



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet
2018-02-16
Anna Lidback Verksamhetschef

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Riskanalys	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Hantering av klagomål och synpunkter	10
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	12
Resultat	12
Övergripande mål och strategier för kommande år	14

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Under året har kvalitetsarbetet bedrivits gällande Erstas diakonis ledningssystem, upprättande av processer med kopplade rutiner och utvärdering av egenkontroller. Genomgång av rutiner för omarbetning och revidering har påbörjats och utförts. Under senare delen av året har ledningen på Linnégården bytts ut. Verksamhetschefen är ny sedan mitten av september och en av enhetscheferna har börjat på en annan enhet inom Ersta diakoni. Rekrytering av ny Enhetschef blev klar i december med start 12/2. Under sommaren har Östermalms stadsdelsförvaltning upphandlat och installerat ett nytt system för trygghetslarm på Linnégården. I samband med installationen har flera problem med larmet upptäckts och kontinuerligt kommunicerats till Östermalms stadsdelsförvaltning.

Linnégården har lyckats rekrytera sjuksköterskor under våren men har tyvärr haft flera långa sjukskrivningar inom sjuksköterskegruppen under sommaren, detta har föranlett att vi har använt vana timvikarier och under början av året bemanningsföretag, vilket påverkat kontinuitet och stabilitet. Verksamhetschefen har tagit över HSL ansvaret under hösten och arbetar kontinuerligt med gruppen för att skapa trivsel och kontinuitet. Under året har vi gjort en anmälan om lex Sarah där en nattpersonal sovit under sitt arbetspass, personalen är inte kvar på Linnégården.

Riskbedömningar för fall, undernäring, sår och munhälsa har utförts. Där risker identifierats har omvårdnadsplaner upprättats, dock är detta ett fortsatt utvecklingsområde under 2018.. Boende har erbjudits Läkemedelsgenomgång och Munhälsobedömning. Registrering av vårdrelaterade infektioner har förts varje månad. Under våren 2017 hade vi ett stort och långdraget utbrott av Calici (vinterkräksjukan) som påverkade både boende och personal i stor utsträckning. Detta har lett till att vi utvecklat och förtydligat rutiner kring utbrott av magsjuka.

På Linnégården har vi under hela året haft en representant från Östermalms stadsdelsförvaltning som handlett sjuksköterskor i dokumentation och dokumentationssystemet vilket lett till en större kunskap i systemen och bättre dokumentation.

Ett egenkontrollprogram med checklistor har följts vilket innefattar t ex Granskning av social respektive hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation, Registrering i Palliativa registret, läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut, följsamhet av basala hygienrutiner, infektionsregistrering varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, mätning av nattfasta, medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt föreskrift. Bedömningar enl kvalitetsregistret Senior

Alert har utförts och enheten har nu registrerat samtliga boende i Senior alert. Fortsatt utveckling av registrering i Senior alert under kommande år.

En sjuksköterska har tillsammans med representanter från omvårdnadspersonalen genomgått en utbildning via PKC i palliativt förhållningssätt för att ytterligare förbättra den palliativa vården och att skapa mer kunskap inom detta område.

Vårdplaneringsmöten har genomförts tillsammans med boende, samt närstående om boende så önskat. Närvarande yrkeskategorier vid dessa möten har varierat beroende på behovet. Planeringen har utgått från den boendes behov, förutsättningar och önskemål. Teammöten har hållits men inte i den utsträckning som vi har önskat relaterat att vi har haft ett fortsatt kritiskt läge i sjuksköterskegruppen med långa sjukskrivningar.

I dialog med representanter från Linnégården har forum skapats för att boende/närstående lättare ska kunna framföra bland annat önskemål och förbättringsförslag på vården och aktiviteter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. En förbättrad rutin kring avvikelshantering har skapats vilket tydliggör de olika yrkeskategoriernas ansvar. Verksamhetschefen tittar på alla avvikelser som kommer in och skapar sig en bild av avvikelsernas art.

