

# Patientsäkerhetsberättelse



2018

Oskarsro

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	6
Struktur för uppföljning och utvärdering.....	7
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten .....	8
Uppföljning genom egenkontroll .....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	12
Risikanalys .....	14
Informationssäkerhet .....	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	17
Hantering av klagomål och synpunkter .....	18
Sammanställning och analys.....	19
Samverkan med patienter och närstående.....	20
Resultat .....	21
Klagomål/Avvikelse lämnade av:.....	21
Klagomål/Avvikelse som avser:.....	21
Övergripande mål och strategier för kommande år .....	25

## Sammanfattning

### Sammanfattning

Oskarsro vård och omsorgsboende byggdes om till äldreboende 1994 och drivs sedan mars 2013 av Temabo AB. Temabos uppdrag och mål är att skapa ett aktivare boende för äldre. Oskarsros profil är sång, dans och musik och omfattar 34 äldreboendeplatser varav 10 är inriktade mot demensvård och 24 mot somatisk vård och omsorg. Vår verksamhet utgår från en salutogen värdegrund och fokuserar på vad som är meningsfullt för den boende.

Vårt arbetssätt bygger på en förtroendefull samarbetsrelation med varje boende och närstående samtidigt som vi följer intentionerna för äldreomsorg i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Temabos verksamheter har ett gemensamt arbetssätt som säkerställer patientsäkerheten.

Genom ett systematiskt kvalitetsledningssystem ”Leva” arbetar verksamheterna utifrån aktiviteter och processer. Dessa leder vidare till styrande dokument, riktlinjer och rutiner för huvudprocesser, delprocesser och stödprocesser. Ledningssystemet omfattar alla processer med avvikelshantering kopplat till förbättring.

Samverkan sker med läkarorganisationen Legevisitten AB, och regelbundna undersökningar, behandlingar och läkemedelsgenomgångar genomförs, vilket är centralt för patientsäkerheten, och för att den boende får god vård i livets slutskede. Samverkan med tandhygienister från OralCare sker vid inflytt av en ny boende och genom årliga munhälsobedömningar efter boendes samtycke. Samverkan med tandläkare från Flexident och tandhygienister från LaRomain äger rum genom planerade besök och utbildningar tillhandahålls till vård och omsorgspersonal. Detta ska leda till att den boendes munhälsa är av god kvalitet. Samverkan sker vidare inom interna nätverk för de olika yrkesgrupperna inom Temabos verksamhet samt inom olika mötesforum på Oskarsro.

Egenkontroller och uppföljning äger rum med Vårdhygien genom regelbundna uppföljningar av följsamheten av basala hygienrutiner, hygien av lokaler och förslag till förbättringar. Likaså sker en årlig apoteksgranskning av Apoteket Farmaci för att säkerställa att verksamhetens läkemedelshantering har en god patientsäkerhet. Egenkontrollen sker genom checklistor och uppföljning av signeringslistor och delegeringar.

Avvikelse som sker utifrån HSL och SoL följs upp och diskuteras på APT, Kvalitetsforum och Teamforum. Syftet med avvikelserna, som är ett viktigt element i det systematiska kvalitetsarbetet, är att se över rutiner och öka medarbetarnas kompetens så att händelser som lett till avvikelserna inte ska upprepas.

Den inflyttande och dennes närstående informeras, om verksamheternas patientsäkerhetsarbete och hur förbättringsarbete systematiskt följs upp. Information ges även om hur klagomål och andra synpunkter kan lämnas och hur återkoppling av dessa sker. Det systematiska kvalitetsarbetet ska leda till att verksamheterna arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Som ansvarig vårdgivare har verksamheter även skyldighet att utreda händelser som hade kunnat leda till, eller har lett till vårdskada och om den är av allvarlig art, sker anmäla till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

För att bygga upp en god kvalitet i verksamheten och en hög patientsäkerhet krävs kompetent personal samt metodiskt arbete.

### Följande konkreta åtgärder har genomförts under 2018:

- Samtliga boende som givit samtycke till registrering har under året registrerats i Senior Alert och uppföljning har skett.

- 75 fall har noterats i avvikelssystemet.
- 13 dödsfall har inträffat på enheten varav 9 har registrerats i Palliativa registret. 4 har inte registrerats i registret pga dödsfall på sjukhus och 2 har missats under sommartid.
- BPSD-registret som står för "beteendemässiga och psykiska symptom vid demens" har använts som metod och arbetssätt och registret har använts flitigt under året. 10/13 boende har registrerats och skattats efter samtycke.
- Arbetet med säker läkemedelshantering har under året fortsatt med gott resultat vid apoteksgranskning.
- Antalet läkemedelsavvikelser har under år 2018 minskat till 21 st, från år 2017 som var 27 st. Arbetet med säker läkemedelshantering är pågående och varje avvikelse följs upp av sjuksköterska tillsammans med berörda.
- Ingen avvikelse har varit föremål för Lex Maria-anmälning.
- Nationell vårdplan för palliativ vård implementerades i årets slut, arbetet har fortsatt väl under året.
- Vi har under året utfört en nattfastemätning för att förhindra att våra boende har för lång nattfasta.
- Under året har kostombuden påbörjat arbetet med att revidera rutiner för måltidssituationen. Detta utifrån de observationer av måltidssituationer som utförts under året. Rutinerna har förankrats bland personalen.
- Kompetensutveckling har varit ett annat målområde och under 2018 har bl.a följande utbildningsinsatser ägt rum: utbildat fler BPSD administratörer, inkontinens utbildning, utbildat nya palliativa ombud, hygien utbildning, sårvårdskurs, handledarutbildning m.m.
- 3 st undersköterskor har under året genomfört administratörsutbildningen till BPSD-registret samt en nyanställd sjuksköterska.
- 2 undersköterskor (hygienombud) deltog i Solna Stads Hygienutbildning som hölls av Vårdhygien, Stockholm.
- Handledarutbildning, har 1 sjuksköterska gått.
- Medarbetare på omvårdnadsvåningarna har genomfört de webb baserade utbildningarna: hygienutbildningen, nollvision, äldre och läkemedel, och webb utbildningen äldre med diabetes. Samtliga nyanställda samt sommarvikarier (förkortad version) genomför hygienutbildningen och Demens ABC.
- 5 nya palliativa ombud har utbildats jan 2018
- En sjuksköterska har gått igenom den nya versionen av Nationella register, Senior Alert med Temabo MAS
- två undersköterskor deltog i Inspirationsdagen i Solna stad
- två undersköterskor deltog i Brandskyddskurs-grund i Solna stad
- Verksamhetschef har gått kurs 7,5 p Socialrätt för arbetsledare
- Två undersköterskor har gått en grundkurs i vårdhygien
- VC, en sjuksköterska och två undersköterskor deltog i Kvalitetsdagen i Solna stad
- tre sjuksköterskor har gått utbildning om sårvård.

