

Brandskyddsutb: 1 ssk

Nätverksträffar FoU: samtliga rehabpersonal

Nätverksträff för paramedicinare 2 ggr: samtliga rehabpersonal

Omvårdnadspersonal

Livsmedelshygien: samtliga medarbetare

Introduktionsutb för nya medarbetare: ca 8 medarbetare

Etikforum: samtliga medarbetare

Nätverksträff för nattmedarbetare: 1 medarbetare

Munvårdsutbildning: samtliga medarbetare

Inkontinensskyddsutb: samtliga medarbetare

Förflytningsutb: vissa medarbetare

Värdegrundsutb: 4 medarbetare

Hjälpmiddelsutbildning, positionering av dynor: samtliga medarbetare

BPSD administratörsutb 2 heldagar: 2 medarbetare

Palliativombudsutbildning: 3 medarbetare

Palliativ ombuds nätverksträffar: samtliga ombud

Brandskyddsutbildning: samtliga brandombud och nya anställda

Inspirationsdag, Solna Stad, inriktning Demens: 7 medarbetare

Av förklarliga skäl har ju inte alla gått exakt samma utbildning men som helhet har det ju breddat personalens kompetens. *Utbildning är ett viktigt led i hur vi stärker patientsäkerheten inom vård och omsorg och där har både Temabo och Solna stad tagit sitt ansvar.*

Processmått

Tid: 2018-01-01 - 2018-12-31

Vårdplaner:

Totalt antal vårdtagare = 103 st
Antal boende flyttat till annat boende: 4 st

Bedömningsinstrument:

Totalt antal vårdtagare = 111 st
Antal utförda riskbedömningar: 193 st
Andel riskbedömningar där risker konstaterats: 185 = 96%
Antal riskbedömningar med dokumenterad bakomliggande orsaker: 167 st = 90%
Antal riskbedömningar med åtgärdsplan vid risk: 178 =96%
Antal vårdtagare med BMI <22: 71
Antal riskbedömningar utförda åtgärder vid risk: 90 = 54%
Antal trycksår: 52 st
Andel vårdtagare med dokumenterad individuellt utredd inkontinens: cirka 80 st
Antal vårdtagare med konstaterad kontinens: 6 st.
Andel vårdtagare med risk för ohälsa i munnen: 46 st

Läkemedelsgenomgång:

Antal dokumenterade läkemedelsgenomgångar: ca 96 st utförda

Avvikelse rapporter:

Totalt antal HSL avvikelser:- Fall, trycksår och Läkemedel är 472 st.

Brister i läkemedelshanteringen:

Totalt antal drabbade vårdtagare = 39 st

Brister i läkemedelshantering: 45 st

Fall:

Andel rapporterat falltillfällen: 375 st

Brister i medicintekniska produkter:

Antal vårdtagare med brister i sin medicinsk teknisk produkt = 0

Brister i medicintekniska produkter: 0

Vård i livets slutskede/avlidna:

Avlidna på boendet	Avlidna på annan plats t.ex. sjukhus	Totalt antal avlidna
31 st	2 st	33 st

Förskrivna inkontinenshjälpmedel/urinkateter:

Antalet vårdtagare med förskrivna inkontinenshjälpmedel	Antalet vårdtagare med urinkateter (via urinröret)	Antalet vårdtagare med urinkateter (suprapubis)	Antal vårdtagare med nefrostomi /urostomi
Ca 111 st	4 st	1 st	2 st

Specifik omvårdnad/Smitta:

Antal vårdtagare med känd smitta vid inflyttning:

ESBL	Hepatit	MRSA	VRE
2	0	2	0

Specifik omvårdnad/Övrig:

	CPAP	Syrgas	PICC-line
Antal vårdtagare	1	0	0

Munhälsobedömning:

Andel vårdtagare med dokumenterad munhälsobedömning	Andel vårdtagare som erbjuds och tackar ja till avgiftsfri årlig munhälsobedömning
111 st	109 st

Övergripande mål och strategier för kommande år

2019 ser ljusare ut i sjuksköterskefronten. 1 ny sjuksköterska började sin anställning i början av januari med Silviasjuksköterskekompetens och nu pågår rekrytering av en till sjuksköterska som förmodligen kommer att påbörja sin anställning i mitten av februari. En sjuksköterska som har varit sjuk under lång tid har ansökt om pension till mitten av mars. Vi kommer då att ha 2 vakanta sjuksköterskeplatser, vilket är det minsta vi har haft på något år.

- Brukarundersökningen: kontakt med sjuksköterska ska nå målet upp till mellan 74-85 %
- Fortsätta att utveckla dokumentationen i Safedoc. Bli bättre på att skriva, ordinationer, vårdplaner med åtgärder, uppföljning och resultat. Följa upp vårdplan minst 2 ggr/år
- Senior Alert: fortsätta att registrera lika bra som nu. Öka de utförda åtgärderna till över 54% genom att inte ta så många åtgärder i en och samma åtgärdsplan.
- BPSD: Alla boende på våning med demensinriktning ska registreras. Att använda registrets bemötandeplaner som en naturlig del av vården. 2 ssk med specialistkompetens inom demens kommer att även starta med utbildningar för närstående och medarbetare. Alla 3 sjuksköterskor som är boendeansvariga för våningar med demensinriktningar har gått BPSD-utb. Nyanställda sjuksköterskor ska skrivas in i BPSD-admin utbildningar.
- NVP: Fortsätta att stärka användandet av NVP. Arbeta aktivt med handledning av NVP till både medarbetare och nya sjuksköterskor. Att alla palliativa ombud på Berga ska lära sig att göra smärtbedömning med Abbey Pain Scale och förmedla kunskapen vidare till sina arbetskamrater.
- Palliativa registret: Öka antalet registrerade till 85%. Erbjuder i större utsträckning efterlevandesamtal. Tätare tillsyn under terminalfasen och öka den mänskliga närvaron till över 55%.
- Att minst 95% av alla boende ska ha genomgått en mindre inkontinens utredning och ha ett vårdplan med ordinerade inkontinenshjälpmedel
- Fortsätta att säkerställa att följsamheten för de basala hygienrutinerna är hög. Delta i utbildningar anordnade av Vårdhygien.
- Använda oss av beslutstödsverktyget Visam.
- Sjuksköterskor kommer att få en större roll och ansvar angående avvikelser på sina våningar. Rapportera antal avvikelser, åtgärder och uppföljningar på kvalitetsråd angående läkemedelsbrister och/eller trycksår.
- Nattsjuksköterskor ska dokumentera i vårdplan och göra tydliga ordinationer för skydds- och begränsningsåtgärder och inkontinenshjälpmedel.
- Phonirol: Nattsjuksköterskor bör ha mer insyn i utförda tillsyner inne hos boende. Följa upp tillsynsmängden 4 ggr/år och/eller göra förändringar vid behov.

Vid pennan

Pamela Vidal

Enhetschef/HSL-ansvarig

Angela Plambeck

Verksamhetschef