Tvärprofessionellt arbete har genomförts regelbundet för genomgång av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter på kvalitetsmöte på respektive våningsplan. Uppföljning och återkoppling har skett på kvalitetsmöte och eller plan möte samt Arbetsplatsträff. Under slutet av 2017 har kvalitetsmötets struktur förändrats och är nu ett gemensamt för hela huset vilket ger ett lärande av varandras avvikelser och åtgärder.

Övergripande mål och strategier

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

Mål

*En trygg och säker hälso- och sjukvård
Minska andelen vårdskador och vårdlidande.*

Strategi

- *Rekrytering av nya sjuksköterskor för att säkerställa bemanning och kontinuitet*
- *Arbeta för att all personal har tillräcklig kompetens.*

-
- *Säker läkemedelshantering genom att utvärdera och följa rutiner gällande detta*
 - *Ingå i kvalitetsregister: Palliativa registret och Senior Alert, Infektionsregistrering*
 - *Uppdatera och gå igenom rutiner för läkemedelshantering*
 - *Alla riskpatienter ska ha en vårdplan upprättad av legitimerad personal och riskbedömas enligt:*
 - *Riskbedömning mun och tandhälsa ROAG*
 - *Riskbedömning fall DOWNTON*
 - *Riskbedömning malnutrition MNA*
 - *Riskbedömning trycksår NORTON*
 - *Riskbedömning enligt NICOLA*
 - *Riskbedömning oro GDS-20 på alla boende med somatisk inriktning*
 - *Att all personal känner till riktlinjer och rutinerna för risker och avvikelshantering och uppmuntras till att skriva avvikelser.*
 - *Att verksamheten tar till vara inkomna synpunkter och klagomål från boende och närstående*
 - *Att uppkomna risker och avvikelser bedöms och analyseras regelbundet samt att återkoppling sker till personalen.*
 - *Att tvärprofessionella teammöten hålls kontinuerligt.*

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ersta diakonis styrelse har det övergripande ansvaret för all verksamhet.

Direktorn har det verkställande ansvaret för Ersta diakonis verksamhet och ansvarar gentemot styrelsen. Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Kvalitets samordnare har ett övergripande ansvar för utveckling och förvaltning av kvalitets- och miljöledningssystemet. Ansvarar för att ledningssystemet är uppdaterat och att revisioner genomförs för att säkra efter levnaden av interna och externa krav, inkluderat lagstiftning.

Äldreomsorgschefen ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat inom sitt område. Säkerställer att medarbetare känner till och följer ledningssystemets rutiner, känner till och följer lagstiftning och andra relevanta krav.

Verksamhetschef säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Verksamhetschefen har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Ersta diakonis MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS har det övergripande kvalitetsansvaret för hälso- och sjukvården.

Bitr Verksamhetschef/Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS/MAR fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschefen ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt att det genomförs och dokumenteras inom det egna ansvarsområdet.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning vid inflyttning och förändring av bendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger. Sjuksköterskorna registrerar i palliativa registret, senior alert och vårdrelaterade infektioner.

Samtliga medarbetare ansvarar för att följa styrdokument, riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål. Det är alla medarbetares ansvar att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt aktivt delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:

Uppföljning av mål och strategier enligt föreslagna förbättringar från föregående års Patientsäkerhetsberättelse, Öppna jämförelser och Nationella studier, Egenkontroller, Kvalitets- och avtalsuppföljning av Östermalmsstadsdelsförvaltnings MAS, kvalitetsgranskning från Apoteket, Extern revision från xxxxxxxx samt Ersta Diakonis MAS.

Processerna; Inflyttning, Dygnets insatser, Avslut och utflytt har identifierats och ligger till grund för kvalitetsarbetet i verksamheten. Arbetet med processerna och rutinerna är ständigt pågående. Utifrån resultaten förbättrar vi processbeskrivningarna och rutinerna.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Läkemedelshantering.

Extern granskning av läkemedelshanteringen har gjorts av Erstas MAS, Apoteket och Extern revision ISO. Förbättringsförslagen har sammanställts och arbete med revidering av rutiner och struktur har utförts.

Läkemedelsgenomgång har erbjudits och genomförts för de boende som tackat ja samt nyinflyttade

Vårdrelaterade infektioner har registrerats och rapporteras månadsvis till MAS. Smittspridning har skett under våren av Calici (vinterkräksjukan) som lett till förbättrade och tydligare rutiner vid misstanke om utbrott av magsjuka på boendet.