Vi tar tillvara boendes, närståendes och medarbetares resurser, samtidigt som vi följer intentionerna för äldreomsorg i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Medarbetarna på Oskarsro har ett gemensamt arbetssätt som säkerställer patientsäkerheten.

## Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet på Oskarsro vård- och omsorgsboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet. Arbetet utgår ifrån den nationella värdegrunden för äldreomsorgen som har sin utgångspunkt i de nya bestämmelser som skrevs in i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, den 1 januari 2011. Detta innebär att vården och omsorgen ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Mål för kvalitet och patientsäkerhet inom alla Temabos verksamheter, är en god och säker vård där antalet vårdskador minskar genom ett systematiskt kvalitetsarbete. Uppsatta mål för 2018 är uppfyllda i områden som: Fall, Trycksår, Nutrition, Vårdrelaterade infektioner, Basala hygienrutiner och klädregler (BHK), Regelbundna läkemedelsgenomgångar.

Patientsäkerhetsarbetet ska vara av god kvalitet och följa Temabos ledningssystem samt riktlinjer från Solna stads medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS). Ledningssystemets riktlinjer ska överensstämma med gällande lagstiftning.

Vi har fokus på den enskilde individen och utgår från varje persons behov av vård och omsorg. Vi sätter in de åtgärder som behövs och följer upp åtgärderna. Vi arbetar med ständiga förbättringar på ett systematiskt sätt genom kvalitetsledningssystemet och genom riskanalyser och egenkontroller. Med delaktiga medarbetare och engagerade ledare uppnår vi en samsyn i vård och omsorg för att ge en god och patientsäker vård. Vi arbetar med kunskap och kompetensutveckling genom återkoppling och feedback, engagemang i olika nätverk.

Målet för hälso- och sjukvården vid Oskarsros vård- och omsorgsboende är att vårdtagaren ska:

- känna sig trygg och få ett gott bemötande
- uppleva självbestämmande och att den kroppsliga integriteten respekteras
- känna sig delaktig i omvårdnaden
- ha rätt till en säker läkemedelsbehandling
- få god personlig omvårdnad och säker specifik vård,
- vara välnärd, reducera risk att skadas av fall, eller få trycksår, ha god munhälsa via uppföljning av Senior Alert kvalitetsregister.
- Personer med demenssjukdom ska registreras/ skattas i BPSD registret
- erbjudas en hälsofrämjande och meningsfull vardag, erbjudas ett rikt dagligt program med sång, musik och dans.
- erbjudas en god vård i livets slutskede enligt Nationell vårdplan för palliativ vård och registreras i palliativa registret.
- Individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 29 §. Verksamhetschef vid Oskarsro har HSL ansvaret på Oskarsro. Denne ansvarar för bland annat säkerställa att verksamheten fyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård.

Temabo har en utsedd MAS för verksamheten vid Oskarsros vård- och omsorgsboende. Dennes ansvar regleras i 24§ HSL.

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet följer avtal om ansvarsfördelning mellan Temabos MAS och medicinskt ansvariga sjuksköterskan vid Solna stad.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska från Solna har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef vid Oskarsro har på uppdrag av vårdgivaren att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Solnas stads MAS ska ta del av patientsäkerhetsberättelsen från entreprenörer och vidare rapportera den till nämnden. Temabos MAS ansvarar för översyn av ledningssystemet så att det överensstämmer med rådande lagstiftning.

Sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.

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

## Struktur för uppföljning och utvärdering

### Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

HSL-avvikelse rapporteras av medarbetarna på Oskarsro och dokumenteras av legitimerad sjuksköterska alt undersköterska på separat avvikelseblankett. Fall incidenter rapporteras i Senior Alert där även bedömningar och åtgärder beskrivs. Uppföljning sker av den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession. Därefter går verksamhetschefen in och gör sin bedömning.

Verksamhetschefen delegerar till sjuksköterskan att börja och göra stora delar av utredningen och tillsammans tas en handlingsplan fram för att förbättra metoder eller arbetssätt. Varje månad har Temabos MAS ansvar för att, utifrån sin roll, göra en bedömning av avvikelsen och följa upp eller avsluta, beroende av utfall på den åtgärd som är gjord. Antalet avvikelser, typ av avvikelser, inklusive riskbedömning följs upp varje månad vid kvalitetsforum.

Varje månad skickas Oskarsros HSL-avvikelse sammanställt till Solna Stads MAS via en enkät och samtliga avvikelser rapporteras även in i vårt ledningssystem, LEVA.

