



Humana

Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-24 Daniel Bevréus

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	11
RESULTAT OCH ANALYS	12
Egenkontroll.....	12
Avvikelser	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Händelser och vårdskador	13
Riskanalys	13
Mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

Då Sockerstans äldreboende togs i drift under 2019 har det övergripande målet för verksamheten varit att få en stabil organisation med fokus på patientsäkerheten. En HSL-organisation bildades under våren 2019 med sjuksköterskor, medicinskt ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och verksamhetschef. Sjukgymnasten som började slutade under sommaren och en ny rekryterades och sedan slutet av juli har HSL-organisationen varit intakt till den 31/12 då en sjuksköterska gick i pension och en ny började den 2/1. Denna stabilitet har inneburit en trygghet och gjort att kvalitetsarbetet kommit igång på ett bra sätt. T ex har ett samarbete har även inletts med vårdcentralen HMC (hälsomedicinskt center) där geriatriker (specialist på äldre) är patientansvarig läkare för de patienter som väljer HMC. Vi har haft bra kontinuitet med bra läkarstöd vilket är bra för patientsäkerheten.

Socketstans äldreboende har ett kvalitetsombud på varje avdelning. Kvalitetsombudens uppgift är vara drivande i kvalitetsutvecklingsarbetet och patientsäkerhetsarbetet, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare samt närvara och delta i kvalitetsråd.

På APT och kvalitetsråd har vi gått igenom avvikelser samt hur vi ska öka registreringarna av synpunkter och klagomål. Hanteringen av de synpunkter och klagomål som inkommit har blivit bättre. Vi har brevlådor på varje avdelning för att öka mottagandet av synpunkter och klagomål och det har även tagits upp på närståendeträffar och skickats ut i nyhetsbrev.

Mätningar och kontroller gällande hygienrutiner är genomförda med överlag bra resultat men förbättringsmöjligheter påträffades. Svenska palliativregistret ett kvalitetsregister där alla som gått bort på Sockerstans äldreboende registreras. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Sjuksköterskorna besvarar ett frågeformulär som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan används underlaget för att vad som kan förbättras.

För att öka kompetensen har personalen gått flertalet utbildningar under 2019, t ex basala hygienrutiner, hjärt- och lungräddning, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom) palliativ vård och brandskyddsutbildning.

NPÖ (Nationell patientöversikt) är ett system där informationsutbyte mellan vårdgivare kan ske på ett säkert sätt. Detta innebär att efter en boende lämnat samtycke kan HSL-personalen på Sockerstan ta del av den journalföring som sker i både öppenvården och slutenvården. Under år 2019 hade vi ett samverkansmöte med Staffanstorps kommun för att under 2020 arbeta efter i en bra samarbetsform.

Under 2019 har Sockerstan börjat registrera i Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister. Det vi registrerar är risker och åtgärder för att förebygga risk för fall, undernäring, trycksår och att boende ska drabbas av nedsatt munhälsa. Registreringarna har gjorts s.k. tvärprofessionellt med sjuksköterska, rehab och undersköterska. Målet med registreringarna är att identifiera risker och

göra handlingsplaner utifrån riskbedömningarna. Alla nya boende registreras och förs in i kvalitetsregistret.

På Sockerstans äldreboende har vi under 2019 arbetat med registreringarna i BPSD-registret. Syftet med BPSD-registret är att identifiera symtom hos demenssjuka och vilka åtgärder som ska vidtas för att symtomen ska minska eller försvinna helt. De flesta patienter på demensenheten har under 2019 blivit skattade enligt BPSD och de åtgärder som vidtagits har haft effekt genom minskad oro hos patienterna.

