



# Patientsäkerhetsberättelse

St Anna och Björkgården  
2018

Datum och ansvarig för innehållet

190212 Hanna Nyberg

---

---

## Innehåll

|  |           |
|--|-----------|
| .....  | 1         |
| <b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Sammanfattning .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>STRUKTUR.....</b>   | <b>6</b>  |
| Övergripande mål och strategier .....  | 6         |
| Organisation och ansvar .....  | 7         |
| Samverkan för att förebygga vårdskador .....   | 7         |
| Patienters och närståendes delaktighet .....   | 8         |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....   | 8         |
| Klagomål och synpunkter.....   | 9         |
| Egenkontroll.....  | 9         |
| <b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>  | <b>10</b> |
| Säker läkemedelshantering Läkemedelshantering ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar. Läkemedelshantering ska regleras av tydliga rutiner som är väl kända av all personal. Lokala arbetsrutiner finns för läkemedelshantering. .... | 10        |
| Delegering Delegering för överlämnande av mediciner samt injektioner i form av insulin och läkemedel i förfyllda sprutor, till omvårdnadspersonal utförs av sjuksköterskor efter utfört webbaserat läkemedelstest på demenscentrums hemsida. ....                                      | 10        |
| Riskanalys .....   | 12        |
| Utredning av händelser - vårdskador.....   | 12        |
| Informationssäkerhet.....  | 12        |
| <b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>   | <b>13</b> |
| Avvikelse .....  | 13        |
| Klagomål och synpunkter.....   | 15        |
| Händelser och vårdskador .....   | 15        |
| Riskanalys .....   | 15        |
| <b>Mål och strategier för kommande år .....</b>  | <b>15</b> |



---

## Sammanfattning

Vi är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete på samtliga tre verksamheter inom A&O Ansvar och Omsorg AB i Nyköping.

Vårt mål är en trygg och säker vård med hög kvalitet där patienter känner trygghet och delaktighet och där vården anpassas till varje individ. Ett rehabiliterande förhållningssätt ska finnas där fokus ligger på att bevara det friska hos varje patient.

### De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2018 är följande:

- Jobbat hårt med dokumentation, både HSL och SoL, enligt ICF.
- Stort fokus på genomförandeplaner
- Individuellt anpassade inkontinenshjälpmedel
- God samverkan med paramedicinsk personal och givande hälsokonferenser
- Gott samarbete med vårdcentral som tidigare fungerat mindre väl
- Ett tydligt reflekterande förhållningssätt hos personal och gott arbete med värdegrundsfrågor
- Översyn av hela A&O:s gemensamma rutinhandbok, bra arbete med att lokalanpassa dessa rutiner
- Gott arbete med Palliativa registret
- God palliativ vård hos samtliga boende som vårdas i livets slut

### De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Vid granskning av A&O:s interna kvalitetskontroll framkom att verksamheterna håller hög nivå på kvalitet
- Gott samarbete med Vårdcentral vilket inneburit samma PAL under hela året
- Samtliga boende har genomförandeplan som uppdaterats minst två gånger under året.
- Goda resultat i Socialstyrelsens äldreundersökning 2019 (92% på Björkgården, 89% på Freja och 73% på Flora var nöjda)

### En blick framåt

- Förbättra arbetet med Senior Alert
- Komma igång med BPSD-arbetet - Samtlig personal ska utbildas till BPSD-administratörer under 2019
- Stark och kompetensbred sjuksköterskegrupp inom organisationen
- Anställt första Silviacertifierade sjuksköterskan inom organisationen



---

## 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.*

- En trygg och aktiv vardag för samtliga boende på våra verksamheter
- Hög kvalitet på vård
- Nöjda boende
- God hantering av avvikelser
- Gott samarbete med paramedicinska professioner för att skapa bättre och bredare bedömningar
- Ytterligare förbättra verksamhetens palliativa vårdande

St Anna och Björkgården skiljer sig lite åt gällande patientsäkerhetsarbetet. Dock finns vissa likheter. Skillnader och likheter beskrivs nedan.

För att vi ska bibehålla den höga nöjdhet som setts på Björkgården kommer vi att fortsätta jobba med delaktighet, inflytande och välskrivna genomförandepplaner där även delaktigheten framgår. St Annas äldreboende visade en mindre nöjdhet i 2018 års äldreundersökning. Handlingsplan för hur vi ska öka nöjdheten finns framtagen och kommer att följas under året.