I verksamhetsplanen sätts mål gällande registreringar i Senior Alert, Palliativa- och BPSD registret för att öka vår kunskap om patientsäkerhet, för att eliminera risker och för att genomföra förbättringar. För att eliminera vårdskador, arbetar verksamheter utifrån processorienterat arbetssätt för att säkerställa att den vård och omsorg som ges är ändamålsenlig, individuell, kunskapsbaserad, patientsäker och jämlik. För att öka patientsäkerheten är avvikelshanteringen ett viktigt instrument för att mäta och följa upp beslutade åtgärder.

Arbetet med att förebygga fall, trycksår, undernäring och nedsatt munhälsa utgår från att alla medarbetare ska ha en relevant kunskap om och vara uppmärksam på dessa risker för alla individuella boende.

Årligen genomgår alla medarbetare med läkemedelsdelegering ett kunskapstest för att följa upp och upprätthålla kunskapsnivån.

Kunskapsnivån gällande basala hygienrutiner upprätthålls genom årlig webbaserad utbildning för alla medarbetare och månatliga egenkontroller. Nyanställda medarbetare genomför webbaserad utbildning i basala hygienrutiner innan dem påbörjar sin introduktion.

Målområden för patientsäkerhetsarbetet utgår från den samlade kunskapen om antalet registrerade avvikelser inom ett område t ex fall. Kunskap från omvärlden t ex öppna jämförelser, utgör också underlag för valda områden. Målresultatet som är beslutat följs upp och strävar mot ett förbättrat resultat mot föregående år. Vårdskador mäts genom antalet avvikelser som leder till utredning och ev anmälan till Lex Maria/ IVO.

Temabo arbetar ledningssystemet LEVA för att på ett överskådligt sätt kunna planera, genomföra och utvärdera verksamhetens förbättringsarbete. Ledningssystemet är indelat i målområden, övergripande mål, verksamhetsmål, mätetal och aktivitet. Målområdena är kvalitet, medarbetare/ledarskap och ekonomi.

Målområdena styrs i stor utsträckning av sociallagstiftningen, hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter. Arbetet i ledningssystemet utmynnar så småningom i diverse lagstadgade rapporter, varav patientsäkerhetsberättelsen samt kvalitetsberättelsen är centrala.

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

### Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

När något blir fel och patientsäkerheten hotas, är det viktigt att verksamheten använder sig av händelsen för att lära av det som skett. Det ger underlag för ett förbättringsarbete och för att öka den fortsatta kvaliteten och patientsäkerheten. Verksamhetschef har det övergripande HSL ansvaret inom verksamheten och ansvarar specifikt för att förbättra och utveckla HSL arbetet och förebygga händelser. Vi arbetar förebyggande enligt senioralert genom att kartlägga riskbedömda processer enligt Norton, Downton fallriskindex, Malnutrition Assessment, ROAG bedömning och enligt BPSD som står för "beteendemässiga och psykiska symptom vid demens" och Nationell vårdplan för palliativ vård. Detta i ett led att arbeta mer strukturerat och förebyggande inom hälso- och sjukvården, demensvården och den palliativa vården.

Vid varje inflyttning vidtalas den boende och tillfrågas om samtycke till registrering i Senior alert, Palliativa registret och BPSD-registret. Under 2018 har vi haft 13 dödsfall vid Oskarsro, 9 har registrerats i palliativa registret. 2 personer avled på sjukhus och 2 dödsfall uteblev registrering i palliativa registret.

Under året 2018 har vårt arbete fortlöpt i BPSD-registret. Nya BPSD-administratörer utbildades i maj och november 2018. Syftet med registret är att främja ett metodiskt sätt att arbeta för att hitta orsaken till, samt minska beteendemässiga- och psykiska symptom i samband demenssjukdom. Under året har 10/13 boende registrerats och 22 uppföljningar har genomförts.

Under året har fördjupning av kunskaper kring demenssjukdom och bemötande av personer med demenssjukdom ägt rum via webb-utbildningar. Reflektionshandledarna har kontinuerligt under 2018 hållit reflektionsmöten med medarbetarna för att säkerställa ett fortsatt, löpande och arbetsplatsnära lärande inom området.

Som ett led i att förankra socialtjänstlagens intentioner rörande den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen har värdegrundshandledarna deltagit i en nätverksträff anordnad av Solna Stad. Värdegrundshandledarna kommer under 2019 fortsätta delta i nätverksträffar för att inhämta inspiration till fortsatt utveckling av värdegrundsarbetet vid Oskarsro.

Medarbetarna har genomfört landstingets nätbaserade utbildning i basala hygienrutiner.

Under 2018 har social dokumentation varit ett av ämnena för handledning. Teamledare har ägnat tid åt individuell handledning för medarbetarna samt följt upp vid två tillfällen under året samtliga genomförandeplaner. Fokus har varit att utveckla genomförandeplanerna i fram för allt, detaljplaneringen och fokus på individanpassad vård nattetid.

För att nå kvalitetssäkring av insatser inom hälso- och sjukvården arbetar vi vidare med avvikelserapportering. För ansvarsfördelning och hantering se avsnitt 4 och 5.

#### *Mötesstruktur*

Vi arbetar i team och har regelbundna möten i olika forum. Teamforum hålls en gång per vecka på tisdagar och omfattar legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal. Syftet med teamforum är att förbättra arbetsmetoder och förhållningssätt kring den boende ur ett personcentrerat förhållningssätt, både medicinskt och socialt.

Kvalitetsforum hålls 1 gång/ månad och omfattar legitimerad sjuksköterska, verksamhetschef, arbetsterapeut, fysioterapeut och teamledare. Avvikelse diskuteras vidare, analyseras,



förbättringsåtgärder och uppföljningar görs av tidigare händelser. Vi ser över instruktioner och rutiner som behöver revideras eller upprättas.

Våningsmöten hålls 2-4 ggr/år av ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef, teamledare och medarbetarna från våningen. Våningsnära avvikelser, arbetsmiljöfrågor, boendes status, förbättringsarbeten och rutiner diskuteras.