Nä någon flyttar in på Sockerstan upprättas inom kort en SIP (samordnad individuell plan) där patient, sjuksköterska, läkare, kontaktperson, anhöriga och eventuellt rehabpersonal bjuds in att närvara. Efter inskrivning i vårdformen kommer patienten ha lättare tillgång till läkare och således få eventuell behandling i hemmet. På så sätt behöver inte patienten bli inskickad till sjukhuset om det går att få behandling i hemmet.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- implementera nytt ledningssystem och nytt avvikelssystem i hela organisationen
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- implementera Humanas delegeringsutbildning
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

Organisation och ansvar

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

Humanas ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet är att:

- VD/koncernchef har det yttersta övergripande ansvaret för styrningen av koncernen. VD/koncernchef ansvarar för att den övergripande ledningen för hälso- och sjukvård är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.
- Affärsområdeschef/regionchef har tillsammans med chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvar för att hälso- och sjuk-

-
- vården utförs på sådant sätt att hög patientsäkerhet kan tillgodoses.
 - Verksamhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som affärsområdeschef/regionchef, och MAS fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Ansvarar för att hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kompetens och att personal har de delegeringar som krävs för arbetets utförande. Verksamhetschef ansvarar för att följa upp och analysera avvikelser.
 - Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar tillsammans med ansvarig chef att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och MAS fastställt implementeras i verksamheten.

Humanas stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet

- Kvalitetsdirektör är ansvarig för kvalitets- och utvecklingsfrågor samt hälso- och sjukvårdsfrågor. Ansvar för koncernens övergripande policyer inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Kvalitetsdirektören stödjer Humanas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS, i alla frågor som rör hälso- och sjukvård inom Humanas verksamhetsuppdrag.
- Koncernansvarig för hälso- och sjukvård är ansvarig för att samordna och utveckla hälso- och sjukvårdsinsatser inom koncernen. Chef för Humanas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS.
- MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet, i samarbete med ansvarig chef. MAS upprättar och utvärderar ledningssystemet för hälso- och sjukvården. MAS utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar för att rapportera och planera åtgärder till ansvariga chefer för att säkerställa hög patientsäkerhet. MAS är anmälningsansvarig gällande Lex Maria.
- Kvalitetsorganisationen består av kvalitetschefer från alla affärsområden och leds av Humanas kvalitetsdirektör. Deras uppgift är att säkerställa att våra verksamhetsområden har de verktyg och system de behöver och att kompetensutveckling och kunskapsöverföring mellan enheter, verksamhetsområden och länder fungerar väl. Kvalitetsorganisationen rapporterar till ledning och styrelse på månatlig basis.

Koncernens ledningssystem

Humana har sedan 2016 arbetat med uppbyggnad av ett koncerngemensamt ledningssystem, Parus, som bygger vidare på de befintliga ledningssystemen i respektive affärsområde. Implementering av Parus fortskred under 2019 är nu helt klar i alla affärsområden.

Ett viktigt syfte med Parus är att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner för koncernen och ta tillvara den kompetens som finns i alla affärsområden. Ett annat syfte är att ledningssystemet ska vara enkelt att använda för alla medarbetare.

Under 2019 har revidering av befintliga riktlinjer och rutiner skett fortlöpande och utifrån behov.

Affärsområde Äldreomsorgs ledningssystem

Ledningssystemet Parus (Process, Aktivitet, Rutin, Uppföljning, Samverkan) är uppbyggt utifrån SOSFS 2011:9. Parus beskriver vår lednings- och kärnprocess samt våra stödprocesser. Varje process har ansvarig processägare. Samtliga processer mäts och övervakas regelbundet genom olika rapporter för att kunna fungera optimalt och följer processmetodiken "Plan, Do, Check, Act". I det dagliga arbetet fungerar Parus som ett redskap, en konkret handbok. Genom sin tydliga uppbyggnad, med grund i den praktiska verksamheten, är det lätt för personalen att orientera sig i ledningssystemet och hitta den rutin, tillhörande dokument eller uppföljning som de söker.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan sker via vårdcentralen Hälsomedicinskt center seniorhälsan i Staffanstorps. Patientansvarig läkare besöker Sockerstans äldreboende två gånger per vecka. Patientansvarig sjuksköterska planerar inför besöket vad som ska diskuteras på blankett som är underlag läkarbesöket. Blankett faxas till patientansvarig läkare för att denne skall kunna förbereda sig och ta med eventuella provsvar eller andra dokument. Patientansvarig läkare nås måndag – fredag. Under sena kvällar, nätter och helger kontaktas Falck vid behov. Samverkan mellan patientansvarig läkare och sjuksköterskor på Sockerstan är mycket god.

