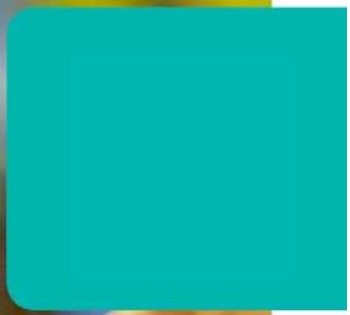




Patientsäkerhetsberättelse
2018
Trygghetens äldreboende Solna



Innehållsförteckning

1 Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet	3
2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året	4
4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	4
6 Rutiner för händelseanalyser	5
7 Informationssäkerhet	5
8 Samverkan för att förebygga vårdskador	5
9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter	6
10 Sammanställning och analys	6
11 Samverkan med patienter och närstående	6
12 Resultat	6

1 Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Trygghetens vård och omsorgsboende ska bedriva en god och säker vård. Den enskilde skall erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet och ska präglas av respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

2 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Organisatorisk ansvarsfördelning gällande patientsäkerhet

En god och säker vård är en lagstadgad rättighet för patienter. För att kunna garantera patientsäkerheten enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) och ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är det nödvändigt med en ansvarsfördelning. Aleris Omsorg ansvarar som vårdgivare för att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslag § 29 ansvarar för att:

- organisera patientsäkerhetsarbetet
- handlingsplaner upprättas för patientsäkerhetsarbetet
- samverka med medicinskt ansvarig gällande patientsäkerhetsarbetet
- upprätta patientsäkerhetsberättelse/plan årligen
- ta initiativ till och delta i utredning av avvikelser och risker i verksamheten
- rapportera legitimerad personal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- ledningssystemets hälso- och sjukvårdsprocesser och rutiner tas fram, fastställs och uppdateras
- följa upp och analysera kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård/ patientsäkerhetsarbetet
- ansvara för att det fortlöpande och inför förändringar i verksamheten görs riskbedömningar som har betydelse för patientsäkerheten

MAS/ och/eller utsedd anmälningskyldig till IVO vid allvarlig vårdskada

MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetsförordningen. Genom årlig kartläggning följer Aleris Omsorgs MAS upp kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården samt redovisar dessa till Aleris ledning.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att

- göra riskbedömningar fortlöpande på individ och gruppnivå utifrån patientsäkerhet
- rapportera risker och avvikelser i verksamheten till närmaste chef
- följa föreskrifter samt använda de arbetsmetoder, de verktyg och den utrustning som behövs för att förebygga vårdskador och säkerställa patientens säkerhet
- uppdatera sig och ge information till patienter, personal och närstående i patientsäkerhetsfrågor
- medverka i systematiskt patientsäkerhetsarbete

Omsorgspersonal

Omsorgspersonal har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling.

Trygghetens vård och omsorgsboende ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten

så att kravet på en god och säker vård och att en god hygienisk standard uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Patienterna ska erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patienternas integritet och självbestämmande.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet på Tryggheten och är också den som ansvarar för att synpunkter och klagomål hanteras på ett patientsäkert sätt och att vi ändrar våra arbetssätt så att inga vårdskador uppstår.

Vår läkare från Familjeläkarna i Saltsjöbaden och våra sjuksköterskor ansvarar för att utreda vårdskador som sedan rapporteras till verksamhetschef.

3 Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Egenkontroller utförs enligt årsplanering i PUR:

Basala hygienrutiner - en gång/år

HSL - en gång/år

Personakt/Socialdokumentation - en gång/år

Integritet-GDPR - två gånger/år

Loggkontroll av dokumentation - två gånger/år

Mat och måltider - två gånger/år (Äldreboende)

Nattfasta - två gånger/år (Äldreboende och viss Hemtjänst)

Verksamheten på Tryggheten följs upp genom rapportering i palliativa registret samt att det förebyggande arbetet med trycksår, fall, undernäring och munhälsa följs upp i Senior Alert på teammöten.

Systematisk journalgranskning sker en gång per år och loggkontroller sker en gång per kvartal.

Extern granskning av hälso- och sjukvårds-arbetet görs en gång per år av vår interna mas som sedan rapporterar till Vår uppdragsgivares mas (Solna Stad)

En sammanställning och utvärdering görs på verksamheten, inom affärsområdet samt på övergripande divisionsnivå av MAS/utsedd anmälningsskyldig till IVO

4 Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Inga stora projekt har genomförts under 2018.

