



Patientsäkerhetsberättelse

2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-28

Johanna Olin

Verksamhetschef

Innehåll

Betelhemmet

JÖNÅKER

.....	1
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll.....	8
PROCESS – Åtgärder för att öka	
patientsäkerheten	10
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador	12
Informationssäkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS	14
Egenkontroll.....	14
Utöver den egenkontroll som vi själva gör har Vård- och Omsorgsnämnden gjort ett tillsynsbesök där vi fick gott betyg, Räddningstjänsten har utfört brandskyddsinspektion med ett förslag till förbättring som omedelbart åtgärdades, Livsmedelenheten gjort kontroll utan anmärkning samt en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts av apotekare och visade på mycket god kvalitet. Socialstyrelsen har också genomfört brukarundersökningen ” Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019”	17
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter	20
Sammanfattande bedömning.....	21

Mål och strategier för kommande år21

Sammanfattning

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

Betelhemmets mål är att boende ska ges möjlighet att vara aktiva och delaktiga efter sin individuella förmåga. En hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav i vår verksamhet. En person som har kontakt med Betelhemmets personal ska känna sig trygg och säker. Vi vill främja en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga och att de alltid ska känna att vi lyssnar och bryr oss om deras åsikter. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet fortsätter vi att involvera våra boende och deras anhöriga och göra dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi upprättar genomförandeplaner och hälsoplaner som vi följer upp två gånger varje år för att minska riskfaktorer. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information och har möjlighet att framföra sina åsikter.

Vi arbetar med registrering i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret och vi signerar läkemedel digitalt. Vi har under året haft en extern kvalitetsgranskning av läkemedel med gott resultat.

Vi aktualiserar, reflekterar över och reviderar våra lokala rutiner kontinuerligt och arbetar också aktivt med förbättringsarbete inom patientsäkerhet för att ge en trygg och säker vård. Personalen får intern och extern utbildning inom aktuella områden.

Utifrån riskanalyser och lärdomar som har spridits i verksamheten ligger fokus för det kommande året på att ytterligare öka säkerheten när det gäller läkemedelshantering och dokumentation. All personal kommer under våren att genomgå utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

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 involverar vi våra boende och gör dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information om vad som är på gång och har möjlighet att själva ta upp funderingar eller förslag.

Vi använder oss av registreringar i kvalitetsregister för att identifiera och minska riskfaktorer och upprättar genomförandeplaner och hälsoplaner som vi följer upp två gånger varje år.

För att öka tryggheten och säkerheten i vården har vi kontinuerligt interna diskussioner om säker läkemedelshantering och vi arbetar med digital signering av läkemedel. Vi arbetar

aktivt med förbättringsarbete inom patientsäkerhet och aktualiserar och reflekterar kontinuerligt över våra lokala rutiner. Personalen får intern och extern utbildning inom aktuella områden.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare är stiftelsen Betelhemmet och dess styrelse. Styrelsen har 6 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.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Avtal finns om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region 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 av

tal med Nyköpings kommun. En hygiensjuksköterska delas med de andra kommunerna i Sörmland.

Tandvårdsenheten i Region 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, Vård- och Omsorgsnämnden. Folktandvården eller Oral Care kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. De äldre får själva bestämma vilken utförare de vill ha.

ApoEx AB 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, Vård- och Omsorgsnämnden.

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

Till vårdplanering kallas olika yrkeskategorier utifrån den boendes behov, exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, eller tandhygienist.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid ankomstsamtal och individuell vårdplanering inbjuds boende och närstående att delta i planering av omvårdnaden. Boende och närstående involveras i de genomförandeplaner som personal utarbetar och genomförandeplanen godkänns av den boende.

Boende och närstående informeras om vårt arbete för att förebygga vårdskador, om kvalitetssäkringsarbetet i Senior Alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Under 2019 har en handlingsplan för anhörigstöd tagits fram. Handlingsplanen fortsätter att implementeras under 2020.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 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).

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål eller synpunkter som inkommer från de boende och deras anhöriga utreds och besvaras av verksamhetschef. Betelhemmet har en lokal rutin för denna hantering.

Klagomål som inkommer via Kommunen, sjukhuset, patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg utreds och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

Klagomål, synpunkter eller önskemål av enklare karaktär tas emot och åtgärder påbörjas omedelbart av berörd personal, exempelvis kontaktperson eller sjuksköterska och åtgärder dokumenteras i patientjournal eller genom förandeplan.