Det finns även en god kommunikation med minneskliniken samt med psykiatriska öppenvårdsmottagningen.

Samverkan sker med Staffanstorps kommuns MAS i form av möten mellan Humanas MAS och kommunens MAS.

På nätter är det jourhavande sjuksköterskor som ansvarar för Sockerstans äldreboende. En skriftlig överskrifning sker mellan dem och sjuksköterska på Sockerstan inför och efter varje arbetspass.

I tvärprofessionella möten har vi på Sockerstan fortsatt arbeta och registrera i Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister. I mötena sitter sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och undersköterska tillsammans för att skapa de bästa förutsättningarna för att förebygga vårdskador. Det vi registrerar är risker och åtgärder för att förebygga risk för fall, undernäring, trycksår och att patienterna ska drabbas av nedsatt munhälsa. Målet med registreringarna är att identifiera risker och göra handlingsplaner utifrån riskbedömningarna. Alla nya boende registreras och förs in i kvalitetsregistret.

En ny teambaserad vårdform infördes 2017 där patienterna erbjuds bli inskrivna. På Sockerstans äldreboende erbjuds alla patienter som gett sitt medgivande att bli inskrivna. Då upprättas en SIP (samordnad individuell plan) där patient, sjuksköterska, läkare, kontaktperson, anhöriga och eventuellt rehabpersonal bjuds in att närvara. Efter inskrivning i vårdformen kommer patienten ha lättare tillgång till läkare och således få eventuell behandling i hemmet. På så sätt behöver inte patienten bli inskickad till sjukhuset om det går att få behandling i hemmet.

Samverkan har även skett med minneskliniken som handlett personal och har även gjort konkreta åtgärder.

För att förebygga ohälsa i munnen kommer hemtandvården, Oral Care, till Sockerstans äldreboende för att ge behandlingar och förebyggande åtgärder

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

På Sockerstans äldreboende sker samverkan genom ett nära samarbetet tillsammans med patient och anhörig där de är delaktiga i den vård som bedrivs. Anhöriga som bor i närheten har möjlighet att träffa personal vardag som helg på Sockerstan för samtal om det önskas. För anhöriga som bor längre bort och inte har samma möjlighet att besöka oss etablerar vi telefonkontakt eller mailkontakt. Allt utifrån den anhöriges önskan.

Humana har samverkan med pensionärsorganisationer, intresseorganisationer, religiösa samfund samt gott samarbete med kommunens verksamhet på Pilegården.

Vi på Sockerstan arbetar med boenderåd fyra gånger per år och anhörigråd två gånger per år. Boenderådet leds av aktivitetsansvarig och ämnen som diskuteras är måltider, aktiviteter, synpunkter med mera. Vid anhörigråd presenteras resultat från brukarundersökning, information från företaget och boendet samt diskuteras synpunkter och önskemål.

Ett nyhetsbrev skickas ut med ca 2 månaders mellanrum till boende och anhöriga där de kan ta del av det som händer i verksamheten.

För att förebygga och identifiera eventuella risker sker kontinuerligt individuella planeringar och uppföljningar tillsammans med patient, anhörig och uppdragsgivare. Genomförandeplanen uppdateras varje halvår samt vid behov tillsammans med patient och anhörig.

Varje patient erbjuds årligen en generaliserad läkarkontroll där anhöriga erbjuds att vara med. Då sitter patient, läkare, sjuksköterska och eventuellt anhörig ner för att gå igenom vilka medicinska behov patienten har.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

På Sockerstans äldreboende arbetar vi systematiskt med att öka säkerheten för våra kunder. Avvikelsehantering är ett sätt att kvalitetssäkra verksamheten. På ett systematiskt sätt identifieras, rapporteras/registreras, analyseras, åtgärdas, följs upp och återförs information om avvikelse och riskområden.