APT-möten hålls 1 gång/månad.

#### *Tillgänglighet för riktlinjer*

Samtliga medarbetare, tillsvidare och timanställda på Oskarsro har åtkomst till Temabos ledningssystem med riktlinjer för hälso- och sjukvården och sociala omsorgen via Temabos intranät.

Lokal rutinpärm med aktuella utskrifter för riktlinjer inom läkemedelshantering, läkarinsatser, inskrivningsrutiner, palliativ vård, larm och diagnostik, vård och behandling finns tillgänglig för tillfälligt anställd legitimerad personal.

## Uppföljning genom egenkontroll

### Uppföljning av egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Avvikelsesystemet utgör en viktig del för egenkontrollen. Alla avvikelser analyseras individuellt. Klagomål och synpunkter är en viktig del av förbättringsarbetet och hanteras på samma sätt som avvikelser. Varje månad redovisas en sammanställning av avvikelserna i vårt ledningssystem LEVA samt till medicinskt ansvarig sjuksköterska i Solna Stad.

Processer och kvalitetsmål för Oskarsro följs regelbundet upp lokalt vid ledningsmöten och kvalitetsforum.

För att vi ska veta hur våra rutiner och processer fungerar mäter vi utfallet från dem. Detta sker genom granskning av ekonomiskt resultat, riskbedömningar, avvikelshantering samt synpunkter och klagomål. Vi följer även upp resultaten från den årliga brukarundersökningen.

Resultaten utvärderas vid kvalitetsforum fyra gånger per år. Uppföljningen sker i enlighet med rutin för uppföljning av processer. Vid väsentliga förändringar i verksamheten ska särskild riskbedömning göras under ledning av verksamhetschef och skyddsombud.

Granskning av HSL journaler sker en gång per år. Verksamhetschef, tillsammans med sjuksköterska har granskat 5 st slumpvis utvalda HSL journaler.

Uppföljningsmöte med Apoteket Farmaci sker årligen för att säkerställa läkemedelshanteringen. Under år 2018 uteblev granskningen och sker i jan 2019. Den tidigare rapporten från Apotekets årliga granskning av läkemedelshanteringen den 11 december 2017 konstaterades att tydliga lokala rutiner för läkemedelshanteringen finns liksom skriftlig ansvarsfördelning för läkemedelshanteringen olika moment med namngivna personer. Vi fick en anmärkning i egenkontroll av vid behovs läkemedel och hantering av ordinationshandlingar i boendes pärm på rummen. Iordningsställande och administrering av vid behovs läkemedel av delegerad personal skall förbättras. Detta är områden som vi under år 2018 arbetat aktivt med.

För att följa upp hur kvaliteten av service- och omsorgsinsatser upplevs av de boende samt deras närstående och för att kunna jämföra kvaliteten mellan olika enheter genomförs Socialstyrelsens öppna jämförelser. Resultatet från öppna jämförelser analyseras enhetsvis och ligger till grund för utvecklingsplaner.

Brukarundersökning genomförs varje år, senast under våren 2018 med Socialstyrelsens "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Andelen svarande för Oskarsro vård och omsorgsboende var 40- 60 %. På frågan om brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt fick vi 86 %. Det är en minskning mot förra årets 92 %. Värdegrund/bemötande är något som vi har som ett utvecklingsområde för 2019.

På frågan tar personalen hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras var det en rejäl ökning till 83 % 2018 mot 33 % 2017. 69 % upplever att personalen har tillräcklig med tid för att kunna utföra sitt arbete hos sig, föregående år var resultatet 67 %.

42 % upplever att personalen i förväg meddelar om tillfälliga förändringar, föregående år var det 33 %. Det är en förbättring mot 2017 då siffran var 33 %. 58 % upplever att de kan påverka vid vilka tider man får hjälp, det är en förbättring mot 2017 då siffran var 50 %.

Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende, i år svarade 86 % att man känner sig trygg, en ökning i jämfört med förra året då 83 % upplevde trygghet.

38 % tycker att maten smakar bra och 45 % upplever att måltiderna på Oskarsro är en trevlig stund på dagen. Detta är en markant minskning från föregående år då resultatet var 58 % respektive 58 %.

Mat och måltider är något som vi kommer att ha ett fortsatt fokus på under 2019.

Siffran om man är nöjd eller missnöjd med de aktiviteter som erbjuds har ökat från 67 % till 92 %. Möjligheterna att komma utomhus bra el dåliga, siffran har ökat från 55 % till 67 %.

Händer det att du besväras av ensamhet har 29 % svarat nej mot 25 % föregående år.

På frågan hur lätt eller svårt är det att träffa sjuksköterska vid behov svarade 77 % mot 75 % 2017. På frågan hur lätt eller svårt är det att träffa läkare vid behov svarade 50 % mot 50 % 2017. På frågan hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen vid behov har vi ett ökat resultat med 86 % mot 75 % 2017.

70 % har önskat att få komma till Oskarsro, 2017 var siffran 67 %. Däremot trivs man bättre med sin lägenhet 77 % mot 73 % 2017. 46 % tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmena, mot 67 % föregående år. 82 % upplever att det är trivsamt utomhus och det är en förbättring från 50 % år 2017.

Fysioterapeut och arbetsterapeut gör egenkontroller gällande funktion av MTP produkter en gång per år samt vid behov.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vid Oskarsros kvalitetsforum och ledningsmöten finns patientsäkerhet som en stående punkt på agendan där aktuella patientsäkerhetsfrågor analyseras. Månatliga verksamhetsrapporter från alla verksamheter utgör grunden för faktabaserade beslut inom området. I koncernens verksamhetsplan fastställs aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet för det kommande året baserat på analys av nuläget.