Vi har haft ett icke existerande arbete med BPSD och ett svajande sådant med Senior Alert, detta gäller för båda verksamheter. Vi kommer att utveckla arbetet med BPSD och Senior Alert. Första steget är taget då vi anställt en Silvia-certifierad sjuksköterska som kommer att utbilda samtlig personal till BPSD-administratörer. Målet är att samtliga boende med en demensdiagnos eller demenssymptom ska BPSD-skattas. Detta för att kvalitetssäkra vården för demenssjuka i våra verksamheter.

Målet är att samtliga boende ska vara registrerade i Senior Alert och att aktuella åtgärdsplaner ska finnas för att förebygga risker.

---

## Organisation och ansvar

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

A&O Ansvar och Omsorg AB driver sedan 2009 Björkgården och St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun.

Verksamheterna har en övergripande verksamhetschef som innehar såväl arbetsmiljöansvar som patientsäkerhetsansvar på både St Anna och Björkgården. HSL-ansvar från IVO innehar verksamhetschef som även är utbildad sjuksköterska. Vidare är en biträdande chef anställd på heltid och placerad på Björkgården.

På Björkgården ska finnas en heltidsanställd sjuksköterska, detta var realitet till oktober 2018. Dock har nuvarande sjuksköterska valt att endast arbeta 60 procent vilket inte är kvalitetssäkert. En ny sjuksköterska har rekryterats till Björkgården och hon kommer att börja 2 maj 2019.

Verksamhetschef, biträdande chef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) utgör Björkgårdens ledningsgrupp.

Förutom verksamhetschef finns på St Anna en samordnare som arbetar heltid samt två heltidsanställda sjuksköterskor. Sjuksköterskorna ansvarar för varsitt hus, Flora och Freja. Verksamhetschef, samordnare och sjuksköterskor utgör ledningsgrupp på St Anna.

Varje månad har verksamheterna kvalitetsrådsmöte och där går vi igenom patientsäkerhetsarbetet. Under kvalitetsråd är en representant från varje avdelning, OAS samt verksamhetschef med. Vi har även ledningsgruppsmöten varje månad där patientsäkerhet är en stående punkt.

Verksamhetschef fastställer tillsammans med OAS strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet och att arbetet följs upp kontinuerligt.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Båda verksamheterna samverkar med kommunens arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Hälsokonferenser sker varje vecka tillsammans med OAS, paramedicinsk personal och omvårdnadspersonal.

Björkgården har patientansvarig läkare (PAL) från Ekensbergs vårdcentral och St Anna har PAL från Bagaregatans vårdcentral. Kontakter med läkare sker genom rond en gång varje vecka samt telefonkonsultationer dagtid helgfria vardagar. Under rond sker hembesök hos boende, läkemedelsgenomgångar, akuta insatser, samt genomgång av boendes mående tillsammans med OAS, PAL och omvårdnadspersonal.

Vid inflyttning till respektive verksamhet beställer OAS ett tandvårdstödintyg för att ge rätt till nödvändig tandvård inom ramen för landstinget hälso- och sjukvårdstaxa. Vi har sedan Oral Care och Folk tandvårdens uppsökande verksamheter att anlita för tandvård, allt beroende på den boendes egna önskemål.

Varje helgfri vardag mellan 07–17 har A&O Ansvar och Omsorg AB minst en sjuksköterska i tjänst inom våra tre verksamheter i kommunen (Björkgården, St Anna och Riggargatan). Utöver denna tid har företaget ett avtal med Nyköpings kommuns jourhavande sjuksköterskor. Under jourtider är även jourhavande läkare tillgänglig för bedömningar om sjuksköterska anser det nödvän-

---

digt.

För akuta händelser rekvireras ambulans (akut eller icke akut) för transport av boende till Akutmottagningen på Nyköpings lasarett. När en boende ska vårdas hos extern vårdgivare ska rapport skickas i Prator av ansvarig sjuksköterska.

Verksamheterna erbjuder medicinsk fotvård till samtliga boende.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Varje nyinflyttad boende ska tillsammans med anhöriga bjudas in till välkomstsamtal inom tre veckor. Detta har under 2018 inte skett enligt vår rutin på St Anna, däremot har det gjorts på Björkgården. Vid varje nyinflytt får boende och anhöriga en folder där information finns om verksamhet, måltidstider, ronder, ansvarig sjuksköterska, kontaktmannaskap mm.