Avvikelser av dignitet har lyfts på APT så att medarbetarna får vara delaktiga i det fortlöpande förbättringsarbetet då de har stor kunskap i hur arbetet bedrivs och hur kunderna påverkas av de förändringar som genomförs.

Vi har även ett kvalitetsråd där sjuksköterska, verksamhetschef, gruppledare och kvalitetsombud ingår för att där diskuteras avvikelser och åtgärder för dessa. Detta protokollförs och lämnas sedan ut till hela personalgruppen.

Gällande samtliga avvikelser så registreras dessa i systemet DF Respons. Sjuksköterska, verksamhetschef, gruppledare eller MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) utreder händelsen och återkopplar till omvårdnadspersonal samt anhöriga om det finns behov. Återkoppling till omvårdnadspersonal sker antingen direkt till berörd person, under APT, via mail eller via samtliga alternativ.

Klagomål och synpunkter

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

Vi har försökt öka mottagandet av de synpunkter och klagomål som kommer

verksamheten till känna genom att samtlig personal som tar emot en muntlig synpunkt skriver in denna i DF respons så det registreras. Det är framförallt via mail och telefon det inkommit synpunkter och klagomål.

Vi kommer fortsätta uppmuntra boende och anhöriga att komma med förbättringsförslag så vi blir ännu bättre på att ta emot dessa under 2020.

På närståendeträffar har det informerats om att alla synpunkter och klagomål kan gå till tjänstgörande personal som i sin tur förmedlar detta vidare till verksamhetschef som utreder och genomför befogade förändringar.

Klagomålen och synpunkterna som kommer verksamheten till känna utreds och dokumenteras i Humanas avvikelssystem. Efter detta tas klagomålen upp på APT och vid kvalitetsråd.

Egenkontroll

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

Genom våra egenkontroller görs en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten, samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Under år 2019 gjordes egenkontroller utifrån bland annat områdena basal vårdhygien, arbetsmiljö, brandskydd, dokumentation, skyddsåtgärder, delegering samt avvikelshantering.

Vi erbjuder sjukvård i form av sjuksköterska som sedan samverkar med patientens fasta vårdkontakt. Omvårdnadspersonalens delegeringar förnyas varje år efter att delegeringstester gjorts och samtal med sjuksköterska.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år 1 gång per år 2-4 gånger per år/patient	PPM-databasen HALT Senior alert
Basala hygienrutiner och klädregler	12 gånger per år	Protokoll
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Avvikelse	4 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2-4 gånger per år/patient	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	4 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
HSL-dokumentation	2 gånger per år	Protokoll
SOL-dokumentation	2 gånger per år	Protokoll
Livsmedelshygien	2 gånger per år	Protokoll

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2019 har Sockerstans äldreboende arbetat med att säkerställa att god vårdhygien efterföljs. Sjuksköterskan gör månatliga kontroller och verksamhetschef gör egenkontroll 2ggr/år.

På Sockerstan har vi under 2019 följt den framtagna rutinen för att kunna arbeta systematiskt med registreringarna i BPSD-registret. BPSD står för "Beteende och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom". Syftet med BPSD-registret är att identifiera symtom hos demenssjuka och vilka åtgärder som ska vidtas för att symtomen ska bli mindre eller försvinna helt. Vi började med registreringarna hösten 2019 och har fortsatt med dessa under hösten 2019. Vi har sett goda resultat med BPSD-registreringarna och detta arbete fortsätter 2020.

Våra sjuksköterskor använder ett system som heter NPÖ, Nationell patientöversikt, där medicinskt informationsutbyte sker med slutenvården och primärvården. Vi kan alltså, med patientens samtycke, gå in och läsa vad som har dokumenterats under deras sjukhusvistelse eller besök på vårdcentralen.