Vid allvarlig avvikelse, t ex Lex Maria, resultat av händelseanalys diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp för gemensamt lärande, riskanalys och förbättring av processerna för att undvika upprepning av händelsen och öka patientsäkerheten. Vid allvarliga händelser arbetar vi utifrån Temabos beredningsplan.

När en ny boende flyttar in till Oskarsro tillgodoser vi patientsäkerheten genom ett strukturerat arbetssätt för mottagandet. Vid behov av akut sjukvård eller byte av bostad arbetar vi på motsvarande sätt.

Vid vårdens övergångar lägger vi särskild vikt vid vårdplan och aktuell läkemedelsbehandling samt eventuell behandlingsplan. Vid personalbyte i samband med arbetspass skall säkerställas att nödvändig information ges för att tillgodose patientsäkerheten. Läkಾರorganisationen Legevisitten AB ansvarar för läkarinsatserna och har egen jour på kvällar, nätter och helger.

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 överenskommelsen mellan Solna Stad och läkಾರorganisationen Legevisitten AB. Fyra gånger per år sker uppföljningsmöte mellan sjuksköterskor, ansvarig läkare från Legevisitten AB och Solna Stads MAS.

Verksamhetschefen ingår i ett nätverk av andra verksamhetschefer. Nätverket diskuterar bl a patientsäkerhetsfrågor för erfarenhetsutbyte och att lära av varandra. Verksamhetschefsmötena äger rum en gång per månad.

Av Solna Stads riktlinjer framgår hur kontakten mellan Oskarsros vård- och omsorgsboende och sjukhus ska ske. Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas efter SBAR-bedömning om boende behöver skickas till sjukhus, om inte tillståndet fordrar snabba akuta åtgärder - då kontaktas ansvarig läkare i efterhand. Sjuksköterskan ansvarar också för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information.

För samtliga boende medföljer alltid en akutmall. Sjuksköterskan eller delegerad personal ser till att boende märks med ID-band. Sjuksköterska i tjänst gör alltid en bedömning om en medföljare behövs.

Vid överrapportering/utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterskan kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Genom HSL-rapport i SafeDoc ges möjlighet att säkerställa informationsöverföringen mellan legitimerade personal och omsorgspersonal.

Inom två veckor efter inflyttning hålls välkomstsamtal med boende och dennes närstående. Vid välkomstsamtalet deltar representanter från samtliga yrkeskategorier: kontaktman, omvårdnads

ansvarig sjuksköterska samt fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Ett viktigt instrument för att upprätthålla patientsäkerheten är teamforumen. Teamforum hålls kontinuerligt, en gång i veckan på tisdagar. Enskilt möte kring den boende hålls vid behov, exempelvis när avvikelserapporter föranlett riskbedömningar eller handlingsplaner.

Initiativ till att sammankalla ett vårdplaneringsmöte kan komma från alla yrkeskategorier i teamet, från boende eller från närstående. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska samordnar möte i samråd med övriga inblandade.

## Risicanalys

### Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

### Information om risicanalys

#### Bakgrund

Inom vår verksamhet har vi ett viktigt uppdrag att säkerställa en god vård och omsorg för den boende. Kvaliteten inom vår verksamhet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkerställas.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd *ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9) är *risicanalys* en beprövad metod för att tillämpa ett förebyggande förhållningssätt. Vid risicanalys görs en kartläggning av hur verksamheten fungerar i praktiken. Vi identifierar risker och brister, analyserar bakomliggande orsaker och tillämpar ett förebyggande förhållningssätt för att minimera risken att de inträffar.

#### Om risicanalys

Risicanalysen ger oss kunskap om vilka åtgärder som behövs för att öka säkerheten och kvalitetssäkra vårt uppdrag. Analysarbetet bidrar också till en ökad riskmedvetenhet hos våra medarbetare – att "tänka efter före".

Grunden för en risicanalys är att riskerna betraktas ur ett *systemperspektiv*. Det betyder att vi utgår från att det är brister i organisationen som i de allra flesta fall är den grundläggande orsaken till felhändelser i verksamheten. Med ett systemperspektiv lägger man inte skulden för en händelse på den enskilda individen utan på organisationen och hur våra processer kan förbättras. Ett systemperspektiv på säkerhet inom äldreomsorgen innebär att rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap och organisation utformas så att eventuella riskmoment kan fångas upp i tid.

#### Risicanalysens olika steg

Första steget i en risicanalys är att den *arbetsprocess* man vill granska, kartläggs i detalj. Därefter analyseras vilka tänkbara risker som skulle kunna inträffa i processen. Riskerna bedöms utifrån deras sannolikhet och allvarlighetsgrad och de bakomliggande orsakerna till riskerna identifieras. Därefter utarbetas förslag till åtgärder som ska förhindra att riskerna inträffar och besluta om hur man ska följa upp åtgärderna. En handlingsplan upprättas, ansvariga utses för respektive aktivitet och uppföljningsdatum bokas in. Under analysarbetet, inför 2019 års verksamhetsplan genomfördes en omfattande risicanalys utifrån rubrikerna, kvalitet, utbildning/utveckling, personal, ekonomi, IT, kommunikation, samverkan och säkerhet. Arbetet resulterade i en utvecklingsplan.

Verksamhetsledningen planerar för risicanalysarbetet systematiskt samt vid behov inom ramen för ledningssystemet. De genomförs vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö. Riskhantering är en viktig del i vårt arbete med medicintekniska produkter (MTP) där handhavande föreskrifter revideras och service sker regelbundet.

Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan i samarbete med kontaktman, fysioterapeut och arbetsterapeut gör riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i boendes hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, malnutrition, trycksår samt munhälsa. Detta sker genom registrering i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, givet att samtycke för registrering finns. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor registrerar respektive boende under PPM mätning i trycksår och fall i Senior Alert 1 ggr/år.

