

Patientsäkerhetsberättelse
2020
Bergkälla Äldreboende

2021-01-26

Tomas Bergius
Verksamhetschef

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020

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

Övergripande mål för 2020 var att systematiskt förbättra patientsäkerhetsarbetet, den ökade omsättningen med påföljande högre behov av HSL insatser hos våra vårdtagare, innebär ett naturligt ökat fokus kring en säker hantering av våra vårdtagare vid nyinflyttning.

Vi behöver granska hur vi arbetar i samband med övertagandeprocessen och identifiera felkällor. Även hur vi är organiserade som verksamhet för att bäst möta behoven hos våra vårdtagare behöver ses över löpande, då med avseende på resurssättning, planering och vilken nivå vi ska arbeta på.

Målet är att HSL personalen har tillräcklig information från överlämnande vårdtagare senast dagen innan inflyttning för att säkerställa att vi kan ombesörja behoven och säkra omvårdnaden av vårdtagaren, så långt vi kan. Samma mål som förra året men vi följer detta löpande. Utvärdering påvisar att för att säkerställa att vi har den information vi behöver inför inflyttning, då ffa från slutenvården, behöver vi aktivt eftersöka den och oftast i kontakt med sjukhuset informera om vad vi behöver i form av läkemedelslista, aktuella status och eventuella uppföljningar. Rutiner för detta verkar inte fungera inom slutenvården. Vi uppfattar även att kunskapen inom slutenvården om vad ett särskilt boende är och vilka insatser som kan erbjudas här är fortsatt låg vilket orsakar missförstånd och felaktiga förväntningar hos den som flyttar till oss.

Användning av Senior Alert för riskbedömningar, fortsatt arbete med det teambaserade rutinarbete kring möten, övertagande och omhändertagandet av vårdtagare.

Införande av hygien team under 2019 bestående av hygienombud, sjuksköterska och arbetsterapeut sköts till hösten 2020 men pga pandemin har vi skjtit detta på framtiden. Dock har all personal, tills vidare anställd som timanställda, genomgått utbildning i basala hygienrutiner och klädregler under april och maj 2020 för att rusta oss för de utmaningar pandemin ger oss.

Införandet av Digital Signering 2019-11-01 har visat sig framgångsrikt i vårt arbete att få ned läkemedels avvikelser. Efter första 6 månaderna har vi sett en dramatisk nedgång i avvikelser och en säkrare läkemedelshantering. Detta har tagit längre tid att helt implementera med hänvisning till pandemin men vi fortsätter att arbeta med utveckling och förbättring av användandet av systemet.

Vi har med anledning av den digitala signeringen haft fokus på delegeringar och utbildning av delegerad personal. Vi ser brister i kompetensen hos utbildade undersköterskor som anställs och vi får lägga mer tid på att internutbilda personal i grundläggande kompetenser såsom läkemedelshantering.

Övergripande mål för 2020 var att systematiskt förbättra patientsäkerhetsarbetet, den ökade omsättningen med påföljande högre behov av HSL insatser hos våra vårdtagare, innebär ett naturligt ökat fokus kring en säker hantering av våra vårdtagare vid nyinflyttning.

Vi behöver granska hur vi arbetar i samband med övertagandeprocessen och identifiera felkällor.

Våren 2020 blev tiden från besked till inflyttning på boendet markant kortare, igen, vi har kortare tid på oss att inhämta information och sedan säkerställa att ankomsten blir trygg och säker.

Arbete med egenkontroll av dokumentationen och informationsöverföring internt, större krav att detta sker vid ffa nyinflyttningar från sjukhus där informationen från slutenvården är varierande och i vissa fall saknas i stora delar.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret enligt HSL 29 §.

Verksamhetschefen för Bergkälla, som i sig grundprofession är leg. Sjuksköterska ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och uppfyller MAS riktlinjer samt följer gällande lagstiftning. Utöver verksamhetschef finns en biträdande verksamhetschef/leg sjuksköterska som är arbetsledare för sjuksköterskorna.

Sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut har ansvar utifrån sin profession följa gällande lagstiftning samt de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret (SFS 2010:659, 6 kap 4§).

Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvården samt biträder legitimerad yrkesutövare (SFS 2010:659, 3 kap 4§).

Omvårdnadspersonal, som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter, är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet (SOSFS 1997:14). Bergkälla följer MAS i Sollentunas riktlinjer för delegering.

Vårdstyrkan har en intern MAS/kvalitetsansvarig sjuksköterska som intern granskar verksamheten och är Bergskällas hälso- och sjukvårdspersonal behjälplig när behov uppstår.

Klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Vårdtagarnas och anhörigas synpunkter och klagomål är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet.