De boende som har förmågan att vara delaktiga i upprättande av genomförandeplan har varit det och då finns underskrift på genomförandeplanen. Hos de som inte har den kognitiva förmågan att vara delaktiga ska detta framgå i journal.

Två gånger per år inbjuds samtliga närstående till en träff där verksamhetschef, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal deltar. Under förra året hölls två sådana träffar på både Björkgården och St Anna. Under våren tog vi in Dr Gregor Welk för att hålla föreläsning gällande den äldre patienten.

Varje boende tillfrågas om samtycke för registrering i kvalitetsregister, anhöriga informeras även om detta.

I de fall anhöriga vill delta i rond erbjuds även den möjligheten.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Samtliga anställda i verksamheten har fått information och även skrivit under att det förstått skyldigheterna gällande lex Sarah och lex Maria. I de fall OAS eller omvårdnadspersonal upptäcker händelser som har eller kunde ha resulterat i vårdskada kontaktas verksamhetschef. Verksamhetschef rådgör om behov finns med kvalitetsansvarig i företaget och/eller MAS.

Varje månad innan den 10:e har samtliga avvikelser från föregående månad setts över av både OAS och verksamhetschef. Åtgärder planeras löpande och alla avvikelser ser vi över på våra kvalitetsråd. I kvalitetsråd ingår en omvårdnadspersonal för varje avdelning, OAS samt verksamhetschef.

En sammanställning över avvikelser läggs in i systemet Stratsys där statistik förs. Vid sammanställning för året kan statistik dras ut och göras tydlig för samtlig personal.

Vi har även en stående punkt på APT där vi diskuterar avvikelser som varit "utöver det vanliga". Verksamhetschef brukar även ta upp tidigare utredningar enligt lex Sarah och lex Maria för att väcka eftertanke hos personal.



---

## Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och kritik är viktigt att ta till sig. Det hjälper oss att avhjälpa eventuella brister och gör att vi kan förbättra verksamheten.

Personal inom A&O ska ha en öppen hållning till synpunkter och klagomål. Att ta del av dessa är en del i kvalitetsarbetet inom verksamheterna. Vid inkomna klagomål är det viktigt att inte hamna i försvarsställning. Man ska lyssna till och ta del av synpunkterna och arbeta för att hitta lösningar på eventuella problem.

Synpunkter och klagomål kan framföras muntligt exempelvis i den dagliga kontakten med omvårdnadspersonal och kontaktperson. De kan även framföras direkt till verksamhetschef, samordnare eller legitimerad personal eller komma fram vid boenderåd eller uppföljningssamtal och anhörigmöten mm.

Blanketten ”**Hjälp oss att bli bättre**” ska ges vid inflyttning och också finnas synlig och tillgänglig på avdelningen. Ifylld blankett kan lämnas till verksamhetschef eller skickas till A&O:s huvudkontor. Blanketten går även att fylla i via hemsidan.

Alla klagomål ska dokumenteras, även de som framförs muntligt och lämnas till verksamhetschef.

## Egenkontroll

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

Avvikelsemodulen i Procapita utgör en viktig del i egenkontrollen. Den person som upptäcker ett fall, en missad läkemedelsdos eller annan avvikelse ansvar för att föra in detta i Procapita. Mottagare till avvikelser beror av typ men verksamhetschef ska mottaga samtliga avvikelser som sker i verksamheten. Övriga professioner som ska delges avvikelser är sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Varje månad görs en genomgång av samtliga avvikelser under kvalitetsrådsmöte. Där diskuteras möjliga åtgärder samt vilka förebyggande insatser som kan sättas in. Verksamhetschef avgör om MAS behöver ta del av någon avvikelse.

A&O har årligen en revision av verksamheterna i företaget där det sammantagna kvalitetsarbete granskas.

Apoteket har årlig kontroll på läkemedelshanteringen. Dessa besök har resulterat i åtgärdsplaner och förbättringsarbete.

Socialstyrelsens äldreundersökning är ett bra verktyg för att mäta nöjdheten hos de som bor i våra verksamheter. Handlingsplaner görs för samtliga punkter som understiger 85% nöjdhet.