Egenkontroll

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

Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, kontrollera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbete utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv samt 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 resultaten i kvalitetsregistret Senior Alert samt Svenska Palliativregistret och återför till verksamheten.

Tillsammans upprättas rutiner gällande medicintekniska produkter och förbrukningsmaterial.

Sjuksköterska kontrollerar och följer upp signeringslistor kontinuerligt vid larm i APPVA, följer upp hälsoplaner och gör enklare läkemedelsgenomgångar. Fördjupade läkemedelsgenomgångar begränsas av tillgång till läkare. Önskvärt är att det skulle göras oftare. Sjuksköterska rapporterar till verksamhetschef och skriver även händelserapporter om något inte följer plan eller om signering uteblivit.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Läkemedelsgenomgång	Vid varje nyin- flyttad, sedan kontinuerligt vid behov.	
Läkemedelsgenomgång fördjupad	2 boende/år	
Hygienrond	November 2019	Självskattning genomförd på APT
Patientsäkerhetsdialoger	2 gång per år	Vårdplanering
Avvikelser	12 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	Var 3:e vecka 2ggr/år 1ggr/år	Hälsokonferens Vårdplanering Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år 4 ggr/år Vid behov	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontakt, personliga möten, telefonsamtal
Doskontroll	Var 14:e dag	Enligt rutin för sjuksköterska
Läkemedelshantering	3ggr/vecka	Kontroll av signering i APPVA
Hälsoplaner	4ggr/år (oftare vid behov)	Pro Capita

PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten:

- Fortsatt registrering i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar har genomförts, men i begränsad omfattning med anledning av begränsad tillgång till läkare.
- Självskattning inom hygien utförd.
- Samverkan med larmföretag och räddningstjänsten om trygghetslarm.
- Räddningstjänsten har utfört brandskyddsinspektion.
- Kvalitetssäkring av delegeringsprocessen har påbörjats och kommer att fortsätta under 2020.
- Fortsatt samarbete med Vesica och TENA gällande inkontinenshjälpmedel.
- Fortsatt implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete på dator.
- Fortsatt förbättringsarbete inom aktivitet.
- Fortsatt förbättringsarbete gällande dokumentation. Planering av utbildning för all personal har påbörjats.
- Fortsatt arbete med APPVA i Ipad som signeringsverktyg.

-
- Ytterligare en luftvärmepump har installerats för att öka möjligheten till svalka på varma sommardagar.
 - Alla sommarvikarier har fått intern utbildning inom brandsäkerhet, dokumentation och lokala rutiner.
 - Fortsatta kvalitetsmöten en gång per månad där avvikelser följs upp och förbättringsåtgärder diskuteras.
 - Boenderåd hölls en gång på våren och en gång på hösten.
 - Kökspersonal har varit på utbildning ”Bra måltider inom äldreomsorgen”.
 - En genomgång av samtliga lokala rutiner har gjorts och områden där vi behöver arbeta vidare med rutinen har identifierats.

Risicanalys

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

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

Ett område som varit föremål för riskanalys under det senaste året har varit hanteringen av läkemedel. En sammanställning av de avvikelser som har registrerats visar att missade signeringar av läkemedel är den vanligaste avvikelsen. Det har exempelvis framkommit att läkemedel ibland ges utanför den boendes lägenhet, framförallt i matsalen, och att det kan innebära att personal blir avbruten i förfarandet och missar en signering. I förhållande till det totala antalet signeringar som görs är siffran gällande missade signeringar låg, men ett förbättringsarbete har ändå påbörjats för att ytterligare minska risken för att en skada ska kunna uppstå.

Risicanalys på individnivå gör Sjuksköterska genom planering och uppföljning med den boende, kontaktperson, rehabpersonal och läkare enligt lokal rutin. Utifrån de kvalitetsregister och bedömningsinstrument som används för att identi-

fiera risker, exempelvis Senior Alert och smärtskalor, görs en hälsoplan med åtgärder.

Utredning av händelser - vårdskador

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

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

Verksamhetschef samlar alla händelserapporter 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 arbetsplatsträff varje månad 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.

