



DEN 23 JANUARI 2019

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE
SKOGA ÄLDRECENTRUM 2018

ANNA BANACH



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Övergripande mål och strategier	2
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
Struktur för uppföljning/utvärdering	3
Uppföljning genom egenkontroll	4
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	11
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	15

Sammanfattning

Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroller inom följande områden; fall, trycksår, nutrition, munhälsa, läkemedel, MTP (**Medicintekniska produkter**), hygien, loggkontroll, smärtskattning, dokumentation, rutiner och brandskydd.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att all personal har skyldighet att enligt fastställd rutin för avvikelshantering fortlöpande uppmärksamma och rapportera misstänkt risk för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada enligt Lex Maria.

Risker för vårdskador har identifierats och hanterats genom avvikelser och klagomål/synpunkter, samt genom de resultat som framkommit genom kvalitetsregister och andra mätningar/granskningar som delgivits oss under året.

Klagomål/synpunkter som kommer verksamheten tillhanda från patienter och närstående rapporteras till verksamhetschefen. En händelseanalys görs och om klagomål/synpunkt avser vårdskada eller risk för vårdskada skrivs en avvikelse och behandlas enligt verksamhetens rutin för avvikelshantering. Svar om vidtagna åtgärder efter klagomål/synpunkt återkopplas så snart som möjligt till avsändaren. **Hur sker spridningen av förebyggande åtgärder eller andra åtgärder kopplade till händelsen till resten av personal på Skoga?**

För att verka för delaktighet i vården informeras patienter och närstående om att vi välkomnar klagomål och synpunkter för att kunna förbättra vården och omsorgen för våra patienter. Vidare inbjuds närstående att medverka vid den årliga vårdplaneringen. Två gånger om året anordnas möten för närstående. Patient och närstående bjuds in att delta i Boråd. Dessutom erbjuds patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbete genom att besvara Socialstyrelsens Brukarenkät.

Övervägande andel av trycksåren återfinns nu i kategori 1, vilket visar på en mycket positiv utveckling. Riskbedömning, tidig upptäckt, lämpliga åtgärder samt teamwork är en förutsättning för en adekvat vård vid uppkomna trycksår.

För att öka patientsäkerheten har arbetet med triage-modellen fortsatt på team-möten

Övergripande mål och strategier

Nämndmål

”Solnabor 65 år och äldre som har hemtjänst, boende på vård- och omsorgsboende och personer med funktionsnedsättning ska känna sig trygga, få ett gott bemötande och vara nöjda.

Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att insatser ges utifrån brukarnas behov med fokus på ett helhetsperspektiv, i bred samverkan med andra nämnder, landstinget och myndigheter.

Den upplevda ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.”

Alla patienter ska känna sig trygga och säkra i kontakten med vården och varje medarbetare i verksamheten ska ges förutsättningar för att kunna upprätthålla en god vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30).

Vårt arbete utgår ifrån Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9). Det strategier vi arbetar utifrån ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för såväl personal, patienter och anhöriga som övriga medborgare. Genom detta arbetssätt skapas förutsättningar för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Avdelningschefens ansvar

Det övergripande ansvaret för patientsäkerheten ligger på avdelningschefen för Humaniora vård och omsorg, egen regi, Omvårdnadsförvaltningen Solna stad.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att i sitt arbete utgå ifrån de lagar, författningar, bestämmelser och andra regler och instruktioner som styr den kommunala hälso- och sjukvården samt att följa verksamhetens fastställda rutiner.

Stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS, Omvårdnadsförvaltningen Solna Stad, ansvarar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården tillsammans med verksamhetschefen. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I MAS ansvar ingår bl.a. att se till att författningar, bestämmelser och andra regler är kända, efterlevs och att det finns direktiv och instruktioner för verksamheten.

Vårdhygien Stockholms län

Verksamheten har tecknat avtal med Vårdhygien Stockholms län.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Ledningen följer upp verksamhetens patientsäkerhetsarbete utifrån framtagna statistik från kvalitetsregister, sammanställningar ifrån händelseanalyser av inkomna avvikelser, avvikelserrapportering till MAS samt via tillsyner som görs i verksamheten. Rapporteringen av ovanstående sker regelbundet till ledningen från kvalitetsansvarig sjuksköterska och MAS. För att initiera förbättringsåtgärder återkopplas även resultatet till enhetschefer, paramedicin-teamet och sjuksköterskor, av kvalitetsansvarig sjuksköterska, och åtgärder fastställs vid behov.

Uppföljning genom egenkontroll

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

År 2018 har verksamheten följts upp genom dels interna egenkontroller men även genom extern kontroll av MAS. De förbättringsområden som identifieras och behöver åtgärdas framgår under avsnittet "Övergripande strategier och mål för nästkommande år" som följs upp och utvärderas av verksamhetschef. Egenkontroller genomförs regelbundet enligt fastställda rutiner, se nedan, där förbättringsområden identifieras och rapporteras vidare till verksamhetschef och enhetschefer på ledningsgruppsmöten samt till MAS.