---

# PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

## Senior Alert

Senior Alert används på samtliga boende. Dock är detta är förbättringsområde på både St Anna och Björkgården då inte samtliga boende har riskbedömts. Vi riskbedömer gällande fall, malnutrition, trycksår och munhälsa enligt Downton Fall Risk Index, MNA, Modifierad Nortonskala och ROAG. De boende som gett samtycke till registrering i kvalitetsregistret registreras där. De som inte har samtyckt riskbedöms enligt mallen, dock registreras de ej. All riskbedömning dokumenteras i Procapita. OAS ansvarar för att lägga in registreringar i Senior Alertmodulen.

## Begränsnings- och skyddsåtgärder

En riskanalys görs på alla boende efter inflyttning. Eventuella skydds- eller begränsningsåtgärder beslutas i team bestående av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt kontaktperson (hälsokonferenser). Beslutet dokumenteras i journalen. Samtliga skyddsåtgärder följs upp och revideras vid behov.

## Munhälsovård

I samband med inflyttning erbjuds patienterna en kostnadsfri munhälsobedömning. Tandhygienist gör besök på verksamheterna och besöker de boende som har behov. Tandläkare besöker boende vid behov. Verksamheterna är kopplade till Oral Care men några boende har valt att använda sig av folk-tandvårdens uppsökande verksamhet vilket har varit välfungerande.

## Säker läkemedelshantering

Läkemedelshantering ska vara individuellt anpassad till den enskildes sjukdom och personliga förutsättningar. Läkemedelshantering ska regleras av tydliga rutiner som är väl kända av all personal. Lokala arbetsrutiner finns för läkemedelshantering.

## Delegering

Delegering för överlämnande av mediciner samt injektioner i form av insulin och läkemedel i förfyllda sprutor, till omvårdnadspersonal utförs av sjuksköterskor efter utfört webbaserat läkemedelstest på demenscentrums hemsida.

## Vård i livets slutskede

Vi använder en checklista för vård i livets slutskede. Registreringen i Palliativa registret har gjort oss uppmärksamma på vad som kan göras bättre i den palliativa omvårdnaden. Att uppmärksamma symtom i det palliativa skedet och i god tid se till att nödvändiga ordinationer från läkare finns är av stor vikt för att undvika onödigt lidande. Arbetet är ständigt pågående utifrån nya rön och förbättring av rutiner. Båda verksamheter har palliativombud, både på dag och nattetid. Vi har palliativombudsmöte tillsammans med dessa, OAS och

---

verksamhetschef tre gånger per år. Under dessa möten planeras det palliativa arbetet på ett systematiskt sätt och uppföljning sker vid varje möte. Alla boende som befinner sig i livets slutskede ska ha en palliativ hälsoplan upprättad och palliativa ordinationer från PAL.

### **Personal**

Nyanställd personal får en tilldelad handledare och introduceras i arbetet och verksamhetens rutiner enligt en checklista som är företagsövergripande. Ett kontrakt gällande innebörd av lex Sarah och lex Maria samt sekretess lämnas till medarbetare, detta returneras till verksamhetschef. Samtliga medarbetare har tillgång till rutiner via vårt digitala verksamhetsstöd. Under 2018 har detta uppdaterats och resultatet är tydligare struktur, övergripande för företaget och verksamhetsanpassat för respektive verksamhet. A&O samarbetar med Mälardalens Högskola och tar emot sjuksköterskestudenter för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Här ges tillfälle till granskning av vår verksamhet och vi får hjälp att se med nya ögon och bli ifrågasatta, något som utvecklar verksamheten och är positivt för patientsäkerheten. Vi tar även emot studenter från vård- och omsorgsprogrammet.

### **Hälsoplaner**

Varje boende som uppvisar risk för undernäring, fallskador eller trycksår ska få en hälsoplan upprättad. Dessa hälsoplaner ska uppdateras var tredje månad, effekt av insatta åtgärder ska utvärderas kontinuerligt.

### **Dokumentation**

All omvårdnadspersonal har SITHS-kort som används för inloggning i Citrix och Procapita. Vi har under 2018 upplevt stora problem med access till Procapita till den grad att patientsäkerheten sjunker.

### **Trygghetslarm**

På Björkgården är Everon larmleverantör. Detta system har visat sig innehålla flera svagheter som under 2017 och 2018 har diskuterats med Everons ledning och servicesupport. Man har förhoppningar om att Wifi ska lösa några av de problem som uppkommit. Larmsystemet på St Anna är väldigt gammalt och det är svårt och kostsamt att få tag i reservdelar. Detta larm anser vi sänker patientsäkerheten.

