

Patientsäkerhetsberättelse för:



2018

Uppdaterad: 2019-02-07
Ansvarig: Josefine Boberg
Verksamhetschef

Innehåll:	sid
• Sammanfattning	3
• Övergripande mål och strategier	4
• Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
• Struktur för uppföljning/utvärdering	5
• Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	5
• Uppföljning genom egenkontroll	6
• Samverkan för förebyggande av vårdskador	7
• Riskanalys	7
• Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapportskyldighet	8
• Hantering av klagomål och synpunkter	8
• Sammanställning och analys	8
• Samverkan med patienter och närstående	9
• Resultat	9
• Övergripande mål och strategier inför kommande år	10

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 § 3

Sammanfattning

Betelhemmet är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. En person som har kontakt med Betelhemmets personal ska känna sig trygg och säker. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

- **De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten**
 - Fortsatt registrering i kvalitetsregister Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativa registret
 - Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar
 - PPM inom hygien utförd.
 - Samverkan med larmföretag och räddningstjänsten om trygghetslarm
 - Räddningstjänsten har utfört brandskyddsinspektion. Vi har även bytt brandslangarna i huset.
 - Kvalitetssäkring av delegeringsprocessen
 - Fortsatt arbete med internt överrapporteringssystem ("krystavla")
 - Fortsatt samarbete med Vesica och TENA gällande inkontinenshjälpmedel
 - Fortsatt implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete på dator
 - Fortsatt förbättringsarbete inom aktivitet.
 - Fortsatt stöttande arbete med dokumentation enligt ICF samt fördjupning av genomförandeplaner
 - Fortsatt arbete med Ipad som signeringsverktyg.
 - Implementerat GDPR i verksamheten.
 - Två st luftvärmepumpar har installerats för att öka möjligheten till svalka på varma sommandagar
 - Alla sommarvikarier har fått intern utbildning inom brandsäkerhet, dokumentation och lokala rutiner.
 - Grusplanen på framsidan har asfalterats.
 - Fortsatta Ledningsmöten 1 g/mån
- **Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll**
 - Årsrapport Senior Alert Betelhemmet 2018
 - Årsrapport svenska palliativregistret 2018
 - Statistik från händelserapporter gällande patientsäkerhet och läkemedel mm.
- **Hur risker och vårdskador identifieras och hanteras**
 - Händelserapporter gällande risker för vårdskador samt faktiska vårdskador dokumenteras och hanteras via det interna systematiska kvalitetsarbetet.
- **Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser**
 - All personal har tillgång till händelserapporteringssystemet. Inkomna händelserapporter belyses på kvalitetsmöte varje månad och diskuteras därefter

på varje ledningsmöte. Resultat av diskussioner presenteras på ordinarie arbetsplatsträff. Åtgärdsplan skrivs då det behövs, annars dokumenteras alla förslag till åtgärder i ledningsmötesprotokoll samt i protokoll för arbetsplatsträff.

- **Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats**
 - Synpunkter och klagomål från anhöriga hanteras enligt uppgjord lokal rutin som ingår i det systematiska kvalitetsäkerhetsarbetet.
 - Boenderåd ska hållas 4–5 gånger per år där boendes synpunkter och önskemål diskuteras och åtgärdas
 - Resultat från Socialstyrelsens brukarenkät granskas och förslag på åtgärder tas upp på boenderåd och i personalgruppen
- **De viktigaste resultaten som uppnåtts**
 - Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen visar mycket god kvalitet
 - Händelserapporteringssystemet funktion är intakt. Fel och brister åtgärdas enligt protokoll på ledningsmöten.

Övergripande mål och strategier

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

Betelhemmets övergripande mål:

- Nöjda och aktiva boende
- Hög kvalitet på vården
- Kostnadseffektivitet
- Rätt bemanning
- Bra måltidssituationer

Strategier:

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet fortsätter vi att försöka involvera våra boende och göra dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi upprättar genomförandeplaner och hälsoplaner samt följer upp dem två gånger varje år för att minska riskfaktorer. Vi har kontinuerligt interna diskussioner om säker läkemedelshantering. Vi fortsätter att informera och öka riskmedvetenheten om läkemedel hos boende och anhöriga. Vi arbetar aktivt med förbättringsarbete inom patientsäkerhet. Vi aktualiserar och reflekterar över våra lokala rutiner för att öka trygghet och säker vård. Personalen får intern och extern utbildning inom aktuella områden.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

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

Vårdgivare är stiftelsen Betelhemmet och dess styrelse. Styrelsens har 8 medlemmar, till större delen från Betelförsamlingen som är huvudman över stiftelsen Betelhemmet. Styrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Betelhemmet.