Följande egenkontroller görs varje vecka

För att förebygga antalet fall hos patienter hålls fallmöte en gång i veckan med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och läkare. Syftet med fallmötet är att diskutera fallavvikelse och vidta åtgärder efter såväl enstaka fall som upprepade fall samt utvärdera och följa upp insatser för patienter som har fallrisk. Målet är att samtliga personalgruppers kunskaper om fall och fallåtgärder ska öka vilket i sin tur gynnar patientsäkerheten. För att sedan förankra detta arbete vidare i verksamheten sker team-möte på respektive enhet där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, enhetschef och omvårdnadspersonal diskuterar fallavvikelse utifrån triage-processen. På detta sätt får vi hela teamet involverat, kunskapen ökar och därmed patientsäkerheten.

Följande egenkontroller görs en gång i månaden

Sammanställning av samtliga avvikelser gällande läkemedel, fall, trycksår, och medicintekniska produkter(MTP) rapporteras till MAS. Dessa avvikelser följs upp på sjuksköterskemöte där åtgärder diskuteras och utvärderas, bl.a. jämförs antal avvikelser från tidigare rapporter för att se om avvikelserna har minskat eller ökat i antal. Antal fall/avvikande från det normala har ökat jämfört med året innan. Detta kan i ledet vara av betydelse för patientsäkerheten då alla avvikelser gällande fall ökar medvetenheten trots att ingen fysisk skada skett. Antal läkemedelsavvikelser har minskat betydligt under 2018 i jämförelse med 2017. Läkemedelsavvikelserna som rapporterats består endast till största del av missade signeringar. Under 2018 har webbutbildning "Jobba säkert med läkemedel" i verksamheten fortsatt och görs 1 gång/år (juni och december). Webbutbildningen ska genomföras av omsorgspersonal inför årlig delegering. 1 avvikelse har rapporterats angående medicintekniska produkter. Egenkontroll av trycksår visar att en positiv förskjutning skett gällande kategori på trycksår. Övervägande andel av trycksåren återfinns i kategori 1 vilket visar på en positiv utveckling. Det totala antalet trycksår har också minskat jämfört med tidigare år.

Kvalitetsgranskningen med Apoteket AB fokuserade under 2018 på att säkerställa personalens rutiner vid administrering och att säkerställa att rätt ordinationshandling gäller som underlag. Märkning av insulinpennor fortsätter som ett förbättringsområde. Rätt dokumentation gällande narkotikakontroller ska utföras, enligt rutin.

Första veckan varje månad kontrollräknar två sjuksköterskor tillsammans de narkotikaklassade läkemedlen.

Kontroll av att rutin för nyckelhantering till patienternas läkemedelsskåp görs och rapporteras vidare till enhetschef som följer upp och identifierar eventuella förbättringsområden. Åtgärder tas fram tillsammans med personalen och följs upp på APT 1 gång/månad.

Brandskyddsronder genomförs i hela fastigheten och registreras REQ:s av utsedda brandskyddsombud. Vid behov gör brandskyddsombudet en felanmälan till fastighetsskötare som följs upp av brandskyddsombudet i direkt anslutning till att felet ska åtgärdas. Alla felanmälningarna följs upp och utvärderas av brandombud tillsammans med brandansvarig på brandombudsmöte för att se om avvikelserna har minskat eller ökat i antal.

Informationssäkerhet - egenkontroller

Loggkontroller i journalsystemet utförs regelbundet enligt rutin där ett antal användare och patientjournaler väljs ut genom slumpmässigt urval av systemförvaltare. Loggarna granskas under en 24 h period. De antal användare som kontrolleras varje månad motsvarar sannolikheten att varje användare blir granskade minst en gång per år. Ingen obehörig åtkomst har skett under 2018.

Följande egenkontroller görs fyra gånger årligen

Fyra gånger per år kallas till Boråd där boenderepresentanter från samtliga våningar deltar tillsammans med en närstående representant, omvårdnadspersonal, sjuksköterska, enhetschef, verksamhetschef och kvalitetsansvarig sjuksköterska, även kontaktpolitiker bjuds in att delta. Dagordning skickas till samtliga boenderepresentanter i god tid innan mötet med punkter utgående från bl.a. resultat ifrån Socialstyrelsens Brukarenkät. Tanken är att boenderepresentanter inför mötet ska samla in synpunkter från sina grannar. Dessa synpunkter samlas i minnesanteckningar som sedan diskuteras på ledningsgruppsmöte och på kvalitetsråd där förbättringsåtgärder identifieras. Dessa följs upp av enhetschefer på APT och rapporteras till verksamhetschefen. Utvärdering av vidtagna åtgärder utifrån framkomna synpunkter sker i samband med nästa Brukarenkät.