Information om hur man lämnar ett klagomål eller synpunkt lämnas skriftligen och muntligt vid inflyttning men även vid andra träffar med närstående.

Blankett för Synpunkter och klagomål finns enkelt tillgänglig i verksamheten utan att man behöver fråga personal om den.

Lämnas till personal på plats eller i låst brevlåda på plan 3. Vi tar självklart emot klagomål på andra vägar, via telefon eller i e-post.

Går även att skicka till verksamhetschefen per post.

All personal vet hur man tar emot ett klagomål.

När ett klagomål har inkommit till verksamhetschefen bekräftar denne det till den som lämnat klagomålet eller synpunkten, man kommer även överens om när och på vilket sätt och av vem som återkoppling kommer att ske av det inkomna klagomålet eller synpunkten. Återkoppling sker alltid, oavsett vad som än framkommer.

Om klagomålet eller synpunkten kan inverka menligt på patientsäkerheten hanteras det direkt.

På Bergkälla har vi ett aktivt ”boenderåd”, där vi träffar de vårdtagare som önskar vara med varannan månad. På dessa möten diskuteras de närvarandes synpunkter som de har för att kunna göra verksamheten bättre. Genom denna dialog med vårdtagarna direkt kan vi agera och ändra i verksamheten innan det blir ett egentligt klagomål.

Under 2020 har det inkommit få klagomål totalt. Klagomålen och synpunkterna har under detta år mycket varit kopplade till besök och de riktlinjer vi har haft runt dessa. Även klagomål och synpunkter gällande förväntningar på HSL insatser förekommer. Vi har återkopplat och hanterat detta enligt rutinen och involverar berörd personal i hanteringen och besvarandet av klagomålet. Vi tar alla klagomål på största allvar och använder dessa för att se om det finns brister i verksamheten som ska rättas till.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Inkomna avvikelser sammanställs och rapporteras till MAS i kommunen månatligen, denna sammanställning går igenom på det lokala kvalitetsrådet där representanter sitter med från de olika avdelningarna, sk kvalitetsombud, sjuksköterska och verksamhetschef deltar även på detta möte. Man går igenom de avvikelser som uppkommit under månaden och hur man hanterat dessa. Kvalitetsombuden och sjuksköterska kan på detta sätt fånga upp systematiska brister i verksamheten såsom felaktiga arbetssätt, bristande följsamhet till rutiner, okunskap eller andra brister som framkommer i egenkontrollerna. Även brister i följsamhet till direktiv från arbetsterapeut och sjukgymnast gällande förflyttningar eller användandet av hjälpmedel som framkommer i avvikelser hanteras skyndsamt.

Om nödvändigt tas nya rutiner fram eller ändringar i arbetssätt kan föreslås, man kan även besluta och föreslå att vissa utbildningars insatser behöver ordnas för att komma tillrätta med bristerna.

Verksamhetschef rapporterar kvartalsvis till VOC de sammanställda avvikelserna och vad som framkommit under arbetet i det lokala kvalitetsrådet. Vid allvarigare avvikelser rapporteras dessa snarast möjligt till VOC.

Läkemedelshantering: Missade signeringar står för merparten av avvikelserna.

Fall: Fall i egen bostad, eget uppgående från säng, minskning av fall.

Trycksår: 3 upptäckta i verksamheten.

MTP: Handhavande fel, ex felvända dynor, felaktig användning av lyftsele

Patientsäkerhet: Som vanligt är externa avvikelser av oss till sluten vården rörande brister i kommunikationen vid in- och utskrivning till just sluten vården den vanligaste patientsäkerhetsavvikelsen.

Rutiner för egenkontroll, vilken egenkontroll som genomförts under året samt hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 § SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Egenkontroll baseras på inlämnade eller inhämtad information om

För att identifiera risker för vård skada rapporterar personalen Risk för missförhållande enl lex Sara, verksamhetschefen utreder misstanke om missförhållande och beslutar om det ska anmälas enl lex Sara. Rapporteringen sker genom blankett och personalen lämnar denna till verksamhetschef.

Till tillsyn och kontroller hör dels våra interna kontroller och tillsyn dels de externa, dels interna och externa kvalitetsmätningar i form av olika enkätundersökningar.

Frågeställningarna i de årliga enkäterna, till medarbetare, vårdtagare och närstående, utgår ifrån de begrepp som finns i kvalitetsledningssystemet Full Fokus. Egenkontroller och reflektion utförs både lokalt i respektive verksamhet och övergripande. VOC utformar en egenkontroll- och tillsynsplan utifrån årliga uppsatta mål för verksamheterna där grunden för uppföljningarna är Vårdstyrkans kvalitetscykel. I kvalitetscykeln, där det tydligt framgår vilka mätningar som ska göras, när de ska göras samt av vem. Resultat av mätningar presenteras under fasen ”Upp till bevis” enligt beskrivningen nedan. Målen finns tydligt formulerade och beskrivna i Vårdstyrkans verksamhetsplaner (VP) både övergripande och per verksamhet för nästkommande verksamhetsår.