Verksamhetschef är underordnad styrelsen och fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen ansvarar för upprättandet av

egenkontroll och att formulera mätbara mål. Verksamhetschefen ansvarar för att all personal har rätt kompetens i omvårdnadsarbetet, att personalen informeras om de brister som kan förekomma samt de resultat som kvalitetsmätningarna ger.

Omvårdnadsansvarigsjuksköterska (OAS) ansvarar för att varje äldre får vård utifrån sina behov. OAS ansvarar även för att bedöma och ge omvårdnadspersonalen formell och reell kunskap för att få delegering att utföra medicinska uppdrag. OAS ansvarar för att dokumentera och möjliggöra för omvårdnadspersonalen att inhämta nödvändig information om de boende för att kunna utföra säker omvårdnad. OAS ansvarar för registrering till MAS i Nyköpings kommun och tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelse gällande Lex Sarah och Lex Maria.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap, 2 §

Fortlöpande skriftlig redovisning av verksamheten till styrelsen 6 gånger per år samt muntligt vid varje styrelsemöte. Tjänstegaranti sänds till Vård- och omsorgsnämnden 3 gånger per år. Årligen skrivs Verksamhetsberättelse samt Patientsäkerhetsberättelse som distribueras till Vård- och Omsorgsnämnden sakkunniga.

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

SFS 2010:659, 3 kap 10 § p 1-2

Kompetensutveckling: All personal har fått utbildning inom HLR och brandskydd från Räddningstjänsten. Verksamhetschef har besökt Ersta Sköndal Högskola för att delta vid ett seminarium om Kvalitet i vården. All personal har fått utbildning om ergonomi vid två tillfällen. Olika personal har vid två tillfällen gjort studiebesök i kommunala verksamheter med fokus på aktiviteter. En personal har deltagit vid anhörigcentrums utbildning i anhörigstöd. Fem personal har via Palliativa rådet fått utbildning om kvalitet i livets slut. Äldreomsorgsdagarna i Stockholm besöktes av sammanlagt 8 personer. Folkvandvården har hållit utbildning om munhälsa för hela personalgruppen.

Läkemedelshantering: Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförd utan några större avvikelser.

Läkemedelsgenomgångar: Förenklade läkemedelsgenomgång utförs kontinuerligt på alla boende. Fördjupad läkemedelsgenomgång i samverkan med apotekare har genomförts på alla boende.

Vård i livets slut: Samtliga dödsfall på Betelhemmet är registrerade i svenska palliativregistret.

Förebyggande arbete mot undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen: All personal och sjuksköterska registrerar tillsammans riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar i Senior Alert. Teamronder (sjuksköterska, vårdpersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, verksamhetschef) hålls var tredje vecka. Där diskuteras riskbedömningar, planerade åtgärder och uppföljningar för att få en sammanhållen bild av varje äldre och dennes behov.

Hygien: En punktprevalensmätning genomfördes under hösten för att utvärdera oss själva och hur vi arbetar med basal hygien. En köksbänk och portabel köksö har installerats för att förenkla för vårdpersonal att hantera livsmedel på ett säkert sätt utan att beträda tillagningsköket.

Nutrition: Fortsatt arbete med förmiddagsmellanmål, kvällsnäring och förfrukost för att minska risken för dygnsfasta.

Delegering: Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för all delegering. Personal får genomföra både skriftlig och praktisk del innan delegering. All personal genomför webbaserad utbildning om läkemedel på demenscentrum.se innan delegering på Betelhemmet.

Avvikelse: Händelserapporteringssystemet är aktivt och risker för allvarliga händelser rapporteras, så även förslag till förbättringar. Under 2018 har 137 händelserapporter registrerats i ProCapita, av dessa handlade 84 om läkemedel, 43 om fall, 9 om omvårdnad och 1 om dokumentation.

Digital signering: Arbete med signering av läkemedel mm i Ipad har fortsatt. Färre händelserapporter på missade läkemedel har kunnat registrerats under året. Under 2018 har även andra områden kunnat aktiveras inom digital signering (nutrition, VILS-kontroller, vikt, aktiviteter mm)

Trygghetslarm: Kontroll av larmen genomförs kontinuerligt av vaktmästare. Loggdator finns.

Brandutbildning och HLR: Genomförs årligen för all personal av räddningstjänsten Nyköping

Dokumentation: All personal har erbjudits enskild utbildning av VC om behov funnits gällande dokumentation. Fokus för 2018 har varit eget ansvar för dokumentation, genomförandeplaner och uppföljningar.