*All vårdpersonal har getts möjlighet att genomföra **E-utbildning i Basala hygienrutiner** och punkt prevalens mätning (PPM) har utförts för begränsningsåtgärder och förskrivning av inkontinens och stödordinationer av skötsel av inkontinenshjälpmedel.*

*Under året har revidering och uppdatering fortsatt av **Rutiner för Hälso- och sjukvården**. Samt utbildning i intranätet.*

*Inkomna **avvikelser** har analyserats regelbundet tvärprofessionellt på kvalitetsmöten.*

Riskanalyser görs där risker i verksamheten identifierats.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation har skett via stickprovskontroll 1 gång per termin, utförs av Ersta MAS genom granskningsmall och 10 st slumpmässigt utvalda journaler. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdel genom samverkans möte och årlig uppföljning. Det redovisas till verksamhetschef, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut på HSL möte.

Registrering i Palliativa registret har under året kontrollerats genom stickprov. I samband med stickprovskontrollen jämförs verksamhetens resultat med övriga medverkande verksamheters resultat.

Läkemedelshantering med extern kvalitetsgranskning av leg farmaceut 1 gång per år. Resultatet kommuniceras till ansvarigchef samt sjuksköterskor och MAS

Hygienrond genomförs 1 gång per år, resultatet kommuniceras på arbetsplatsträff och till verksamhetens ledning.

Följsamhet av basala hygienrutiner utförs dagligen av sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast samt chefer. Under hösten utfördes en hygienrond med självskattningar och förutsättningar för att följa basala hygienrutiner. Responsen från omvårdnadspersonalen har inte varit tillfredställande och kommer att utvecklas vidare under 2018. Resultatet kommuniceras fortlöpande på arbetsplatsträff, planmöte samt till ansvariga chefer. I hela huset har hållare för handsprit, tvål, pappershanddukar installerats. En ny spolskölj och en ny diskdesinfektor har installerats men pga installationsproblem ej ännu tagits i bruk.

Registrering förs över Vårdrelaterade infektioner varje månad genom Vårdhygien Stockholms län, resultatet kommuniceras till MAS per kvartal.

Mätning av nattfasta via registrering på blankett i 3 dygn har skett under året och följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Resultatet kommuniceras till uppföljande stadsdels MAS, sjuksköterskor, ansvariga chefer och omvårdnadspersonal på teammöte, planmöte och arbetsplatsträff.

Medicintekniska produkter och funktionskontroll enligt forskrift. Följsamhet av funktionskontroll följs upp av enhetschef för HSL. Resultatet kommuniceras på arbetsplatsträff och planmöte.

Avvikelsestatistik sammanställs varje månad. På kvalitetsmötet analyseras avvikelserna tvärprofessionellt.

Synpunkter/klagomål, Lex Sarah/Lex Maria samt riskanalyser sammanställs månads/kvartals-/årsvis. Se respektive rubrik.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse redovisar årligen verksamhetens resultat. Resultaten kommer att jämföras med tidigare resultat.

I ett försök att minska på antalet missade signeringar på signeringslistor för läkemedel som delegerad personal ska signera på har enheten på försök infört fasta pennor i rummen på två plan. Försöket har fallit väl ut och kommer att införas under våren på hela huset.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansavtal finns med läkare från Legevisitten. Läkare kommer regelbundet på besök till enheten samt vid akuta behov dygnet runt. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker 2 till 3 gånger per år. Samarbete med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretag som utför fria munhälsobedömningar.

Avtal med Apoteket för årlig kvalitetsgenomgång av läkemedelshantering.

Avtal Vårdhygien Stockholms län, årlig hygienrund samt infektionsregistrering.

Avtal för extern kontroll av Medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift.

Extern granskning från ISO

Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast sker i samband med skiftbyten samt genom dagligplanering och veckoplanering i varje arbetsgrupp. Vid förändringar skriver sjuksköterskan information till omvårdnadspersonalen via omvårdnadspersonalens dokumentationssystem.

Vårdplaneringar, där läkare, anhörig, boende, kontaktman och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast medverkar.