Under året har vi aktivt kommit igång med arbetet i BPSD-registret, som i sig är ett sätt att bedriva demensvård på ett metodiskt och evidensbaserat arbetssätt.

## 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. Samordningsansvaret för det övergripande informationssäkerhetsarbetet inom företaget åligger företagets MAS och den kvalitetssystemansvarige. MAS är ansvarig för de delar som berör HSL-området och således den vårdinformation som finns tillgänglig i dokumentationssystemet SafeDoc. Den berörda vårdinformationen som finns i SafeDoc är journalhandlingar. Handlingar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden och planerade, samt utförda vårdåtgärder.

*Tillgänglighet* innebär att informationen och berörda system, i detta fall journalsystemet SafeDoc, skall finnas tillgängliga utifrån de krav som ställs på verksamheten. Utifrån Temabos riktlinjer på styrning av behörighet till den information som finns upplagt i SafeDoc, ansvarar respektive verksamhetschef 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 SafeDoc begränsas även av att direktåtkomst till uppgifterna föregås av stark autentisering (*kontroll av uppgiven identitet på ett sätt*), dvs med hjälp av en personlig inloggning och alla datorer kräver inloggningsuppgifter.

*Riktighet* innebär att vårdinformationen i dokumentationssystemet, SafeDoc, är tillförlitlig, korrekt och fullständig. Detta kontrolleras genom regelbundna systematiskt genomförda journalgranskningar.

*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 SafeDoc 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 SafeDoc föregås av en stark autentisering.

Under slutet av 2017 genomfördes en central riskanalys gällande vårdinformation i dokumentationssystemet SafeDoc av dåvarande MAS. Denna riskanalys utmynnade i en handlingsplan som fokuserade på att tydliggöra ansvarsförhållandena inom processen vårdinformation, samt att systematiskt arbeta med att förbättra *tillgängligheten* av vårdinformation genom att säkerställa en god integration mellan NPÖ, Senior Alert och SafeDoc, samt säkerställa *riktigheten* i HSL-dokumentationen, dvs. säkerställa att all HSL-dokumentation är riktig och korrekt genom att införa ICF och KVÅ I SafeDoc, samt att säkerställa den tidigare genomförda integrationen av NPÖ (nationell patientöversikt) och Kvalitetsregistret Senior Alert.

Enligt denna plan har Temabo upprättat en styrgrupp för SafeDoc, där företagets MAS som systemansvarig för SafeDoc är ordförande. Styrgruppens ansvar är att systematiskt arbeta med att förbättra informationssäkerheten inom området vårdinformation. Gruppen arbetar med att identifierade avvikelser, genomföra riskanalyser och planera, genomföra, utvärdera den fastställda handlingsplanen, samt att följa upp verksamheternas egenkontroller såsom loggkontroller och journalgranskningar. Styrgruppen har initialt under 2018 utsett två huvudadministratörer, en för HSL-området och en för SOL-området. Inom verksamheten har man även utsett en lokal administratör.



## Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

### Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälsa- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i Temabos ledningssystem samt i Solna Stads riktlinjer.

Sjuksköterska i tjänst signerar mottagandet av avvikelserapporter som är kopplade till läkemedel, fall och trycksår samt övriga HSL avvikelser. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tar upp avvikelser som rör läkemedel och trycksår med berörd personal, efter det lämnas avvikelser vidare till verksamhetschefen för uppföljning. Fallavvikelser lämnas till fysioterapeut eller arbetsterapeut för uppföljning och eventuella åtgärder. Andra typer av avvikelser lämnas direkt till verksamhetschef. Samtliga avvikelser granskas och utvärderas av verksamhetschef, som analyseras på våra kvalitetsforum. Vid allvarliga avvikelser som vid allvarlighetsgrad 3 eller högre kontaktar Oskarsros verksamhetschef Temabos MAS och Solna Stads MAS.

Avvikelser rörande medicintekniska produkter granskas alltid av fysioterapeut, sjuksköterska och arbetsterapeut. Bedömning samt vidtagna och planerade åtgärder noteras därtill i avvikelserapporten.

Vid risk för en allvarlig eller vid en allvarlig vårdskada gör verksamhetschefen en utredning av händelsen och skickar utredning till Temabos MAS och Solna stads MAS. Temabos MAS gör därefter en bedömning av händelsens allvarlighetsgrad samt fattar beslut om huruvida en anmälan enligt Lex Maria ska göras till IVO. I samband med anmälan till IVO skickas utredningen även till Solna Stads MAS. Efter en ev. IVO bedömning vill Solna Stads MAS ha en återkoppling av utredningen samt en åtgärdsplan.

## Hantering av klagomål och synpunkter

### Hantering av klagomål och synpunkt

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

**Synpunkter och klagomål** Temabos ledningssystemet finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid Temabos VD, Temabos MAS samt uppdragsgivare informeras omgående.

När boende och närstående framför muntliga synpunkter som kan betraktas som ringa d.v.s. de påverkar inte direkt den boendes situation och synpunkten är en engångsföreteelse, erbjuds den som lämnar synpunkten möjlighet att få ärendet hanterat enligt vår synpunkts- och klagomålshantering. Om boende eller närstående inte önskar det är det möjligt att frångå handlingsplanen och istället göra en skriftlig notering av klagomålet samt vidta åtgärd.

Då boende eller närstående har återkommande synpunkter ska verksamhetschefen bedöma om kontinuerliga möten för planering och avstämning ska erbjudas. Klagomål kan framföras muntligen eller skriftligen via mejl eller på papper. Särskild blankett för synpunkter och klagomål finns för den som vill använda en sådan. För att vi ska kunna besvara ett klagomål är det viktigt att kontaktuppgifter till synpunktslämnaren finns angivna.