Händelserapporteringsystemet är fungerande och det är invand process i personalgruppen. Men då all personal dokumenterar på papper blir det ett omfattande arbete för sjuksköterskan att dokumentera alla händelser i Pro Capita. Det händer också att rapporterna är ofullständiga och att sjuksköterskan därmed måste söka upp den personal som har skrivit för att få kompletterande information. Målet är därför att all

personal ska kunna skriva in händelsen direkt i avvikelsemodulen i Pro Capita.

Exempel på en händelse som utreddes under 2019 gällde ett fall som inträffade med personskada och sjukhusvistelse som följd. Risk för ytterligare fall förelåg i samband med större alkoholintag. Efter samtal med den boende, omvårdnadspersonal och sjuksköterska gjordes uppföljning i genomförandeplanen samt kontakt med läkare för eventuell utsättning av blodförtunnande medicin. Den boende återgick till måttligt intag av alkohol och inga ytterligare åtgärder behövde vidtas.

De vanligaste händelserna som har inträffat under 2019 gäller läkemedel, framförallt att det saknas signering. En utredning har gjorts tillsammans med hela personalgruppen där olika orsaker till missade signeringar identifierades. Utifrån de olika orsaker som framkom har ett förändringsarbete påbörjats för att minska risken för missade signeringar.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamheten har lokala rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller. Inloggning till olika system hanteras av verksamhetschefen som gör alla nybeställningar. För att komma in i ProCapita måste inloggning ske till Nyköping kommuns server, detta sker med hjälp av SITHS-kort.

Verksamheten anlitar återkommande en extern utförare som ansvarar för dataunderhåll och it-support.

Under hösten 2019 hade den nyanställda sjuksköterskan betydande och återkommande svårigheter att logga in i Pro Capita. Trots att kontakt togs med IT-enheten i Nyköpings Kommun vid återkommande tillfällen tog det över en månad innan sjuksköterskan kunde dokumentera och få tillgång till dokumentation på ett tillfredsställande sätt. Situationen var mycket allvarlig ur patientsäkerhetshänseende. Efter att en möjlig orsak har identifierats och åtgärdats har situationen

förbättrats men arbetet fortsätter för att inloggning till Pro Capita ska fungera utan störningar.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2019 utan anmärkning.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Senior Alert

Alla boende på Betelhemmet har två gånger per 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. Två gånger per år redovisas resultatet till personalgruppen på APT.

Under 2019 utfördes riskbedömningar på samtliga boende, vilket var samma resultat som året innan. Bakomliggande orsaker vid risk identifierades och åtgärdsplan och utfärdades i samtliga fall där risk förelåg.

Svenska palliativregistret

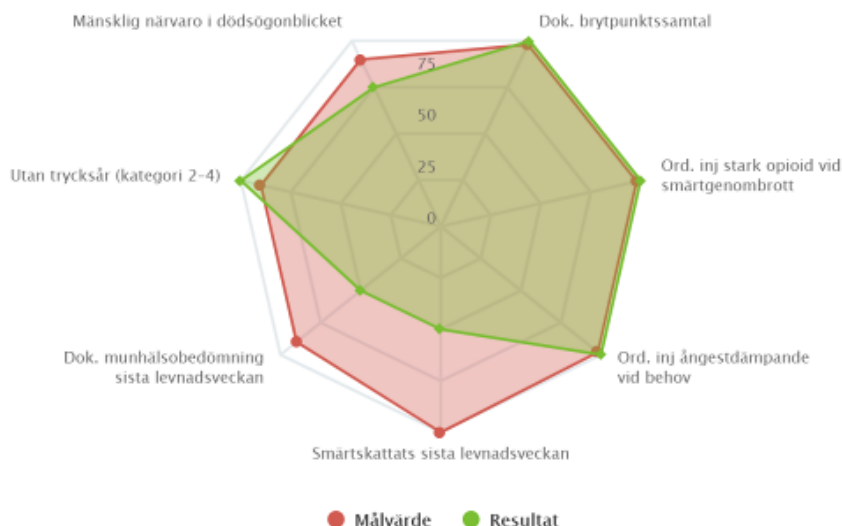
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede har varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Registrering sker inom sju områden.

År 2018 registrerades verksamhetens samtliga inträffade dödsfall i Palliativa registret. Under 2019 inträffade 8 dödsfall. Av de 8 registrerades 4, vilket innebär en försämring jämfört med föregående år. En trolig förklaring till bristen när det gäller att registrera är att verksamheten vid två tillfällen under året har bytt sjuksköterska. Detta innebär att det var nödvändigt att prioritera det dagliga arbetet i första hand, för att säkerställa att alla boende fick den vård de hade behov av.