Följande egenkontroller görs två gånger per år:

Registreringar och uppföljningar i Senior Alert gällande trycksår och basala hygienrutiner görs det 2 gånger årligen och vid behov. Jämförelser av resultat mellan aktuellt år och föregående år visar att det är ett av våra förbättringsområden. Resultatet utvärderas och förbättringsområden identifieras och diskuteras på ledningsgruppsmöte och sjuksköterskemöte och en handlingsplan för förbättringsåtgärder fastställs. Handlingsplaner följs upp och utvärderas enligt fastställd tidsplan på sjuksköterskemöte och rapporteras till verksamhetschef. Detta följs även upp i teamet där alla runt patient kan se utifrån sin egen profession.

Vi registrerar alla dödsfall som sker i verksamheten i Palliativregistret. Egenkontroll görs 2 gånger per år genom att vi hämtar statistik i Palliativregistret av antal utförda smärtskattningar och antal patienter som var lindrade från smärta i livets slutskede. Jämförelser görs sedan mellan olika perioder. Resultatet utvärderas och förbättringsområden identifieras och diskuteras på ledningsgruppsmöte och sjuksköterskemöte och en handlingsplan för förbättringsåtgärder fastställs. Handlingsplaner följs upp och utvärderas enligt fastställd tidsplan på sjuksköterskemöte. En jämförelse mellan visar att antalet utförda smärtskattningar minskat under 2018 och att antal patienter som haft smärtgenombrott sista levnadsveckan ökat.

Hygienronder, enligt fastställt protokoll från MAS, görs på respektive enhet minst två gånger årligen och förbättringsområden identifieras. Åtgärder tas fram av enhetschef tillsammans med personalen och följs upp på APT. När hygienrond genomförts rapporteras detta till MAS.

Uppföljning i Phoniro Care, ett kvalitetssäkerhetssystem för nattinsatser, av antal registrerade natt-tillsyn och nattmål jämfört med antal beställda i systemet genomförs för samtliga patienter tre gånger per år av kvalitetsansvarig sjuksköterska. Resultatet sammanställs i en rapport och utifrån resultatet skapas en handlingsplan med förslag på förbättringsåtgärder. Resultatet redovisas på sjuksköterskemöte, enhetschefer och verksamhetschef samt till Omvårdnadsförvaltningen i Solna Stad. Uppföljning av handlingsplanen sker kontinuerligt på sjuksköterskemötet varje månad, men även genom att jämföra resultat mellan de olika rapporttillfällena.

Nattfaste-mätningar sker under tre dygn och genomförs på samtliga patienter där resultatet återkopplas till omvårdnadsansvarig sjuksköterska, nattsjuksköterska, omvårdnadspersonal och enhetschefer. En handlingsplan ska fastställas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska för hur vi ska arbeta för att minska nattfastan till max 11 h. Nattfastan är den tid som går mellan ena dagens sista mål och nästa dags första. Åtgärder som vidtas enligt handlingsplanen följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i samband med uppföljning av registrering Phoniro Care av antal nattmål samt vid nästa nattfaste-mätning. Resultaten jämförs med föregående nattfaste-mätning och följs upp tillsammans med sjuksköterskor och enhetschefer vid sjuksköterskemöte och APT. Nattfaste-mätningar som utförts under året har visat att mer än hälften av patienterna har längre nattfasta än 11 h och av dessa har hälften själva valt att avstå från kvälls- eller nattmål. De patienter som är beroende av personal, där är antalet ca 10% och har över 11 h antal timmar nattfasta/natt.

Följande egenkontroller görs 1 ggr/år:

Journalgranskning av HSL-dokumentation har under året genomförts av medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kvalitetsansvarig sjuksköterska i verksamheten.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska initierar och förbereder inför en årlig läkemedelsgenomgång för samtliga patienter. Målet är att individanpassa läkemedelsbehandlingen och minska användning av olämpliga läkemedel. Skogas läkare har under året gjort en översyn av patienternas läkemedel och föreslagit förändringar för att minska biverkningar och läkemedelsinteraktioner som är vanligt förekommande hos äldre. Läkemedelsgenomgångar skall genomföras årligen samt inom två månader efter inflyttning.

Genomgång av fastställda rutiner görs av respektive verksamhet som berörs, för att utvärdera och fastställa att dessa rutiner fortfarande är aktuella och följs. Flera befintliga rutiner har reviderats och nya rutiner har upprättats för att öka patientsäkerheten under året.