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

Klagomålet utreds och analyseras samt åtgärder sammanfattas i en handlingsplan som förankras hos berörda medarbetare. Verksamhetschefen informerar ledning samt uppdragsgivaren om denne bedömer ärendet som allvarligt eller om det omfattas av andra särskilda omständigheter. Om synpunkten/klagomålet är allvarligt och berör HSL informeras även Temabos MAS och Solna stads MAS.

Återkoppling lämnas till den som lämnat klagomålet. Återkoppling till medarbetare sker i individuellt samtal, på våningsmöte, APT och/eller teamforum. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade samt att det inte upprepas igen. Vid ärenden där uppdragsgivare samt ledning varit informerade skickas även en åtgärdsplan till dessa.

Synpunkter och klagomål registreras som statistik på sammanställningsblankett för avvikelser, synpunkter och klagomål i månadsrapporten enligt Temabos ledningssystem. Denna redovisas i samband med kvalitetsforum och vid våningsmöten där avvikelser inträffat samt på arbetsplatsträffar.

Vid kvalitetsforum behandlas samtliga 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.

Antalet skriftliga synpunkter och klagomål är relativt få, 17 stycken under 2018. En trolig orsak till detta är att omvårdnadspersonal dagligen är tillgängliga för frågor och synpunkter och att synpunkterna hanteras/åtgärdas direkt. Synpunktshanteringen är ett förbättringsområde för år 2019.

## Sammanställning och analys

### Sammanställning och analys

Sammanställning och analys SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Ansvarig för uppföljning är verksamhetschef. Ansvarig chef ser till att synpunkten/klagomålet blir återkopplat till den som inkommit med synpunkten. Synpunkten och klagomålet hanteras, utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna på enheten, samt till den person som lämnat synpunkten. Varje månad sammanställs inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter av verksamhetschefen.

Avvikelse rapporteringen fungerar väl vad gäller läkemedel, fall, trycksår och medicintekniska produkter. Personalen rapporterar läkemedelsavvikelser, fall, trycksår, brister gällande MTP samt övriga händelser som avviker från det planerade. Fortfarande finns utrymme för att förbättra avvikelserapporteringen gällande alla områden och som ett led i detta arbete har syftet med avvikelserapporteringen diskuterats bland annat på APT, kvalitetsforum och teamforum. Totalt har antalet skrivna avvikelser/klagomål/synpunkter ökat från 137 (2017) till 182 st (2018).

Antal läkemedelsavvikelser 21 st har minskat mot föregående år som var 27 st. Fall avvikelser har ökat från 54 st till 75 st, varav en ledde till 1 höftfraktur. 9 trycksår har uppkommit under året, varav 2 st på sjukhus. 7 trycksår har läkt under året.

17 st Synpunkter och klagomål har inkommit under 2018 och registrerats, det har handlat bla om bemötande, larmklocka som inte fungerat, natt tillsynen har brustit, missförstånd i kommunikationen. Flera klagomål har handlat om maten. Synpunkterna har hanterats utifrån gängse rutiner, exempelvis genom samtal med berörda medarbetare, möten med anhöriga och genom revidering av genomförandeplaner samt återkoppling till den som lämnat synpunkten.

## Samverkan med patienter och närstående

### Samverkan med patienter och närstående

När en boende flyttar in till Oskarsro, informeras både boende och närstående om hur vi arbetar för att göra vården och omsorgen trygg och patientsäker. Vi informerar om vårt arbetssätt med riskanalyser och prevention av fall, trycksår, nutrition och munhälsa. Vi informerar om användandet av kvalitetsregister, val av läkare, fotvård och tandläkare. Vi frågar efter samtycke för användande av skyddsåtgärder. Vi informerar även om möjligheten för boende och närstående att lämna synpunkter och klagomål till oss och hur vi arbetar med dessa.

Boende och/ eller närstående informeras om den boendes hälsotillstånd och läkemedelsförändringar. Boende och närstående erbjuds samtal med läkare om så önskas. Detsamma gäller deltagande vid vårdplaneringar för att möjliggöra en god samverkan och delaktighet i vården och omsorgen. Den boende och/ eller närstående informeras också om en avvikelse skett och erbjuds att ta del av utredningen/resultatet.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnar vi en informationsbroschyr med namn och telefonnummer till verksamhetschef, sjuksköterska och kontaktman. I broschyren finns även en kortfattad beskrivning av verksamheten. Vid detta tillfälle informeras boende och närstående också om de nationella kvalitetsregister som Oskarsro är anknuten till: Senior alert, Palliativa registret samt BPSD-registret och samtycke för registrering inhämtas.

Samverkan med patienter och närstående sker mest i den dagliga omvårdnaden. Varje våningsplan har en boendeansvarig sjuksköterska som också har det direkta informationsansvaret till boende och närstående. Likaså har varje boende en utsedd kontaktman och en vice kontaktman bland omsorgspersonalen. Det är den boende, alternativt god man, som avgör vilken insyn de närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs.

Verksamhetsledningen finns dagligen nåbar för närstående på plats, mejl- eller telefonledes. Ett månadsbrev till närstående skickas ut varje månad. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten under månaden som gått och vad som planeras inför nästkommande månad, viktiga förändringar samt annat av intresse.

Fyra gånger per år inbjuds boende och närstående till möte på Oskarsro. Mötet består av en Temadel och en del för diskussioner och informationsutbyte. Oskarsros kontaktpolitiker inbjuds att delta.