### **Kompetensutveckling**

Följande utbildningsinsatser genomfördes under föregående år:

- Etikföreläsning för samtlig personal på St Anna
- Inkontinensombud har fått utbildning av TENA
- Handledning av personal från Arken
- Ergonomiutbildning för personal
- Ca 80% av personalen har genomgått webbaserade utbildningar i basala hygienrutiner samt Demens ABC.
- Ca 50% av personalen har genomgått webbaserad utbildning i palliativ vård
- Palliativombud har deltagit i utbildning under året
- Rekrytering av erfarna sjuksköterskor till St Anna

---

## Risikanalyt

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

Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses. Riskanalyser läggs in i ett externs system, Stratsys, och riskerna utvärderas kontinuerligt. Till riskerna görs även handlingsplaner, dessa upprättas av verksamhetschef eller, vid behov, av hela Björkgårdens och St Annas ledningsgrupp.

## Utredning av händelser - vårdskador

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

På St Anna har två lex Sarahutredningar utförts under 2018. En gällande misstänkt kränkande bemötande och gällande misstanke om stöld. En polisanmälan upprättades vid stöldmisstanken och i förlängningen ledde utredningen till ett avskedande.

Ingen lex Mariautredning under 2018.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (t ex förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om patienten har lämnat sitt medgivande. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om patienten. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort, tejpas över eller stryks över med svart.

- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från den boende ska finnas angående överföring av journalhandling
- Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet
- Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.

Journalgranskning görs på uppdrag av MAS

---

För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas.

Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare.

## RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Avvikelser

#### Björkgården

| Typ av avvikelse               | Antal | Analys/åtgärd  |
|--------------------------------|-------|--|
| Allmän omvårdnad HSL           | 26    | Har sjunkit något från 2017 då antalet var 32. Samtliga avvikelser har setts över och frågor tas upp på APT gällande ex ej nedhissade sängar, stödstrumpor som ej använts etc.                         |
| Fall                           | 61    | År 2017 registrerades 60 fallavvikelser. Uppskattningsvis är denna siffra sannolikt en spegling av verkligheten.   |
| Läkemedel                      | 59    | Denna siffra är sannolikt en glädjesiffra och en indikation på att avvikelser inte har skrivits trots att dom uppstått. 2017 registrerades 38 avvikelser så en liten förbättring har skett under 2018. |
| Specifik omvårdnad/rehab       | 1     | Gott samarbete med paramedicinsk personal och bra kommunikation mellan professioner har gett gott resultat.  |
| Informationsöverföring HSL     | 0     | Samma resultat som föregående år   |
| Informationsöverföring SoL/LSS | 0     | Samma resultat som föregående år   |
| Utebliven insats SoL           | 0     |  |
| Dokumentation SoL/LSS          | 0     |  |

---

Antal avlidna under 2018: 6 personer

Enligt statistisk januari-juli är fyra registrerade i Palliativa registret, statistik har inte kunnat tas fram för augusti-december då resterande två dödsfall inträffade.

### St Anna

| Typ av avvikelse               | Antal | Analys/åtgärd   |
|--------------------------------|-------|---|
| Allmän omvårdnad HSL           | 42    | Jämförelsevis med 2017 då 19 avvikelser registrerades kan denna drygt dubblade siffra vittna om större benägenhet att skriva avvikelser.  |
| Fall                           | 144   | En uppskattningsvis rättvisande siffra för 2018   |
| Läkemedel                      | 112   | En något lägre siffra jämförelsevis med 2017 då 127 läkemedelsavvikelser registrerades. Uppskattningsvis är siffran för året rättvisande mot verkligheten   |
| Specifik omvårdnad/rehab       | 20    | 2017 var 11 avvikelser registrerade. Resultatet för rådet är nästan dubbelt så många vilket anses bero på större tendens att uppmärksamma brister gällande utförande av ordinerade rehabinsatser. Efter kommunikation med paramedicin har denna slutsats dragits. |
| Informationsöverföring HSL     | 0     |   |
| Informationsöverföring SoL/LSS | 0     |   |
| Utebliven insats SoL           | 1     |   |
| Dokumentation SoL/LSS          | 1     |   |

Antal avlidna 2018: 20 personer

Under januari-juli har endast 10 personer registrerats i Palliativa registret, fler borde ha en registrering. Ej granskat journalerna för att se om dessa personer avled på sjukhus. Statistik för augusti-december har inte kunnat tas fram.