Egenkontroller som genomförts under året

Jämförelse av verksamhetens resultat med uppgifter från nationella och regionala kvalitetsregister

Jämförelse av verksamhetens egna resultat i öppna jämförelser samt i jämförelse med andra likvärdiga eller jämförbara verksamheter.

Månatlig kontroll och service vid behov av MTP

Årlig kontroll och service vid behov av alla vårdängar och liftar under året även inventering och service av sängar och lyftmotorer. Detta har skjutits på och vi gör detta vartefter när vi kan göra det på ett säkert sätt.

Egenkontroll dagligen av livsmedel och temperatur

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen av Apoteket, ej genomfört pga av pandemin

Egenkontroll av Sol och HSL dokumentationen, kontroll att genomförandeplaner är uppdaterade och aktuella.

Månatlig uppföljning och analys av avvikelser HSL fall, trycksår och läkemedel.

Brandskydd, egenkontroll SBAB. Ingen tillsyn enl 2 kap. 2 § i Lagen om skydd mot olyckor (2003:778) LSO av brandkåren detta år.

Inspektion från Miljö- och hälsa avseende egenkontroll i köken och livsmedelshantering. Ej genomfört pga pandemin.

Byte av duschslangar enl MAS rutin gällande legionella. Ej genomfört pga pandemin

Rutiner för händelseanalyser vid allvarlig händelse (ex Lex Maria)

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Vid misstanke att en avvikelse eller händelse är allvarlig följer vi MAS riktlinjer och använder dennes utredningsblanketter.

Verksamhetschef meddelar företagets intern MAS om det inträffade och i samverkan med kommunal MAS genomförs utredningen

Om avvikelsen eller händelsen efter utredning visar sig vara en lex Maria skickas en anmälan till kommunal MAS om detta. Anmälan skicka även till Inspektionen för vård- och omsorg. Vi använder mallen framtagen av SKL för händelseanalys och tillhörande checklistor.

Verksamhetschef ansvarar för att händelseanalys genomförs tillsammans med intern MAS

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Inkomna avvikelser sammanställs och rapporteras till MAS i kommunen månatligen, denna sammanställning går igenom på det lokala kvalitetsrådet där representanter sitter med från de olika avdelningarna, sk kvalitetsombud, sjuksköterska och verksamhetschef deltar även på detta möte. Man går igenom de avvikelser som uppkommit under månaden och hur man hanterat dessa. Kvalitetsombuden och sjuksköterska kan på detta sätt fånga upp systematisk brister i verksamheten såsom felaktiga arbetssätt, bristande följsamhet till rutiner, okunskap eller andra brister som framkommer i egenkontrollerna.

Om nödvändigt tas nya rutiner fram eller ändringar i arbetssätt kan föreslås, man kan även besluta och föreslå att vissa utbildnings insatser behöver ordnas för att komma tillrätta med bristerna.

Verksamhetschef rapporterar kvartalsvis till VOC de sammanställda avvikelserna och vad som framkommit under arbetet i det lokala kvalitetsrådet. Vid allvarligare avvikelser rapporteras dessa snarast möjligt till VOC.

Sammanställningen för 2020 har i vissa delar gjorts i och med framtagandet av Verksamhetsplanen för 2021 för Bergkälla, denna tas fram tills av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef och godkänns av vård- och omsorgschef och verkställande direktör. Verksamhetsplanen ligger till grund för det fortsatta arbetet med bl.a. egenkontroller och beskriver även egenkontroll planen.

De vanligaste avvikelserna/incidenter i verksamheten, samt totala antalet i varje kategori

Läkemedelshantering: 60

Fall: 72 varav 1 frakturer klar förbättring från förra året

Trycksår: 2 upptäckts/uppkommit under året

MTP: 3

Patientsäkerhet: 2

Risker och åtgärdsbehov som identifierats under 2020

Läkemedelshantering: Stor minskning av missade signeringar efter införandet av Digital signering.

Fall: Fortsatt minskning av fallen på totalen, rehab personal på plats men även minskat antal kunder som förflyttar sig själv.

Trycksår: en minskning från förra året. Förebyggande arbetet har gett resultat men även en minskad inflyttning under året.

MTP: Även här en minskning och även det en effekt av egen rehab på plats.