Fokus har legat på att förbättra medarbetarnas kunskaper i t.ex. läkemedelshantering. Alla medarbetare har genomgått utbildningen "Att arbeta säkert med läkemedel"

Arbete med att implementera arbetet utifrån den nya Nationella vårdplanen har genomförts.

5 Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vi bedömer fortlöpande om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten genom att

- Genomföra årlig riskanalys på kärnprocessens samtliga delprocesser och aktiviteter (PUR)

- Nätverksträff leg. personal
- Genomgång av egna och andra verksamheters avvikelser.

6 Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Alla negativa händelser eller tillbud i verksamheten som kan resultera i en Lex Maria anmälan. Varje medarbetare har skyldighet att rapportera till verksamhetschef (VC) alla händelser som kan resultera i en Lex Maria anmälan.

Personal kontaktar verksamhetschef när en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Verksamhetschef tillsätter en intern analys genomförs av händelsen där följande ska redovisas och dokumenteras:

1. händelsen
2. omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder
3. identifierade orsaker till händelsen
4. riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser skall inträffa igen och tänkbara konsekvenser,
5. händelser av liknade art som tidigare har inträffat i verksamheten, och riskförebyggande åtgärder som har vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen.
6. lämnar den dokumenterade händelseanalysen till **kvalitets utvecklare** för en första granskning samt informerar **lex Maria ansvarig**
7. lämnar händelseanalys till **lex Maria ansvarig**.

Lex Maria ansvarig

1. Skriver anmälan inom två månader från det att avvikelserna har inträffat på blankett, anmälan enligt Lex Maria
2. Underrättar patienten eller närstående om händelsen och att anmälan till IVO ska göras
3. Antecknar i journalen att klienten eller närstående är underrättad och sammanfattar vad anmälan gäller
4. Skickar lex Maria anmälan till IVO, senast två månader efter det att avvikelserna har inträffat

Ingen lex Maria anmälan har anmälts under året.

7 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

I arbetet med informationssäkerhet har vi

1. gjort egenkontroller gällande GDPR
2. genomfört fyra utbildningstillfällen i GDPR med alla medarbetare.
3. utfört loggkontroller engång per kvartal
4. granskat hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

8 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom

1. årliga läkemedelsgenomgångar där sjuksköterska och läkare samverkar samt återkommande dialoger gällande säker hälso- och sjukvård för våra boende.
2. samverkansmöten mellan utförare, läkarorganisation och vår uppdragsgivares mas

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

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

Medarbetarna fyller i en avvikelserapport när risk eller händelse hade kunnat medföra en vårdskada. Sjuksköterska och i vissa fall paramedicinare utreder händelsen. Därefter skickas rapporten till verksamhetschef som granskar och godkänner utredningen. Resultatet tas upp och diskuteras på gruppmöten och APT.

Möjligheten att lämna klagomål och synpunkter är många men främst kommer de via mail. De klagomål som inkommit under 2018 har kommit ifrån anhöriga. Två klagomål har gällt den mat som serveras på Tryggheten och två har gällt för lång väntan efter att den boende har larmat.

Ingen vårdskada har bedömts som allvarlig under 2018.

10 Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

En misstanke som vi arbetat med är att det ibland dröjer för länge innan medarbetarna svarar på larm. Medarbetarna upplever svårigheter med att inte kunna nå de boende via larmtelefonerna när de arbetar inne hos annan boende. Medarbetarna är ofta alla upptagna med dubbelbemanningar som de gärna vill slutföra innan de går vidare, dvs mänskliga faktorn ställer till det.

11 Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Boende och närstående erbjuds alltid ett välkomstsamtal med kontaktman, sjuksköterska och paramedicinare där den enskildes behov och önskemål tas upp. Möjlighet finns också till enskilt samtal med vår läkare.

12 Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Vårt kvalitetsledningssystem har hjälpt oss att ständigt arbeta med förbättringar utifrån de resultat vi fått på enskilda egenkontroller och liknande. Därför har verksamheten efterhand blivit säkrare och säkrare utan att det är lätt att se vilka resultat vårt arbete utmynnat i.