Loggkontroller: Utförs i verksamhetssystemet Pro Capita. Årlig kontroll på larmloggar utförs på uppdrag av Nyköpings kommun.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2001:9, 5 kap 2§, 7 kap 2§ p 2

Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, kontrollera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbete utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv samt och utifrån resultat och förväntade effekter. Verksamhetschef säkerställer att lokala rutiner finns i enlighet med lagstiftning samt att det finns ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Verksamhetschef kontrollerar dokumentationen som den anställda personalen gör.

Verksamhetschef och sjuksköterska följer regelbundet (2 ggr/år) resultaten i kvalitetsregistret Senior Alert samt Svenska Palliativregistret och återför till verksamheten. Tillsammans upprättas rutiner gällande medicintekniska produkter och förbrukningsmaterial.

Sjuksköterska följer upp och kontrollerar signeringslistor, hälsoplaner och läkemedelsgenomgångar. Sjuksköterska rapporterar till verksamhetschef och skriver även händelserapporter om något inte följer plan eller om signering uteblivit.

I samband med digital signering har uppföljning genom egenkontroll blivit enklare. Under december 2018 har Betelhemmet utfört 3 128 insatser rörande läkemedel. 2 871 av dessa

insatser är registrerade som givna/utförda på rätt tidpunkt, vilket är 92 % utförda insatser av läkemedel utan anmärkning. De resterande 8 % har fått anmärkningar som t ex medskickade läkemedel, läkemedel ej givet i tid, patient kan ej ta emot läkemedel, ej signerade läkemedel.

I APPVA kan statistik påvisas och under december 2018 har 7 703 insatser utförts. Insatser är allt man kan signera i Ipad som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, kontrollbesök, extra näring, träning, stödstrumpor på/av, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 95 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination.

Samverkan för förebyggande av vårdskador

SOSFS 2011:9, 4 kap 6§, 7 kap 3§ p 3

Avtal finns om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med landstinget Sörmland. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök på Betelhemmet av läkare. Tillgång till läkarmedverkan finns dygnet runt. Dygnet runt finns även tillgång till tjänstgörande sjuksköterska enligt avtal med Nyköpings kommun.

En hygiensjuksköterska delas med de andra kommunerna i Sörmland.

Tandvårdsenheten i landstinget Sörmland har avtal med Nyköpings kommun om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, VoN. Oral Care eller Folktandvården kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. Den äldre får själv bestämma vilken utförare de vill ha.

Apoteket Farmaci har avtal med Nyköpings kommun om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering samt fortbildning för sjuksköterskor om nyheter inom läkemedelsområdet. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, VoN.

Teamronder tillsammans med paramedicinsk personal, sjuksköterska, vårdpersonal och vid behov verksamhetschef hålls var tredje vecka.

Riskanalys

SOSFS 2011:9 5 kap 1§

Verksamhetschef ansvarar för riskanalys genom att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses. Verksamhetschef arbetar nära med personal och i samma fastighet som verksamheten bedrivs, på så sätt förenklas identifiering och bedömning av eventuella risker.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapportskyldighet

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

En händelserapport ska skrivas av den person som upptäcker avvikelser eller händelsen, denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori. Det kan exempelvis gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad och informationsöverföring. Lokala rutiner finns tillgängliga för all personal på gemensam dator.

Personalen på Betelhemmet är medveten om deras skyldighet att anmäla Lex Sarah om missförhållande eller risk för missförhållande skulle uppstå i omvårdnaden.

Sjuksköterskan har ansvar att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Verksamhetschef ansvarar för att följa upp och avsluta alla händelserapporter. Verksamhetschef ansvarar även för att utreda och sammanställa händelserapporter samt anmäla allvarliga händelser till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Hantering av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap 3§, 7 kap 2§ p 6

Klagomål eller synpunkter som inkommer från patienter och anhöriga besvaras av verksamhetschef. Betelhemmet har särskilda lokala rutiner för denna hantering. Klagomål som inkommer via patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg utreds och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap 3§, 7 kap p 6

Betelhemmet har särskilda lokala rutiner för sammanställning och analys av händelserapporter. Alla rapporter hamnar i ett första skede hos sjuksköterska som i sin tur dokumenterar i journal om det gäller HSL, skulle händelserapporten innehålla ärende kopplat till SoL eller förbättringsprojekt skickas den direkt vidare till verksamhetschefen. När sjuksköterska är färdig med sina åtgärder och dokumentation hamnar även dessa rapporter hos verksamhetschefen.