Samverkan och information till anhöriga och boende via månadsbrev, hemsida, boenderåd, anhörigträff och förtroenderåd.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys görs då nya metoder och processer införs i verksamheten samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. Riskanalys görs också på befintliga metoder, processer och inträffade händelser. Ansvarig chef initierar riskanalysen och involverar olika medarbetare beroende på vilket område analysen avse. Resultatet kommuniceras ut i verksamheten och till MAS stockholm och olika åtgärder genomförs.

Under 2017 utfördes riskanalyser inom följande områden:

- *Risikanalys, Calici*
- *Sommarbemanning Linnegården 2017*
- *Införande av nya trygghetslarmet maj-17*
- *Återgång till bemanning enligt anbud sjuksköterskor. Sep-17*
- *Risikanalys nattsäkerhet okt -17*
- *Risikanalys för risker under jul och nyår bemanning. Dec-17*

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Risker och avvikelser rapporteras i internt avvikelse system.

Inkomna, rapporterade avvikelser och risker, analyseras och bedöms regelbundet. Akuta händelser åtgärdas omgående av tjänstgörande sjuksköterska.

En händelse/risikanalys görs; vid återkommande risk rapportering eller vid allvarlig avvikelse. En anmälan om lex Sarah har gjorts under året.

Personal som identifierar risken/avvikelsen dokumenterar detta i avvikelssystemet.

Sjuksköterskan, verksamhetschef, biträdande enhetschef eller paramedicinsk personal tilldelas, bedömer och vidtar de åtgärder som är relevanta, dokumenterar i journalen och informerar berörd personal.

Händelseanalys utförs av tilldelad/ utsedd person och vid behov upprättas en förbättringsplan som utvärderas på kvalitetsmöte. En bedömning görs av allvarlighetsgrad och om det finns risk för upprepning samt om risikanalys behöver genomföras. Återkoppling i verksamheten sker förutom på kvalitetsmöte även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Avvikelserapporter sammanställs i ett dokument och analyseras för att kunna se olika mönster och trender

Vid allvarlig skada/risk för, underrättas alltid verksamhetschef och MAS omgående. Om allvarlig skada eller risk för skada föreligger informeras patienten/närstående om detta och vilka åtgärder som vidtagits.

Kvalitetsmötet är tvärprofessionellt och sker minst 10 gånger per år. En sammanställning görs för varje månad på rapporterade risker, inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

På mötet analyserar, bedömer och diskuterar man händelser och övriga utvecklingsområden. Detta leder till ett utvecklingsarbete då våningarnas förbättringstavla är ett bra instrument. Uppföljning sker nästkommande möte.

Mönster och trender utifrån den samlade avvikelsestatistiken 2017 redovisas under rubriken resultatmått.

Vi bedömer att vårt fortlöpande arbete med avvikelser har en positiv inverkan på verksamheten. Personalen är insatta i hanteringen och medvetna om att alltid rapportera avvikelser.

Kvalitetsmötet är ett bra forum där personalgruppen själva kommer fram till förbättringsåtgärder.

Hur verksamheten tillämpar lex Maria

Vid allvarliga händelser informeras MAS som gör en bedömning om det inträffade enbart skall hanteras i det lokala säkerhetsarbetet eller om den också ska anmälas enligt Lex Maria.

Anmälan görs av MAS på blankett SOSFS 2013:3 Bilaga (2013-05) och ska vara IVO tillhanda inom 2 månader från det inträffade. MAS ansvarar för att vårdtagaren eller närstående samt berörd stadsdel, får information om att en Lex Maria anmälan gjorts samt dokumenterar att information är given i journalen. Om informationen inte kan lämnas ska orsaken dokumenteras i journalen. MAS ansvarar för att patient eller närstående får information och en kopia på svaret från Socialstyrelsen.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter inkommer direkt till chef eller till personal i tjänst.

Beroende på händelsens karaktär kan mottagaren åtgärda direkt, upp till sin kompetens eller lämnar ärendet till verksamhetschef/närmaste chef/ tjänstgörande hälso-och sjukvårds personal för åtgärd.