Munhälsobedömningar erbjuds alla boende på regelbunden basis och utförs av behörig tandhygienist/tandläkare.

Arbetet med Senior Alerts uppföljningar fortskrider där sjuksköterska, undersköterska och rehab sitter tillsammans en gång per vecka och gör registreringarna. Registreringarna görs i syfte att identifiera risker och vilka åtgärder som tas för att förebygga dessa. Områdena som registreras är risk för fall, undernäring, trycksår och att kunderna ska drabbas av nedsatt munhälsa. Samtliga avdelningar registrerar i senior alert som nu är en naturlig del av vårt arbete.

Vi arbetar med en teambaserad vårdform som patienterna på Sockerstans äldreboende erbjuds bli inskrivna i. Väljer man att bli inskriven upprättas en SIP (samordnad individuell plan) där patient, sjuksköterska, läkare, kontaktperson, anhöriga och eventuellt rehab bjuds in att närvara. Efter inskrivning i vårdformen kommer patienten ha snabbare och bättre tillgång till läkare och få ev behandling i hemmet. På så sätt behöver inte patienten bli inskickad till sjukhuset om det går att få behandling i hemmet.

En nattfastamätning har gjorts under hösten 2019. Resultatet visar att samtliga erbjuds nattmål men många tackar nej eller sover. Vissa sköter nattmålet själv och får därför en längre nattfasta då de själva inte fyller i. Rekommendationen är att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar. På Sockerstans äldreboende uppmättes nattfastan till 12.5 timmar. Detta är som sagt missvisande och förmodligen är nattfastan lägre. I möte med nattpersonalen går resultatet igenom och samtliga närvarande menar att det går att göra noggrannare vilket är målsättningen för 2020. De som hade längre nattfasta än 11 timmar och/eller ett lägre BMI än 21 har en vårdplan upprättad.

På Sockerstans har vi under år 2019 utfört internkontroll i dokumentation,

HSL- rutiner. Dessa kontroller påvisade att några rutiner behövde förtydligas inom läkemedelshantering och arbetssätt i verksamheten.

Humana har även medverkat i en punktprevalensmätning under våren 2019 gällande basal hygien och vårdrelaterade infektioner.

De utbildningar som personalen gått för att öka patientsäkerheten är

- Skörhet – ett geriatriskt syndrom
- Brandskyddsutbildning
- Veckolång utbildning i demenssjukdomar
- Utbildning i positionering
- BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom
- Att identifiera individuella hälsoprioriteringar
- Hjärt- och lungräddning
- Sårvårdsutbildning
- Dokumentationsutbildning
- Patientsäkerhet i praktiken

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Riskanalyser görs fortlöpande för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Riskanalyser har upprättats för varje kund och om risk föreligger görs en vårdplan.

Riskbedömningsinstrument som används är Nortons riskbedömning för trycksår, senior alert, nattfastemätningar, regelbundna viktkontroller, skattning för att upptäcka läkemedelsrelaterade symtom (Phase20), Downton som är ett fallpreventionsverktyg.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Har ej haft några vårdskador under 2019.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Nya projekt för att byta ut äldre system har påbörjats under året och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har införts. Föregående års inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i

krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

I Humanas svenska verksamheter har åtta personuppgiftsincidenter anmälts till Datainspektionen, av dessa har endast en rört hälso- och sjukvård. Datainspektionens beslut i ärendet var att de avslutar ärendet utan vidare åtgärd.

Arkivering och gallring

Patientjournaler förvaras i strukturerad ordning (både analogt och digitalt) så dessa är sökbara och tillgängliga under den tid de ska bevaras. Äldre journaler som uppnått gallringsbar ålder har under året gallrats.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

I Humana arbetar vi systematiskt med att öka säkerheten för våra kunder. Syftet är att skapa en säkerhetskultur som kännetecknas av en medvetenhet om att det förekommer avvikelser i vård och omsorg, en avvikelse uppträder inte slumpvis utan orsakas av underliggande faktorer - oftast handlar det om bristande rutiner eller felaktig organisation. Fel och brister ska ses som möjlighet till förbättring. Vi ska registrera alla avvikelser, även de som inte berör någon kund, för att kvalitetssäkra vår verksamhet.