Verksamhetschef samlar alla rapporter varje månad för statistik och analys av innehållet. Varje månad hålls ett kvalitetsmöte där alla rapporter diskuteras, personal får möjlighet att själva komma med förslag till tänkbara åtgärder. Resultatet från kvalitetsmötet tas upp på Ledningsmöte varje månad och sammanställs för att därefter återrapporteras på ordinarie APT så att alla i hela personalgruppen får samtidig information om åtgärder och planer. Detta leder även till samstämmighet i förbättringsarbete och förändringsåtgärder. Olika förändringsåtgärder behöver mer eller mindre tid att implementera. Händelserapport är ofta det första steget i en förändringsprocess.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap 4§

Vid ankomstsamtal och individuell vårdplanering inbjuds boende och närstående att delta i planering av omvårdnaden. De genomförandeplaner som personal utarbetar godkänns av den äldre.

För att förebygga vårdskador informeras boende och närstående om kvalitetssäkringsarbetet i kvalitetsregister Senior Alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner

Under 2018 har diskussioner förts med personalgruppen gällande anhörigcentrum och hur vi ska kunna samarbeta med dem på ett bättre sätt.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap 10§ p 3

Utifrån de kvalitetsregister som används på Betelhemmet (Senior Alert, Svenska palliativregistret samt BPSD (Beteende och psykiska symptom vid demenssjukdom)) har följande registrerats.

Senior Alert:

Alla boende på Betelhemmet har två ggr/år en genomförd riskbedömning. Om risker upptäcks i riskbedömningen görs en teambaserad utredning av bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder som kan vara lämpliga utifrån behov. Åtgärdsplanerna följs upp senast tre månader efter genomförd riskbedömning. Ca 2 ggr/år ska resultat redovisas till personalgruppen via APT.

Svenska palliativregistret:

Under 2018 har 6 dödsfall inträffat. En avled i ett akut sjukdomstillstånd, därför finns inga planerade åtgärder utförda kring dödsfallet.

Av de fem resterande dödsfallen har en avlidit i ensamhet. Alla har varit helt eller delvis lindrade i sina symptom. Alla närstående har fått information av läkare om tillstånd innan dödsfall. Fyra har fått dokumenterad smärtskattning av validerat instrument under den sista veckan. Alla har fått ordination på vidbehovsläkemedel i injektionsform. Alla har fått bedömning av munhälsa genomförd under den sista veckan. Inga trycksår har funnits på någon av de avlidna. Alla närstående har blivit erbjudna efterlevandesamtal.

BPSD: Då Betelhemmet inte ska ha personer med demenssjukdom i verksamheten enligt avtal med VON, har inget direkt fokus på denna typ av registrering gjorts i någon stor utsträckning. Det finns personer med demenssjukdom i verksamheten och dessa få vård

utifrån sina behov. Dock har BPSD inte använts vid utformningen av dessa behov. Under 2018 har dock en person har funnits registrerad. Vi har inte gjort någon uppföljning enligt regelboken då det har varit svårt att utvärdera åtgärderna.

Vårdrelaterade infektioner: Ingen mätning har genomförts under 2018 då vi inte haft rapporteringsskyldighet till Nyköpings kommun.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier (se s 4) ska fortsättningsvis vara ledande. Därutöver vill Betelhemmet även fokusera på:

- Fortsatt förebyggande arbete för att minska risk för undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen enligt Senior Alert
- Fortsatt förbättring med dokumentation enligt HSL och SoL
- Ökad registrering i BPSD (utifrån behov) samt att kunna göra uppföljningar enligt åtgärdsplan.
- Fortsatt god läkemedelsbehandling av äldre, alla ska få förenklad läkemedelsgenomgång vid behov samt en fördjupad läkemedelsgenomgång tillsammans med apotekare.
- Fortsatt förbättringsarbeten inom aktiviteter
- Kostnadseffektivitet på beställningsvaror
- Ökad användning av samt fördjupning av de digitala hjälpmedel vi använder idag.

För att nå dessa mål behöver vi:

- Arbeta med befintliga rutiner för kontinuerlig uppföljning av patientsäkerhetsarbetet
- Delta i de mätningar som vi blir ålagda
- Intern och individuell utbildning inom dokumentation
- Öka kunskap om vård vid demenssjukdom samt implementera BPSD-arbetsätt
- Fortsätta arbetet med implementering av ledningssystem för kvalitet
- Jämföra kostnader från olika beställningsställen och enbart beställa vid särskilda tidpunkter. En person ansvarar för beställning.
- Använda de hjälpmedel som finns i verksamheten