Resultatet av de registreringar som gjordes visar att samtliga hade dokumenterade brytpunktssamtal, alla hade fått ordination på vidbehovsläkemedel och ingen hade drabbats av trycksår. Två av fyra hade fått dokumenterad smärtskattning med validerat instrument och bedömning av munhälsa genomförd. Trots en ansträngd situation för sjuksköterskan visar resultatet att den palliativa vården på enheten har varit god, men att målet för kommande år blir att återigen öka antalet registreringar så att alla dödsfall registreras i Palliativa registret samt att öka antalet munhälsobedömningar och dokumenterade smärtskattningar.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

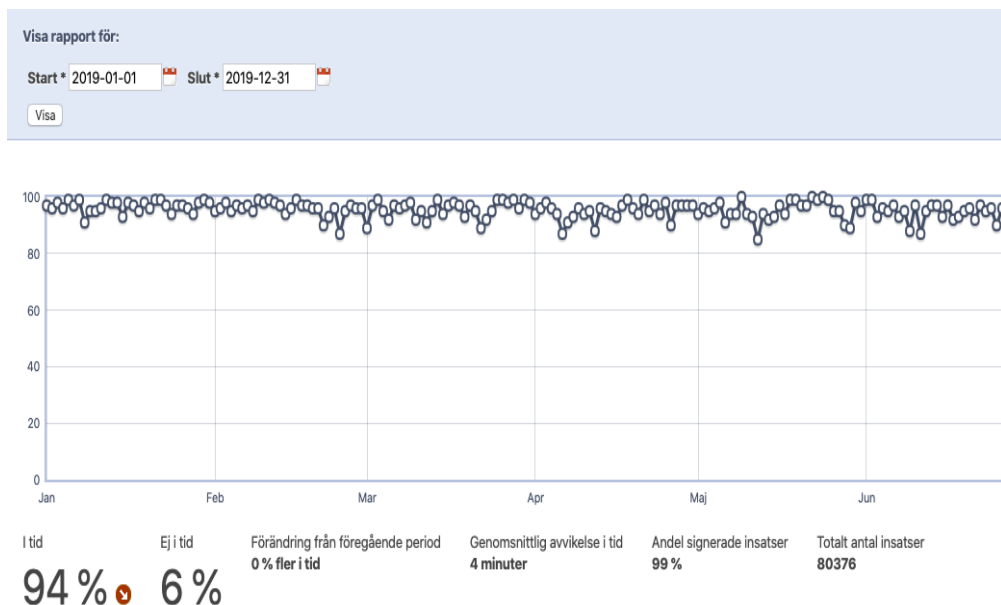
Period 2019-01 – 2019-12



APPVA

I samband med digital signering underlättas uppföljning genom egenkontroll. I APPVA registrerades totalt **80 376** insatser under 2019. Insatser är allt man kan signera i APPVA som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, tillsynsbesök, extra näring, träning, stödstrumpor, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 94 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 75 553 insatser utfördes utan anmärkning, vilket är ett mycket bra resultat. De resterande har fått avvikelser som t.ex. läkemedel ej givet i tid, patient kan ej ta emot läkemedel eller ej signerade läke-

medel. Dessa avvikelser följs upp av sjuksköterskan beroende på allvarlighetsgrad.



Utöver den egenkontroll som vi själva gör har Vård- och Omsorgsnämnden gjort ett tillsynsbesök där vi fick gott betyg, Räddningstjänsten har utfört brandskyddsinspektion med ett förslag till förbättring som omedelbart åtgärdades, Livsmedelsheten gjort kontroll utan anmärkning samt en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts av apotekare och visade på mycket god kvalitet. Socialstyrelsen har också genomfört brukarundersökningen ” Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019”.

Brukarundersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019”

Under året har de boende på Betelhemmet besvarat socialstyrelsens undersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen”. Andelen svarande av de boende på Betelhemmet var 60–80%.