Egenkontroll vid händelse av betydelse

Tillbudsrapportering brand

Vid mindre allvarliga tillbud vid brand följs dessa upp på brandombudsmöte fyra gånger per år av verksamhetsassistent och enhetschef som tillsammans med brandombud utvärderar vilka insatser som behöver vidtas för att förhindra likande händelser och följer upp att dessa åtgärder vidtagits. Vid allvarliga tillbud rapporteras detta av verksamhetsassistent till verksamhetschef och åtgärder vidtas utan dröjsmål. Under året har inget tillbud av allvarligt slag inträffat i verksamheten.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

Patientsäkerhetsarbetet har under 2018 bedrivits genom att vi använt kvalitetsregistret Senior Alert för att göra riskbedömning gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa samt sätta in åtgärder och utvärdera dessa. I den palliativa vården används NVP, Nationell vårdplan vid palliativ vård i livets slutskede. Palliativa registret används för att utvärdera den palliativa vården gällande bl.a. antal smärtskattningar och andelen patienter som varit smärtlindrande. BPSD registreringar och uppföljningar har genomförts på samtliga patienter med demenssjukdom. Hygienronder har genomförts vid minst två tillfällen under året. Avvikelsehanteringen och hantering av klagomål/synpunkter har utförts enligt fastställda rutiner.

Följande utbildningar har genomförts under 2018:

Fortsatt utbildning av palliativa ombud under året, Palliativt forum.

Webbaserade utbildningar i Palliativ vård, Vårdhygien, säker läkemedelshantering, Demens ABC+ och basala hygienrutiner har genomförts av merparten av omvårdnadspersonalen.

En sjuksköterska har deltagit i Riksforum för sjuksköterskor inom äldreomsorgen.

Legitimerad personal har deltagit i utbildning inför KVÅ införandet i journalsystemet Procapita.

Sjuksköterskor har fått utbildning om trycksår och trycksårsförebyggande och trycksårsbehandlande madrasser av Sodexo.

Omvårdnadspersonal har fått utbildning i munhälsovård via Oral Care.

Omvårdnadspersonal, kvalitets utvecklare har utbildats i BPSD-registret.

Sjuksköterskor har deltagit i utbildning gällande klinisk bedömning och beslutsstöd Visam.

Utbildning existentiell hälsa hos äldre – existentiella samtal, kvalitets utvecklare.

Utbildning i nutrition för sjuksköterska och omvårdnadspersonal.

Fallpreventionsdagar – sjukgymnast.

Inkontinensutbildning för sjuksköterska och omvårdnadspersonal.

Följande åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till mål och strategier för 2018

Mål:

Effektmålet för år 2018 är att nedanstående andel registreringar ska vara minst lika många som 2017.

- Andel registreringar i Senior alert där risk för fall, trycksår och/eller undernäring konstaterats och minst en åtgärd planerats och följts upp.
- Andel registreringar i Palliativa registret där validerad smärtskattning utförts.

Resultat:

Målen delvist uppfyllda.

Mål: Arbeta vidare med att implementera handlingsplan ”Överrapportering mellan vårdpersonal”.

Resultat: Målet är uppfyllt, fortsätter med uppföljning under 2019.

Mål: Se över aktuella rutiner gällande delegering.

Resultat: Målet uppfyllt. All omvårdnadspersonal ska inför sin delegering genomgå SKL:s webbutbildning och test ”jobba säkert” med läkemedel. Detta ingår i som en del av delegeringsförfarandet i verksamheten. Fortsätter med rutiner för delegering och uppföljning.

Mål: Rutinen gällande Mobipen/Phoniro Care ska revideras och ansvarsfördelningen ska tydliggöras och förankras i verksamheten.

Resultat: Delvis uppfyllt. Ny rutin har upprättats med tydlig ansvarsfördelning, dock behövs ytterligare arbete med att förankra de nya rutinerna.

Mål: Nattnattfaste-mätning ska genomföras två gånger under året.

Resultat: Målet uppfyllt.

Mål: Basala hygienrutiner ska efterföljas i verksamheten, hygienronder ska göras på samtliga enheter varje månad.

Resultat: Delvis uppfyllt. Hygienronder har genomförts minst två gånger under året på samtliga enheter, åtgärder har vidtagits när brister har uppmärksammats.

Mål: Systematiskt arbeta med klagomål/synpunkter för att kunna säkerställa trender och mönster för att förbättra vårt arbete gällande patientsäkerheten.

Resultat: Målet är uppfyllt.

Mål: Vidareutveckla arbetet med händelse- och riskanalyser.

Resultat: Målet är uppfyllt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Följande processer har identifierats där intern samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada

Överrapportering mellanvårdspersonal.

En handlingsplan har upprättats och implementerats i verksamheten enligt nedan.

Dagligen:

Morgonrapport ska ske mellan nattsjuksköterska och dagsjuksköterska/or, dels muntligt men även via läsrapport i journalsystemet.

Morgonrapport ska ske mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal senast kl. 08.00, gäller avdelningarna sjuksköterskan är ansvarig för. Enhetschef del - tar minst en gång i veckan per avdelning.

Eftermiddagsrapport ska ske mellan dagsjuksköterska och kvällssjuksköterska, dels muntligt men även via läsrapport i journalsystemet.