Läkemedelshanteringen är det tydligaste resultatet av vårt arbete under 2018.

12.1 Mål, mått och aktiviteter

Erbjudande

Beskrivning

Attraktivt tjänsteerbjudande med hög kvalitet som kontinuerligt utvecklas och gör oss till förstahandsvalet för våra kunder.

Mål	Mått	Utfall	Mål	Aktiviteter	Status
Erbjuda nya tjänster/koncept	Antal nya tjänster/koncept	0 st	0 st	Erbjuda parboende	✓ Avslutad
	Analys/kommentar I nuläget kan vi inte se andra extra tjänstekoncept än parboende som redan			Analys/kommentar Endast ett parboende har varit aktuellt under	

Mål	Mått	Utfall	Mål	Aktiviteter	Status
	förekommit i flera år.			året.	
	Antal "virtuella" externa möten	0 st	0 st	Erbjuda telefonmöte t.ex. när flera anhöriga som bor på olika orter i Sverige vill delta på välkomstsamtal/vårdplanering	✓ Avslutad
	Analys/kommentar Har inte varit aktuellt under december.			Analys/kommentar Alla våra boendes anhöriga har velat besöka Tryggheten i samband med olika möten och därför har det inte varit aktuellt med telefonmöte.	
Tydliga och väldefinierade kunderbjudande.	Andel verksamheter som har produktblad och hemsida som klart och tydligt definierar vad vi är bra på sk. Unique selling point (USP:ar) och som förstås av kund.	100 %	100 %	Produktblad	✓ Avslutad
				Analys/kommentar Ett infoblad om allt vad man kan tänka sig om Tryggheten gjordes i början av året.	

Kund

Beskrivning

Förstå behoven för alla våra kundgrupper och få människor att aktivt välja oss när de behöver.

Mål	Mått	Utfall	Mål	Aktiviteter	Status
Nöjda kunder	Andel som är nöjda i frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt boende/den hemtjänst du har" i Socialstyrelsens Öppna jämförelser	76 %	86 % minst	Bomöte	✓ Avslutad
				Analys/kommentar Har varit givande möten under året som gjort det lättare för oss att utveckla verksamheten utifrån vad våra boende vill och önskar.	
				Uppföljning av nöjdheten	✓ Avslutad
				Analys/kommentar Kontaktmännen har följt upp nöjdheten under året och våra boende säger att de sett sig sedda genom dessa samtal. Tyvärr har inte resultatet i Öppna jämförelser följt med på samma sätt.	
	Andel nöjda uppdragsgivare			Utökat aktivitetsutbud	✓ Avslutad
				Analys/kommentar Våra stimulanspengar har kommit väl till användning. Den socionom som anställdes har tillfredsställt många av våra boendes behov av egen tid.	
	Andel enskilda som upplever att personalen brukar bemöta dem på ett bra sätt	95 %	100 %		

Mål	Mått	Utfall	Mål	Aktiviteter	Status
	Analys/kommentar Vi nådde tyvärr inte riktigt fram i en av grupperna vilket syns på det totala resultatet. Den grupp som falerat något i år har haft det kämpigt med flera långa sjukskrivningar och andra allvarliga personliga problem vilket har påverkat stämningen i gruppen. Det har också varit mycket svårt att få tag på fullgoda vikarier vilket gjort att vi har bytt ut medarbetare flera gånger under sjukskrivningarna.				
	Antal genomförda anhörigmöten gällande Öppna jämförelser	1 st	1 st	Anhörigmöte	✓ Avslutad
				Analys/kommentar Två anhörigmöten har hållits under året. Mötet på hösten handlade mest om övertagandet av Tryggheten men även andra frågor diskuterades.	
				Månadsbrev till anhöriga	✓ Avslutad
				Analys/kommentar Under de senaste månaderna har mycket information i månadsbrev handlat om överlämnandet av Tryggheten till Temabo / Ansvar & Omsorg men även om vardagslivet på Tryggheten.	

Medarbetare

Beskrivning

Förstahandsvalet för medarbetare inom vård och omsorg.