## Resultat



















Klagomål/Avvikelse lämnade av:

Kla gom ål/s ynp unkt er/a vvik else r	Enh et	Ant al Jan	Ant al Feb	Ant al Mar	Ant al Apr	Ant al Maj	Ant al Jun	Ant al Jul	Ant al Aug	Ant al Sep	Ant al Okt	Ant al Nov	Ant al Dec	Su mm a/Av vike lse	
Boe nde	Osk arsr o														☺ ☹
Närs tåen de/ God man /För valta re	Osk arsr o	1	2		2	2	1	3	1	1		2	2	17	☺ ☹
Ann an (tex okä nd)	Osk arsr o														☺ ☹
Pers onal på enh et	Osk arsr o	27	17	10	12	12	7	24	18	8	7	13	10	165	☺ ☹

Klagomål/Avvikelse som avser:

Kla gom ål/s ynp unkt er/a vvik else r	Enh et	Ant al Jan	Ant al Feb	Ant al Mar	Ant al Apr	Ant al Maj	Ant al Jun	Ant al Jul	Ant al Aug	Ant al Sep	Ant al Okt	Ant al Nov	Ant al Dec	Su mm a/Av vike lse	
Fela ktig läke med elsh ante ring	Osk arsr o		1	1	3		1	3	8	1	1		2	21	☺ ☹
Und ersö knin g/Be han dling som	Osk arsr o		1											1	☺ ☹

Klagomål/synpunkter/avvikelse	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse
uteblivit/fördröjts eller utförts felaktigt														
Brister i nutrition/vätsketillförsel	Oskarsro													0
Trycksår	Oskarsro	2		1			1	3				1	1	9
Fall	Oskarsro	19	7	4	2	6	3	7	7	5	3	6	6	75
Dåmedicintekniska produkter varit inblandade	Oskarsro													0
Brister i omsorgen	Oskarsro			4		2	1	2	1			2		12
Brister i informationsöverföring (exmobiler)	Oskarsro	1						2		1				4

Klagomål/synpunkt/erfarenhet/vvikelser	Enhet	Antal Jan	Antal Feb	Antal Mar	Antal Apr	Antal Maj	Antal Jun	Antal Jul	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec	Summa/Avvikelse	
Brister i tillsyn av boende	Oskarsro			1	1						1			3	 
Arbetsmiljö	Oskarsro			5	1		4	1	1		1			13	 
Levranstörsvikelser	Oskarsro														 
IT/Teknik	Oskarsro	1	1				1				1			4	 
Begäran om utredning och eventuella åtgärder vid klagomål (SDF)	Oskarsro	1	1	1									1	4	 
Städning	Oskarsro												1	1	 
Brister i egenkontroll	Oskarsro														 
Bemötande	Oskarsro														 
Annat	Oskarsro	4			1	1		3	1		1	2	1	14	 

Klagomål/synpunkt/er avvikelser	Enhet	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal	Summa/Avvikelse
		Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	
Bemannings	Oskarsro													0
Larm	Oskarsro													0



## Övergripande mål och strategier för kommande år

Vi fortsätter under 2019 med patientsäkerhetsarbetet vid Oskarsro utifrån vårt verksamhetsmål, en god och säker vård och de aktiviteter vi har i vår verksamhetsplan.

### Nedan följer en sammanställning över vårt fortsatta arbete under 2019:

- Vi ska öka medarbetares delaktighet i både registrerandet och analysarbetet gällande synpunkter/ klagomål och avvikelser.
- Vi ska vidareutveckla vårt arbete med riskanalyser av våra arbetsprocesser inom HSL
- Vi kommer under året arbeta med våra rutiner kring hot och våld
- Vi ska öka upplevelsen av att vid behov få träffa läkare och sjuksköterska.
- Utbilda medarbetarna inom verksamhetens värdegrundsarbete, palliativ vård, hygien, förebyggande arbete/åtgärder enligt senioralert, demens samt inkontinenshjälpmedel m.m.
- På demensvårdarna ska vi utveckla vårt arbete med BPSD-registret som arbetsredskap, öka andelen registrerade i registret samt uppföljning av bemötandeplanerna. Varje registrering kan ses som ett utbildningstillfälle inom demens och bruket av Abbey Pain Scale, analys av bakomliggande orsaker till BPSD-beteendet samt utformandet av omvårdnadsåtgärder för att förhindra BPSD symtomet.
- Fortsatt arbete med att utveckla det palliativa förhållningssättet samt att säkerställa hög kvalitet i vården vid vård i livets slutskede.
- Nationell vårdplan för palliativ vård, rutiner och checklistor för den palliativa vården kommer att ses över och uppdateras.
- Öka andelen registreringar i Palliativa registret med validerad smärtskattning enligt Abby Pain Scale eller VAS.
- Alla boende ska registreras i Senior alert, vid inflyttning inom 7 dagar. Därefter var 6:e månad och vid förändrat tillstånd/vid behov.
- Öka teamarbetet med Senior Alert, BPSD-registret och palliativa registret.
- Införa fallronder med ansvarig läkare, sjuksköterska och fysioterapeut för att arbeta förebyggande avseende fall samt minska antalet fall incidenter.
- Fortsatt arbete med Phoniuro care under nattetid för att kvalitetssäkra nattinsatserna.
- Nattfastemätning 2 ggr/ år för att förhindra att nattfastan är mer än 11 timmar.
- Dokumentation i HSL- och socialjournal kommer att vara ett viktigt tema för året. Målet är att uppnå god kvalitet och systematik i rapporteringen.
- Under år 2019 planeras att införa ICF samt att övergå till KVÅ i vårt dokumentationssystem SafeDoc.
- Säkra dokumentationen kring användandet av skyddsåtgärder
- Samtliga medarbetare ska genomgå utbildningen "Arbeta säkert med läkemedel" inför att en läkemedelsdelegering ges eller följs upp.
- Fokus på säker läkemedelshantering och delegering med målet att minska antalet läkemedelsavvikelser.
- Fortsatt arbete med måltidssituationen och nutrition.
- Under år 2019 genomföra en hygienrond tillsammans med hygiensjuksköterska.

Fortsätta aktivt efterfråga både boendes och närståendes förbättringsförslag, synpunkter och klagomål för att öka patientdelaktigheten och fortsätta förbättra våra rutiner och processer på Oskarsro.