Kvällssjuksköterskan besöker respektive avdelning och ger och tar emot rapport av omvårdnadspersonalen.

Kvällsrapport ska ske mellan kvällssjuksköterska och nattsjuksköterska, dels muntligt men även via läsrapport i journalsystemet. Nattsjuksköterskan besöker respektive våning och ger och tar emot rapport av omvårdnadspersonalen.

I samband med samtliga rapporttillfällen prioriterar och fördelar sjuksköterska arbetet till omvårdnadspersonalen.

Omvårdnadspersonal ska omgående rapportera till sjuksköterska vid avvikelser i patientens tillstånd. Därefter bedömer sjuksköterskan om det finns behov av hembesök och återkopplar till omvårdnadspersonalen vilka åtgärder sjuk-sköterskan planerar eller utfört.

Dagligen:

Rapportering mellan omvårdnadspersonal.

I början av varje arbetspass ska samtlig omvårdnadspersonal ta emot muntlig rapport från personal som avslutar sitt pass samt uppdatera sig gällande aktuella händelser genom läsrapport i journalsystemet samt genom att läsa HSL-uppdrag. I slutet av varje arbetspass ska samtlig omvårdnadspersonal dokumentera händelser av betydelse i journalsystemet samt ge muntlig rapport till den personal som tar över. Triage-modellen ska användas vid alla rapporterings-tillfällen och ska vara ett stöd för all personal runt patienten, för att säkra patientsäkerheten.

För att förebygga fall

En gång i veckan

För att minska antalet fall hålls fallmöte en gång i veckan med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och läkare. Syftet med fallmötet är att diskutera fallavvikelser och vidta åtgärder efter fall, upprepade fall samt utvärdera och följa upp insatser för patienter som har fallrisk.

Team-möte hålls med sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, enhetschef och omvårdnadspersonal på respektive enhet/avdelning där åtgärder sätts in och utvärderas för att öka patientsäkerheten.

Inkomna klagomål/synpunkter och avvikelser

På följande möten diskuteras inkomna klagomål/synpunkter och avvikelser och förbättringsåtgärder tas fram.

En gång i månaden:

APT, respektive chef håller möte för samtliga anställda som hen ansvarar för. Kvalitetsråd, kvalitetsansvarig sjuksköterska sammankallar omvårdnadspersonal, en representant från varje avdelning, samt en representant från övriga professioner. Sjuksköterskemöte hålls av kvalitetsansvarig sjuksköterska med sjuksköterskor och enhetschef samt verksamhetschef.

Följande processer har identifierats där extern samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada

För att upprätthålla patientsäkerheten vid kontakt med andra vårdgivare följer vi omvårdnadsnämnden, Solna stads överenskommelser angående bl.a.:

Läkarvård

Skogas läkare kommer från Legevisitten och besöker Skoga två gånger i veckan och finns övrig tid tillgänglig per telefon. Läkaren kan göra hembesök andra tider, vid behov. Legevisitten har jourverksamhet för läkare som nås av sjuksköterskan dygnet runt. Sjuksköterskan initierar läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens föreskrifter, läkaren har det yttersta ansvaret för läkemedelsgenomgångar för patienterna. Samverkan sker med Legevisitten när patienter önskar vaccin mot influensa.

Tandvård

Samverkan sker även gällande Tandvård med uppdragsgivare som Oral Care, Flexident och La Romania. Sjuksköterskan skriver ett tandvårdintyg vilket ger subventionerad tandvård, Symfoni. Tandläkare och tandhygienister gör hembesök och utför mun- och tandvård samt utför munhälsobedömningar i patientens munhåla samt ger råd om daglig munvård. I överenskommelse ingår också uppdraget att utbilda omvårdnadspersonalen i munhälsovård.

Fotvård

Vid inflyttning gör sjuksköterskan en bedömning av patientens fotstatus. Om patienten bedöms ha behov av medicinsk fotvård skrivs en remiss till fotterapeut godkänd av landstinget.

Nutrition

Vid behov av stöd i nutritionsfrågor finns möjlighet att få hjälp av dietist.

Vårdhygien

Hygienrond genomförs av hygiensjuksköterska från SLL, enhetschef och berörd personal. Sjuksköterskan finns tillgänglig per telefon för rådgivning. Vårdhygien Stockholms län erbjuder även en webbutbildning i basala hygienrutiner.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För att kunna bedöma om det finns risker i verksamheten genomförs en rad aktiviteter vilka presenteras nedan.