Mål	Mått	Utfall	Mål	Aktiviteter	Status
Engagerade, stolta, delaktiga medarbetare som utgår från en gemensam värdegrund och med ett tydligt kundfokus.	Arbetsmiljö	4,3	4		
	Engagemang	4,6	4,4		
	Kundfokus	4,6	4,3		
					Delaktighet i utvecklingen av vårt anbud på Tryggheten/Berga ifall Aleris Omsorg beslutar sig för att lägga anbud på verksamheten.
				Analys/kommentar Aleris avstod från att lägga anbud på Tryggheten.	
Friska medarbetare	Sjukfrånvaro			Följa upp sjukskrivningar	✓ Avslutad
	Analys/kommentar Många medarbetare har haft infleensa och andra långvariga och svåra förkylningar med lunginflammation som följd. Några utbildningar har också utmynnats i frånvaro som har behövt täckas. Därför hög frånvaro.			Analys/kommentar Tryggheten har ofta höga sjukskrivningstal som följts upp noggrant. Uppföljningarna har alltid visat att det är befogade sjukskrivningar. Medarbetargruppen är till åren och flera har tyvärr allvarliga kroniska diagnoser som gör	

Mål	Mått	Utfall	Mål	Aktiviteter	Status
				att de ofta är sjukskrivna.	
				Ge förutsättningar för utbildning	✓ Avslutad
				Analys/kommentar De flesta av våra medarbetare har gått de E-utbildningar som riktar sig till vårverksamhet. Det har följts upp som bl.a. lokalt lönekriterie.	

12.2 Egenkontroller

Egenkontroll	Utfall
Basala hygienrutiner	● Godkänd
Analys/kommentar Mätningen är gjord två gånger under 2018 och visar på förbättring till andra gången.	
HSL-dokumentation	● Godkänd
Personakt/Social dokumentation	◆ Förbättras
Måltidsobservation	● Godkänd
Loggkontroll	● Genomförd utan anmärkning
Analys/kommentar Inga avvikelser	
Egenkontroll GDPR	◆ Förbättras
Nattfasta	● Godkänd
Analys/kommentar En av de två boende som har mer än 11 timmar är i livets slutskede.	
Fysisk och social skydds rond	● Godkänd

12.3 Tillsyner

Tillsynsorganisation	Genomförda under året	Avvikelser under året	Sammanfattning
Arbetsmiljöverket			
IVO	1 st		2018-12-27 En anhörig hade lämnat klagomål på vårt sätt att ge ögondroppar men IVO svar visade att inga fel hade begåtts.
Miljö- och hälsa			
Kvalitetsgranskning läkemedel	1 st		2018-12-27 Läkemedelsgranskning gjordes under december utan avvikelse.
Externa revisioner			
Avtalsuppföljning			
Räddningstjänsten	1 st	1 st	2018-12-27 Våra rutiner och dokument har kontrollerats och vissa åtgärder var önskvärda. Allt åtgärdades omgående och blev godkänt.

Tillsynsorganisation	Genomfö da under året	Avvikelse under året	Sammanfattning
Tillsyn från kommun	1 st	1 st	2018-12-27 Uppföljning av vår utvecklingsplan till Solna genomfördes i november. Inom några områden har vi inte nått ända fram. Främst är det sol dokumentationen som behöver utvecklas.
Skydds rond (ej egenkontroll)	1 st		2018-12-27 Inga nya avvikelser. Avsaknad av personallokaler har påtalats varje år men kommer inte att åtgärdas av Solna som ansvarar för lokalerna.

12.4 Riskanalys

12.5 Avvikelser

Patient/individrelaterad

Underrubrik	Avvikelse	Ackumulerat utfall
Insatser	Ej utförd insats	1
	Fel utförd insats	2
Läkemedel	Ej signerad	1
	Utebliven	1
	Felaktig hantering	1
Fall	Collum fraktur	3
	Blåmärke/småår	4
	Ingen skada	18
	Annan skada	2
Händelser i verksamheten	Händelser i verksamheten	3
Summa		36

IT/Teknik/Utrustning

Underrubrik	Avvikelse	Ackumulerat utfall
Utrustning/apparatur	Medicintekniska produkter	1
Summa		1

Klagomål/synpunkter

Underrubrik	Avvikelse	Ackumulerat utfall
Synpunkter/klagomål	Närstående	1
Summa		1

12.6 Missförhållande och vårdskador – ”lexor”

Inga lex Sarah eller Lex Maria har anmälts under året.