Undersökningen visar att andelen som är nöjda med sitt äldreboende är 80%, resterande har svarat neutralt eller nega-

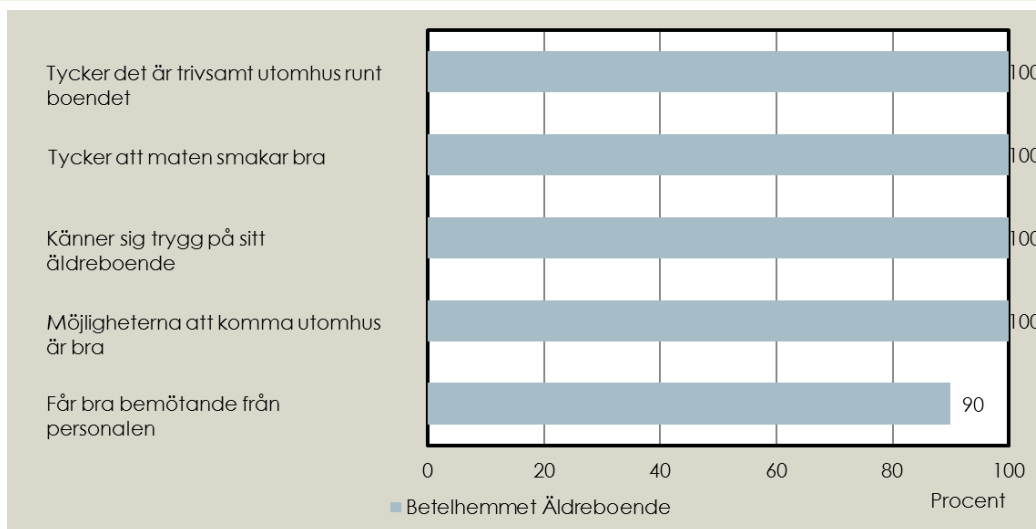
tivt. Högst andel positiva svar gäller trivsel utomhus runt boendet, maten, känsla av trygghet, möjligheterna att komma utomhus och bra bemötande från personalen.

De frågor där andelen positiva svar var lägst gällde besvär av ensamhet, trivsel med sitt rum, tillgång till läkare, aktiviteter som erbjuds och information från personalen vid tillfälliga förändringar.

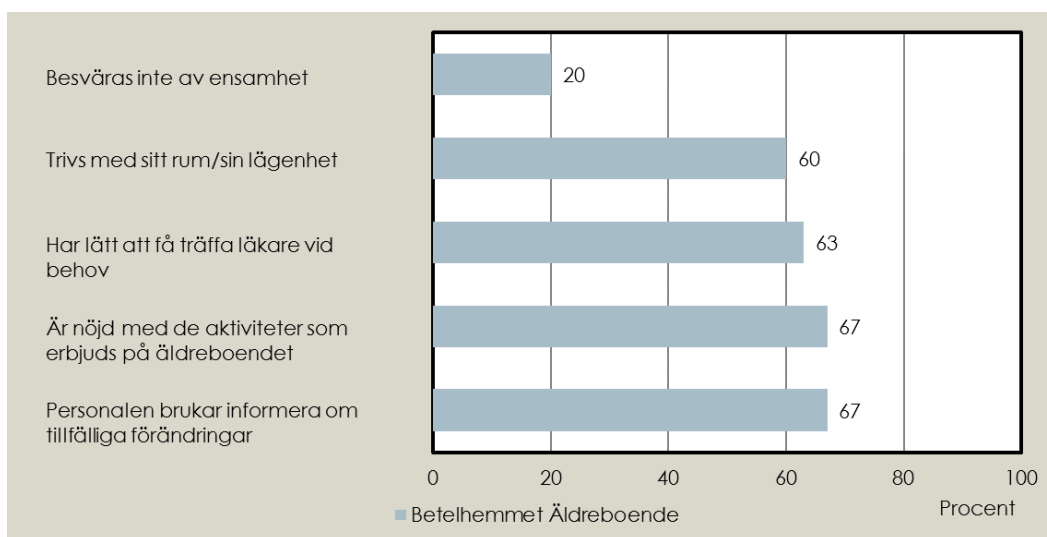
Utifrån resultatet i undersökningen är de boende på Betelhemmet i stort sett mycket nöjda. Dock finns ett behov av att under kommande år uppmärksamma personer som besväras av ensamhet. Detta kan framförallt uppmärksammas och utvärderas vid de individuella vårdplaneringarna.