Vid inskrivning av ny patient görs inom två veckor, efter individens samtycke, riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior Alert gällande; trycksår, fall, undernäring och munhälsa av sjuksköterska. Underlag till riskbedömningar samlas in av sjuksköterska i samverkan med övrig personal och uppföljning ska göras minst var sjätte månad eller tidigare vid behov. Utifrån resultatet från de olika bedömningsinstrumenten kopplade till de olika riskområdena fastställs om risk föreligger. Vid större förändringar i verksamheten görs en riskanalys för att kunna bedöma eventuella risker som kan följa vid verksamhetsförändringar. För att kunna bedöma om det finns risk för brand genomförs brandskydds rond i fastigheten 1ggr/mån där kontroll utförs och registreras i REQ:s av särskilt utbildade brandombud, efter fastställd checklista.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal har skyldighet att enligt fastställd rutin för avvikelshantering fortlöpande uppmärksamma och rapportera misstänkt risk för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada och rapportera detta till tjänstgörande sjuksköterska som vidtar omedelbara åtgärder om så krävs och bedömer om läkare ska kontaktas samt om avvikelserapport ska skrivas. Sjuksköterskan informerar patient om att avvikelse skrivits. Dessa avvikelserapporter lämnas sedan till enhetschef, kvalitetsansvarig sjuksköterska och verksamhetschef som utifrån en händelseanalys gör en bedömning av om misstänkt risk för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada enligt Lex Maria finns och rapporterar vid behov, i direkt anslutning till händelsen, vidare till MAS. Därefter gör kvalitetsansvarig sjuksköterska en sammanställning utifrån händelseanalys som

lämnas till MAS. MAS tar ställning till om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Kvalitetsansvarig sjuksköterska informerar enhetschefer på ledningsgruppsmöte om avvikelser varje vecka eller oftare vid behov. Avvikelse återkopplas till och diskuteras med personalen i verksamheten av kvalitetsansvarig sjuksköterska en gång i månaden vid kvalitetsråd och på sjuksköterskemöte. Viktigt att enhetschef återkopplar till berörd person om åtgärder utifrån avvikelsen. Personalrepresentanter som deltar vid kvalitetsråd informerar sina arbetskamrater på respektive enhets APT. De flesta avvikelser skrivna av personalen gäller fall, läkemedel och informationsöverföring/samordning.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål/synpunkter som kommer verksamheten tillhanda rapporteras till kvalitetsansvarig sjuksköterska/verksamhetschefen. En händelseanalys görs och om klagomål/synpunkt avser vårdskada eller risk för vårdskada skrivs en avvikelse och behandlas enligt verksamhetens rutin för avvikelshantering. Svar om vidtagna åtgärder efter klagomål/synpunkt återkopplas så snart som möjligt till avsändaren. Kvalitetsansvarig sjuksköterska informerar om klagomål/synpunkt till enhetschefer på ledningsgruppsmöte varje vecka eller oftare vid behov. Klagomål/synpunkter återkopplas till och diskuteras med personalen i verksamheten av kvalitetsansvarig sjuksköterska vid Kvalitetsråd och på Sjuksköterskemöte. Personalrepresentanter som deltar vid Kvalitetsråd informerar i sin tur sina arbetskamrater på respektive enhets APT.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Vi har utifrån inkomna klagomål/synpunkter kommit fram till att kommunikation/information/återkoppling måste förbättras angående förändrat hälsotillstånd, ändring av läkemedel och arbetssätt som bygger på förtroendefull samarbetsrelation med varje boende där vi tar tillvara den boendes, närstående resurser. En del avvikelser gäller rent slarv utifrån patientens säkerhet, där alla runt patienten måste ta sitt ansvar och skriva avvikelse utifrån händelse för att förbättra patientsäkerheten.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

För att verka för närståendes delaktighet i vården informeras patienter och närstående om att vi välkomnar synpunkter och klagomål för att kunna förbättra vården och omsorgen för våra patienter, dels via vår informationsbroschyr, via Solna stads hemsida samt muntligt vid inflyttning samt vid närståendemöten som anordnas på respektive enhet två gånger per år. Vidare inbjuds närstående att medverka, efter överenskommelse med patienten, vid den årliga vårdplaneringen. Vid vårdplaneringen deltar förutom patienten omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktmannen och vid behov arbetsterapeut och sjukgymnast. Vid vårdplaneringen utvärderas den vård och omsorg som ges och eventuella nya behov och önskemål tas tillvara och dokumenteras i patientens omvårdnadsjournal och genomförandeplan. Enhetschef, våningspersonal och patienter bjuder in till anhörigmöte två gånger per år. Då diskuteras och informeras om nyheter, samt att personalen finns till hand att svara på frågor. Fyra gånger per år kallas till Boråd där boenderepresentanter från samtliga våningar deltar tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska, enhetschef, verksamhetschef, kvalitetsansvarig sjuksköterska, närståenderepresentant. Kontaktpolitiker bjuds även in att delta. Dagordning skickas till samtliga boenderepresentanter i god tid innan mötet med punkter utgående från resultatet i Socialstyrelsens Brukarenkät. I den årliga

Brukarenkäten får patienten och närstående bl.a. besvara frågor angående hur de upplever kontakten med sjuksköterska och läkare i verksamheten.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Preventivt arbetssätt - Senior Alert

Riskbedömningar genomförs i Senior Alert angående fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Vid en jämförelse mellan 2017 och 2018 har antalet riskbedömningar sjunkit. Se tabell nedan.