---

## Klagomål och synpunkter

Under året har flera anhöriga varit missnöjda på St Anna. Anledningarna är flera men ett stort orosmoment var att hela ledningsgruppen slutade under året. Sjuksköterskeomsättningen ökade enormt under året då det tidigare år har varit stabilt. En anledning till oro skapades även när det blev känt att en avdelning skulle ställas om till demens. Dock var alla involverade i den förändringen nöjda med genomförandet.

Ett par anhöriga har återkommande klagomål. Här har vi kallat till möten, gjort handlingsplaner, erbjudit kontakt med läkare och informerat om möjligheten att byta äldreboende.

På Björkgården har oro funnits för de många sjuksköterskebyten genom åren.

Det är oerhört viktigt att informera och hålla anhöriga uppdaterade med gällande arbetet på verksamheterna. Information skickas ut två gånger per termin och vi anordnar anhörigträffar två gånger per år.

## Händelser och vårdskador

Varje avvikande händelse och eventuell vårdskada tas varje månad upp på kvalitetsråd. Vidare har vi kontinuerligt genomgång av lex Sarah och lex Mariautredningar på APT där verksamhetschef läser upp genomförda utredningar för att väcka diskussion och analysera hur vi kan undvika liknande händelser i våra verksamheter. Dessa väcker alltid eftertanke hos samtliga i verksamheten och ger även en sporre att kvalitetssäkra.

## Riskanalys

Vi identifierar kontinuerligt olika risker och brister. Vi jobbar med dessa på ett systematiskt sätt dvs vi tittar på bakomliggande orsaker, tar fram en handlingsplan och följer upp utförda åtgärder. På så vis har vi ett ständigt pågående systematiskt kvalitetsarbete som bidrar till en ökad riskmedvetenhet hos både ledning och personal.

Områden inom HSL som riskanalyseras är bland annat fall, trycksår, undernäring samt munhälsa inom Senior Alert. Risker vid förflyttningsmoment, hantering av arbets- och medicintekniska produkter, miljön i boendes egna lägenheter, bedömning av risker för hot och våld hos specifik patient med flera.

Riskbedömningar görs alltid inför större förändringsarbeten i verksamheten såsom om ex den omställning som gjordes från säbo till demens på en avdelning, schemaförändringar, personalomfördelning med mera.

## Mål och strategier för kommande år

- 
- Säker läkemedelshantering med målet att hålla antalet avvikelser stabila. Analys av antalet avvikelser på St Anna visar på att avvikelser skrivs i den utsträckning de faktiskt sker. På Björkgården kommer vi att arbeta med att faktiskt öka antalet avvikelser då antalet känns missvisande.
  - BPSD-registret som arbetsredskap. Fokus kommer vara utbildning av samtlig personal under 2018 av nyrekryterad Silviacertifierad demenssjuksköterska
  - Arbeta aktivt med Senior Alert och förbättra registreringar i palliativa registret genom att större del av personalgrupperna deltar i registreringarna.
  - Fortsatt arbeta med systematisk kvalitetssäkring inom hela verksamheterna
  - Använda riskanalyser på flera plan
  - Fortsatt arbete med att utveckla det palliativa förhållningssättet samt att säkerställa hög kvalitet i vården vid livets slutskede. Vi kommer att införa dagliga reflektioner gällande utförande av vård i livets slut
  - Implementera skattningsinstrumentet för smärta - Abbey Pain Scale
  - Fortsatt arbete med måltidssituationen och nutrition
  - Arbeta aktivt med att förbättra dokumentationen och få all personal att kunna dokumentera vid alla tidpunkter
  - Arbeta aktivt med att alla avdelningar ska komma igång med aktiviteter på St Anna. Jobba mer med avvikelser utebliven insats SoL/LSS om aktiviteter inte genomförs
  - Hålla stabilitet i personalgrupperna och ha en personalomsättning under 10%
  - Arbeta aktivt med att alla avdelningar ska komma igång med aktiviteter på St Anna. Jobba mer med avvikelser utebliven insats SoL/LSS om aktiviteter inte genomförs