Resultaten från våra intern- och egenkontroller har varit goda och en del förbättringsområden som framkommit har blivit åtgärdade medan några kommer bli åtgärdade under 2020.

Avvikelser

Typ av avvikelse	Utfall år 2018	Utfall år 2019
Fall	-	46
HSL (utom fall)	-	42
Livsmedelshygien	-	2
Medicinteknik	-	11
SoL	-	14
Tillbud och arbetsskador	-	28

Trots att vi har digitala signeringar missas det emellanåt att överlämna medicindos. Största anledningen till detta är att det inte signeras i samband med överlämningen av läkemedel utan allting signeras i efterhand. Detta har diskuterats på arbetsplatsträffar och rutinen för läkemedelshandling har reviderats och sedan skickats ut till samtlig personal.

En del rörelselarm hanteras fel och framförallt vänder personalen på dem istället för att närvaromarkera sig, vilket innebär att rörelselarmen kopplas ur under tiden personalen är inloggad.

Klagomål och synpunkter

Typ av avvikelse	Utfall år 2018	Utfall år 2019
Klagomål och synpunkter	-	14

Några boende har kommit med synpunkter och klagomål men det är framförallt anhöriga som hört av sig under året. Många klagomål inkom på att det var kallt i huset och att persiennerna ej fungerat som de ska och här har inte alla klagomål registrerats. I övrigt har det varit synpunkter och klagomål för enskilda individer och det går inte att dra några slutsatser.

Händelser och vårdskador

Har ej haft några vårdskador under 2019.

Risikanalys

I samband med att patienter flyttar in eller funktionstillståndet förändras så görs en primär riskanalys som dokumenteras. En vårdplan upprättas där risk föreligger.

Uppkommen risk hanteras tvärprofessionellt tillsammans med sjuksköterska, undersköterska och rehab i samband med att uppföljningar eller nyregistreringar sker i senior alert.

Resultat som inte har direkt koppling till uppsatta mål och strategier kan redovisas i slutet i kapitlet resultat och analys eller i en bilaga.

Mål och strategier för kommande år

På Sockerstans äldreboende kommer vi lägga fokus på palliativ vård, basala hygienrutiner, HLR och ergonomi.

Förutom detta ska vi fortsätta arbeta preventivt genom att arbeta teambaserat med bland annat senior alert och BPSD.

Utbildning i palliativ vård planeras till slutet av maj 2020.

Utbildning i basala hygienrutiner planeras till kvartal 4.

Hjärt- och lungräddningsutbildning planeras fortlöpande under året tills all personal har aktuell utbildning.

Arbetet med senior alert utgör en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att vi ska arbeta riskmedvetet och ha tydliga och uppföljningsbara mål.

Kompetensutveckling erbjuds fortlöpande till all personal via vår webbaserade utbildningsportal, Humana Academy.

Samtlig personal ska genomgå ergonomiutbildning för att undvika vårdskador och säkerställa alla förflyttningar.

En annan målsättning är att upprätta tydliga rutiner för läkemedelshantering på Sockerstans äldreboende.

En årskontroll av läkare ska erbjudas samtliga boende som bor på Sockerstans äldreboende.

En samordnad individuell plan (SIP) erbjuds samtliga boende för att kunna göra inskrivningarna i mobila vårdteamet.

2 nattfastemätningar planeras under 2020 för att identifiera patienter som har risk för undernäring.

Arbetet med BPSD fortsätter för att lindra orosbetingade beteende.

Läkemedelsgenomgångar ska erbjudas samtliga boende under 2020.

2 granskningar av HSL-journaler ska göras under 2020.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ska göras under 2020.

Befintliga rutiner ska revideras och nya ska upprättas för att alla som bor på Sockerstans äldreboende ska erbjudas en så säker och kvalitetsinriktad vård som möjligt.