2018

Riskbedömning med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
95%	83%	88%	67%

2017

Riskbedömning med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
88%	50%	81%	52%

2016

Riskbedömning med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
95%	60%	91%	40%

Vård i livets slutskede - Palliativa registret

Tyvärr har antalet ”utförd validerad smärtskattning” och ”lindrad från smärta” minskat. Utförda smärtskattningar har minskat till 80% från 87,5% året innan. Smärtlindring har bara uppnåtts hos 66,7% mot 93,8% 2017.

2018

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2019-01



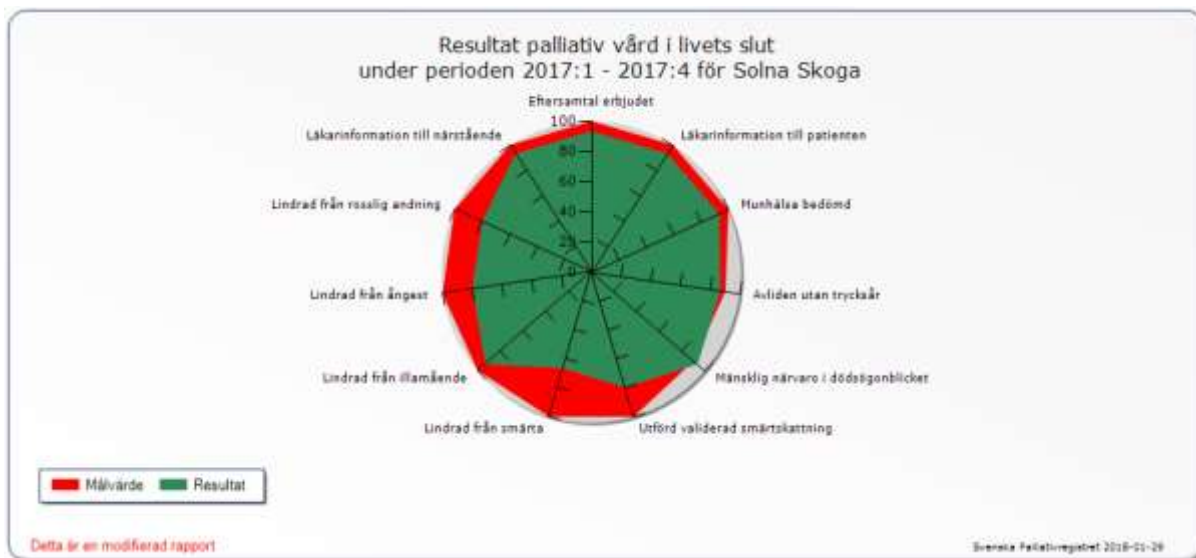
Data är en originalrapport från Svenska Palliativregisteret

Kvalitetsindikatorer - lilla

Period 2018-01 - 2019-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dokumenterade brytpunktssamtal	98,0	75,1
Ordinerade injektion stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,9
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	98,0	93,3
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	49,3
Dokumenterade munhälsobedömningar sista levnadsvecka	90,0	59,0
Utan trycksår (grad 2-4)	90,0	88,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	82,7

2017



Arkiv	Redigera	Visa	Beskrivning	Resultat	Kvalitetsindikator
Resultat palliativ vård i livets slut under perioden 2017:1 - 2017:4 för Solna Skoga					

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Eftersamtal erbjudet	100	93,3
Läkarenformation till patienten	100	93,3
Munhälsa bedömd	100	93,3
Avliden utan trycksår	90	86,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	93,3
Utförd validerad smärtskattning	100	80,0
Lindrad från smärta	100	66,7
Lindrad från illamående	100	93,3
Lindrad från ångest	100	80,0
Lindrad från rosslig andning	100	80,0
Läkarenformation till närstående	100	93,3
Antal vårdtillfällen i urvalet:	15	

God vård vid demenssjukdom- BPSD

Aktuella skattningar, max sex månader gamla, har genomförts på samtliga patienter med demensdiagnos på gruppboende i BPSD-registret, vilket visar att målet för 2018 är uppfyllt.

Avvikelser som inkommit under 2018 har under året fått återkoppling till berörda. 3 klagomål var skriftliga och 2 klagomål var muntliga. Avvikelser från verksamheten har behandlats, enligt gällande rutiner.

Missade signeringar

Antal missade signeringar av läkemedel, när detta sker på delegering, har minskat betydligt under 2018 i jämförelse med 2017.