Verksamhetschef/bitr verksamhetschef/enhetschef ansvarar för att återkoppling sker till berörd person inom 3 arbetsdagar och efter utredning återrapporteras inom 14 dagar.

Verksamhetschefen eller utsedd person ansvarar för hela processen; Påbörjar en analys och ger förslag på åtgärder och/eller åtgärdar ärendet. Registrerar i Erstas avvikelssystem och sparar en kopia i ett sammanfattande dokument . Upprättar vid behov en förbättringsplan. Följer upp och avslutar ärendet.

Återkoppling/uppföljning sker förutom på kvalitetsmöte även på arbetsplatsträffar och planmöten.

Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender.

Om ärendet är mer allvarligt eller har betydelse för patientsäkerheten görs en riskanalys med bedömning och åtgärdsplan samt ställningstagande till ytterligare utredning.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Gällande klagomål och synpunkter för 2017 ser vi inget speciellt mönster eller särskild trend. Vi har under året haft fyra skriftliga synpunkter/klagomål. En rörande omvårdnad, en gällde information till anhörig att en boende lämnat boendet, En rörande städning i allmänna utrymmen samt en rörde klagomål ang nutrition i samband med magsjuka.

Ett Lex Sarah ärende är under pågående utredning. Ärendet rörde en nattpersonal som sovit under sitt arbetspass vilket lett till att personalen var ouppmärksam i samband med att en boende hade andningssvårigheter. Den berörda personalen arbetar inte kvar på Linnegården och under 2018 kommer stickkontroller nattetid att utföras.

Samverkan med patienter och närstående

Samma dag boende flyttar in görs en riskbedömning av fallrisk och fallförebyggande åtgärder vidtas av legitimerad personal i samarbete med boende och anhöriga. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) genomför även riskbedömningar enligt Norton, MNA, downton och ROAG inom 2 veckor, om risk föreligger upprättas en hälsoplan. Boende och anhöriga blir informerade och ges möjlighet till delaktighet i planeringen. Riskbedömningarna uppdateras var 6e månad eller vid förändrat status hos den boende.

Inom 2 veckor genomförs alltid ett välkomstsamtal med den nyinflyttade, närstående, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, kontaktman och enhetschef.

Agenda följs där frågor som rör patientsäkerhetsarbetet tas upp, t ex överenskommelse om hur information om läkemedelsförändringar, kontakter med läkare, OAS, kontaktman kan ske. Genomgång av fallprevention. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål kan också lämnas till IVO,, Äldreombudsmannen eller till stadsdelen. Blanketter, information och förslagslåda finns vid en av entréerna samt i pärmen.

Information om hantering av klagomål och synpunkter har skickats i nyhetsbrev till de anhöriga.

Vid förändrat hälsotillstånd hos den boende erbjuds vårdplanering, där boende och/ eller anhörig deltar. Vid mötet deltar representanter från olika yrkes kategorier. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid brytpunktsamtal med läkare.

På enheten anordnas anhörigmöten i olika former, boråd hålls regelbundet och förtroenderådet sammanträder fyra gånger per år. Nyhetsbrev skickas från verksamhetschef en gång per månad med information om verksamheten.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

All personal i vården, har getts möjlighet att genomföra e-utbildningen i Basala Hygienrutiner . Uppföljning av resultatet på antal genomförda utbildningar bör förbättras inför kommande år.

Egenkontroll basala hygienrutin har genomförts. Resultatet av egenkontrollen /självskattning var det lågt svarsantal vilket ger för lite underlag för en helhetsbild.

PPM mätning för begränsningsåtgärder har visat att ordination finns men dokumenteras inte alltid under rätt sökord i Vodoc. PPM mätning för ordination av skötsel och förskrivning av inkontinens visade att 90 % hade bedömningen och åtgärder.

Stor omsättning av sjuksköterskegruppen under året , har föranlett nyrekrytering av sjuksköterskor under hösten, vilket påverkat kontinuitet och stabilitet. För att motverka detta har långsiktig planering skett vid bemanning med timanställda sjuksköterskor.

Sjuksköterskor har fått utbildning i journalsystemet Vodok, samt ICF och KVÅ utbildning.