Ett förbättringsarbete gällande aktiviteter pågår och kommer att fortsätta under det kommande året. Utvärdering av det arbetet kommer att ske på boenderåd och även i brukarundersökningen under våren 2020.

De fem frågor där andelen positiva svar är högst



De fem frågor där andelen positiva svar är lägst



Avvikelser

Avvikelser rapporterade i Pro Capita.

Avvikelse

2018

2019

Fall	44	21
Läkemedel	99	101

Under det senaste året mer än halverades antalet fall jämfört med föregående år. På grund av att en stor del av de boende inte var desamma under två åren är det svårt att dra några slutsatser av resultatet. Det som dock kan konstateras är att antalet fall sett över hela året är mycket lågt, vilket kan ses som ett resultat av väl fungerande rutiner som efterföljs.

Antalet avvikelser gällande läkemedel har i det närmaste varit oförändrat under 2019 jämfört med föregående år. Avvikelser som registrerats gällande läkemedel avser ordinationer som inte har utförts på ett riktigt sätt eller inte signerats. Ingen av dessa avvikelser har varit av allvarigare karaktär. Även om antalet avvikelser är förhållandevis lågt finns det fortfarande möjlighet att göra läkemedelshanteringen ännu säkrare genom att ytterligare förbättra rutinerna kring hanteringen.

Klagomål och synpunkter

Under 2019 har väldigt få klagomål framkommit, vilket tyder på att vi i stort har väldigt nöjda boende och anhöriga. De klagomål eller synpunkter som har framkommit har tagits upp i samband med vårdplanering, vid personliga möten och telefonsamtal eller vid boenderåd och har vid behov åtgärdats omgående och återkopplats till berörda personer enligt den lokala rutinen. Dokumentation sker vanligen i patientjournalen, genomförandeplanen eller i protokoll från boenderåd.

Då det har tillkommit många nya i personalgruppen saknas kännedom om blanketten ”synpunkter och klagomål”. Vårt mål är en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga och att de alltid ska känna att vi lyssnar och bryr oss om deras åsikter. Det är därför viktigt att vi fortsätter att ta emot de klagomål och synpunkter som framkommer och alla i personalgruppen också känner till att blanketten ”synpunkter och klagomål” finns för att kunna tillhandahålla den

vid behov. Detta kommer att uppmärksammas på arbetsplats-träff under våren. En förbättring som kan väntas om blanketten används är att sammanställning av klagomål och synpunkter förenklas och blir lättare att följa upp.

Det händer att de boende har önskemål om maten som serveras. Därför kommer vi under våren 2020 att återinföra matråd. Där får de boende möjlighet att framföra sina åsikter och önskemål kring maten som serveras och kring måltidssituationerna.

Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att hälso- och sjukvården på Betelhemmet är av god kvalitet utifrån de uppsatta mål, statistik, uppföljningar och granskningar som genomförts under året.

Det har under året funnits allvarliga brister när det gäller inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita som skulle ha kunnat innebära patientsäkerhetsrisker. Efter åtgärd har situationen förbättrats, men det finns fortfarande behov av ytterligare förbättring för att inloggning i Pro Capita ska fungera utan störningar.

Betelhemmet har fungerande rutiner när det gäller händelserapportering, men hanteringen kan förenklas genom att all personal registrerar händelser direkt i Pro Capita. Om berörd personal eller den personal som upptäcker händelsen själv registrerar ökar säkerheten genom att rätt information finns tillgänglig från början.

Mål och strategier för kommande år

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier ska även fortsättningsvis vara ledande. Mål och strategier för verksamheten påverkas också av faktorer som ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

Utifrån de riskanalyser och de lärdomar som har spridits i verksamheten ligger fokus för det kommande året på att ytterligare öka säkerheten gällande avvikelser när det gäller läkemedel samt dokumentation. Vi kommer att arbeta vidare med våra lokala rutiner kring läkemedelshantering. All personal kommer under våren att genomgå utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita. Vi kommer också att fortsätta implementeringen av vår handlingsplan för anhörigstöd.

Utöver detta kommer Betelhemmet även att 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
- 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
- Extern och Intern utbildning inom dokumentation
- Fortsätta arbetet med implementering av ledningssystem för kvalitet
- Jämföra kostnader från olika leverantörer och samordna beställningar. En person ansvarar för beställningar för att ha en helhetsbild.
- Använda de hjälpmedel som finns i verksamheten