Medicintekniska produkter, MTP

En avvikelse har rapporterats angående medicinsktekniska produkter under 2018.

Trycksår

Totala antalet trycksår har sjunkit och övervägande andel av trycksåren återfinns i kategori 1. Under 2018 har inget trycksår förekommit i kategori 4. Endast 1 sår i kategori 2 och 1 sår i kategori 3. Riskbedömning, tidig upptäckt och lämpliga åtgärder samt teamarbete är en förutsättning för en adekvat vård vid uppkomna trycksår. Under 2018 läktes 11(utav14) stycken trycksår i verksamheten, vilket är bättre än 2017 då 16 stycken trycksår läktes.

Nattfaste-mätning

I mätningen som ägde rum i november deltog endast hälften av patienterna. Orsaken är att det en del av de ifyllda har så stora brister att det inte går att räkna ut nattfastan. Resultat visar att de patienter som har 11h eller längre nattfasta var ca hälften av de som var med i mätningen. Av de patienter som är beroende av personal för att få i sig mat och dryck är det ca 5 % som har 11h eller längre nattfasta.

Natttillsyn/nattmål

Resultatet visar att det finns brister i följsamheten av rutinen gällande Phoniro Care. Antal registrerade natt-tillsyner och nattmål i systemet stämmer inte alltid överens med de faktiska tillsyner och nattmål som ges. Orsaken är att följsamheten mot befintliga rutiner brister.

Dokumentation HSL-journal

Dokumentationen av dokumenterat samtycke har märkbart förbättrats jämfört med föregående år. Arbetet med detta kommer att fortsätta under 2019.

Vårdhygien

Det finns områden kvar där hygienrutinerna kan bli bättre, dessa finns med som förbättringsområden under 2019.

Övergripande mål och strategier för 2019

Senior Alert och Palliativregistret:

Arbeta strukturerat med Senior Alert och öka antalet smärtskattningar. Uppföljning enligt sjuksköterskornas Års hjul.

Palliativ vård:

Vi arbetar för att utveckla omvårdnaden av den palliativa patienten och stödet till närstående utifrån det palliativa förhållningssättet. Palliativa ombud deltar i med Palliativt Forum 1 gång/månad där vi diskuterar de fyra hörnstenarna utifrån Peter Strang. Reflekterar och diskuterar utifrån patientfall så som ”fick den döende patienten rätt stöd och omsorg/vård i sitt lindrande vid livets slut?”.

Vi använder oss av NVP, Nationell Vårdplan för Palliativ vård. Det ger oss ett stöd för att kunna identifiera, bedöma och åtgärda en palliativ patients vårdbehov. Det är även ett sätt att kvalitetssäkra vården från det att vården övergår från botande till lindrande/stödjande vård ända fram till döden och vid omhändertagande efter döden.

Samverkan mellan vårdpersonal:

Arbeta vidare med Triage-modellen, med uppföljning.

Dokumentation:

Vi gör kollegial journalgranskning 2 gånger/år ska samstämmighet för sökord i Procapita granskas, bland annat sökord för läkemedelsgenombgång/samtycke/ID-kontroll. Granskningen gäller också att dokumenterat samtycke finns för informationsöverföring och kvalitetsregister. **Egenkontroller gällande följsamhet till checklista vid inskrivning kommer också ske via dokumentationsgranskning 2019.**

Läkemedelshantering:

Fortsätta med rutiner och webbutbildning gällande delegering med mål att antalet uteblivna signeringar av läkemedel minskar/avtar.

Nutrition:

Följa upp den ofrivilliga nattfastan så den inte överstiger 11 h. genom mätningar tre gånger per år enligt fastställd mall. Uppföljning på nattfastan och information till all personal. Påminna sjuksköterskor att det finns dietist att vända sig till. Under 2019 kommer sjuksköterskor få utbildning i nutrition.

Rutinen gällande Mobipen/Phoniro Care ska fortsätta att implementeras i verksamheten så att vi kan kvalitetssäkra natt-tillsyn och nattmål.

Inkontinens:

Kartläggning av inkontinensproblematik.

Webbutbildning:**Vårdhygien:**

Basala hygienrutiner ska följas i verksamheten, hygienronder ska genomföras på samtliga enheter minst två gånger per år. **Egenkontroll av följsamhet till handlingsprogram från Vårdhygien gällande screening vid inflyttning eller återkomst från sjukhusvistelse kommer ske under 2019.**

Beslutstödet Visam:

Vi kommer att arbeta vidare med att följa upp Beslutstödet Visam som ska användas när patient insjuknar. Det är viktigt att bedömningen av patientens hälsotillstånd sker på ett strukturerat sätt. Målet är att förtydliga, skapa gynnsammare förutsättningar och för att arbeta

patientsäkert. Detta ska användas vid kontakt med läkare utanför rond-tid, för att patient alltid ska få den strukturerade patientsäkerhet som patienten har rätt till.