Verksamhetschef har övertagit HSL ansvaret från mitten av oktober och rekrytering av ny bitr verksamhetschef pågår.

3 undersköterskor och en sjuksköterska har gått palliativ ombuds utbildning via staden och Palliativ kunskapscentrum.

En sjuksköterska/bitr verksamhetschef har påbörjat utbildning i blodtrycksmätning, tempkontroll och pulskontroll.

Processmått.

Riskbedömningar har genomförts då ny boende har flyttat in.

Munhälsobedömning har erbjudits till nya alla boende.

Läkemedelsgenomgång har genomförts på nyinflyttade och de sedan tidigare boende som tackat ja.

Uppkomna risker, avvikelser, synpunkter och klagomål har analyserats/hanterats tvärprofessionellt.

Infektionsregistrering har utförts månatligen.

Bedömningar enl Senioralert har genomförts. Registrering i Senior Alert har påbörjats men fortsatt arbete med detta pågår.

Rekrytering av sjuksköterskor har pågått aktivt under hösten och en ny sjuksköterskegrupp har bildats.

Teammöten har påbörjats under senhösten men inte haft den frekvens som önskats p.g.a sjuksköterskesituationen.

Resultatmått

Arbete har under året pågått gällande; Läkemedel- missad signaturer-tyvärr ökade antalet missade signaturer under Juli. Orsak till detta kan ha varit minskade uppföljningar av signeringar, eget medarbetaransvar. Arbete och uppföljningar har skett på kvalitetsmöte och under senare delen av året har en stor förbättring skett och minskade antal osignerade har minskat. Fasta pennor har testats på två plan under de sista tre månaderna och vi har sett positiva effekter av detta, vilket leder till att vi kommer att införa detta på samtliga plan under våren 2018.

I genomsnitt har det varit 10 fall per månad och sammanlagt har totalt 7 av dessa krävt sjukvård. Det är ganska jämnt fördelat under året och vi ser inte någon särskild trend dock sticker April månad ut med sammanlagt 23 fall, ingen orsak till de ökade fallen kunde identifieras. Periodvis kan de var en boende som faller mer frekvent trots insatta åtgärder. Motsvarande siffra för 2016 var 11st/mån.

Antal boende med urinkateter har i genomsnitt under året varit 4st. Under året är det 11 st registreerde urinvägsinfektioner hos personer utan urinkateter och 2 st urinvägsinfektioner hos personer med urinvägskateter. Jämförelse med föregående år då 2 st urinvägsinfektioner totalt hade registrerats tros ökningen vara en större följsamhet att registrera alla urinvägsinfektioner.

En virusbaserad masjuka har spridits på huset under våren 2017. Ingen diagnostiserad influensa har registrerats på huset.

Gällande skyddsåtgärder kan man vid sammanställning se, över året, att det sker en ökning av behov av sänggrindar och individuella larm. Vilket kan ge en slutsats att de äldre är i större omvårdnadsbehov än tidigare.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Mål 2018

Ökad patient säkerhet genom ökat tvärprofessionellt teamarbete.

Ökad kontinuitet och stabilitet i HSL-gruppen, framför allt i sjuksköterskegruppen

Utveckla arbetet med vårdplaner och uppföljningar av dessa.

Utbildningsinsatser gällande munhälsa och vårdhygien planeras för samtlig omvårdnadspersonal samt utbildning av 2 sjuksköterskor i fördjupade kunskaper i smärtbehandling hos äldre.

Utveckla palliativa vården ytterligare hos omvårdnadspersonalen och sjuksköterskegruppen.

Införa delegering, signeringslistor och andra rutiner för dagliga insatser av sjuksköterskor i Vodoc.

Aktivt arbete med smärtskattningar med validerade smärtskattningsskalor.

Kontinuerliga självskattningar och hygienronder.

Fortsatt revidering av Hälso- och sjukvårdsrutiner och arbetssätt inom sjuksköterskegruppen.

Utbildning i temp-, puls-, och blodtryckskontroller hos omsorgspersonalen

Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom implementering av palliativa ombud.

Fortsatt registrering i Senior Alert under 2018.

Arbeta aktivt med förbättrad arbetsmiljö för sjuksköterskor under 2018.