Patientsäkerhet: I stort sett någon enstaka, ej haft många på sluten vården varför avvikelserna minskar. 1 större utredning gällande just information och samverkan med slutenvården.

Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Läkemedelshantering: Klar förbättring genom digital signering men även en satsning på att utbilda personalen i läkemedelshantering som vad det verkar inte ingår i grundutbildningen till undersköterska.

Fall: Bättre samordning i teamet kring vårdtagare med ökad eller hög fallrisk, snabbar insatser och kontinuerlig uppföljning av insatser. Omvårdnads konferens har hållits vid behov under året pga av smittläget, . Vi ser även att antalet rullstolsburna kunder har ökat vilket i sig minskar risken för fall. Låg beläggning under 2:a halvan av året relaterat till pandemin, som mest hade vi 16 tomma platser.

Trycksår: Ökad leveranstid för hyrda behandlande madrasser från Sodexho har medfört att vi köpt in tre egna madrasser att använda i väntan på leverans från Sodexho. Har gett resultat att snabbt kunna tillhandahålla en tryckavlastande madrass..

MTP: Uppföljning och utbildning sker i direkt anslutning till ev avvikelser eller felaktig användning i den stund vi har personal på plats som aktiv arbetar med förflyttningar tillsammans med medarbetarna. Bättre systematik i vilka produkter som används och mer riktade uppföljningar.

Patientsäkerhet: Uppdaterad och stärkt rutin för omvårdnadskonferens, uppdaterad rutin för ny vårdtagare eftersom tiden för informationsinhämtning är avsevärt kortare nu behöver vi säkerställa, så långt som det går, att vi får den information som vi behöver innan vårdtagaren väl flyttar in.

Övrigt:

Införandet av Mobil Omsorg har stärkt patientsäkerheten då vi kan säkerställa att vår boende får sina läkemedel, den stora skillnaden är att vi mycket snabbare kan fånga upp problem och korrigera och åtgärda.

Under perioder 2020 har i stort sett alla resurser och tid lagts på att hantera verksamheten utifrån de behov och krav som pandemin har inneburit. Detta mycket beroende på att äldreboende generellt och även Bergkälla, inte är planerad eller organiserade för att möta den typen av vårdbehov som vi fick i uppdrag att säkerställa under våren.

Kraven och riktlinjer som utgick från Regionen ffa Smittskydd och Vårdhygien men även Folkhälsomyndigheten var motstridiga och svårtolkade i den kontext vi verkar i. Eftersöker även att vår beställare, kommunen, är mer delaktig i hur informationen går från Regionen direkt ut i verksamheterna. Som det har varit under 2020 har smittskydd, vårdhygien, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen skickat ut direktiv till oss som vi enbart har att följa, ingen tanke eller process kring vad som då ska få stå tillbaka eller förändras i grunduppdraget från kommunen.

Tidigt i april genomförde vi en utbildningsinsats där all personal genomgick webutbildningen i basala hygien rutiner via Vårdhygien STHLM. Den var klar i mitten av maj då all personal hade genomgått denna. Under våren var det stora problem med att anskaffa skyddsutrustning men företaget lyckades skaffa fram detta varför vi under hela pandemin har haft skyddsutrustning åt medarbetarna. Riktlinjerna och rekommendationerna kring hur den skulle användas var också oklara och förvirrande med ändringar från en vecka till en annan. Lokala rutiner framtogs för hantering av misstänkt smitta och konstaterad smitta av boende. Kontroll av medarbetare och hantering av misstänkt smitta hos dom har varit en prioriterad åtgärd under året och är det fortsatt.

Resultat av genomförda åtgärder

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Läkemedelshantering: En dramatisk minskning av denna typ av avvikelser.

Fall: Minskning med ca 20 % av fallen totalt efter systematiskt arbete med fallrisker och riskbedömningar.

Trycksår: En minskning från 6 sår till 2 under 2020.

MTP: Marginell minskning varför vi fortsätter på samma sätt under 2021

Patientsäkerhet: Ligger på samma nivå och är samma typ av avvikelser. Ser dock att den ökade sjukligheten och det ökade behovet at HSL insatser hos i stort sett varje vårdtagare på boendet ställer krav på prioritering och planering av hur vi utför insatser på bästa sätt.

Samverkan med andra vårdgivare för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Bergkälla är organiserat så att vi arbetar tvärprofessionella team runt den boende.

Här ingår sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, samordnare, verksamhetschef, läkare, dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut.

- Vårdplanering var sjätte månad eller vid behov, där vårdtagare och anhöriga träffar sjuksköterska, omvårdnadspersonal och vid behov fysioterapeut och/eller arbetsterapeut. Under året har enbart nödvändiga planeringar skett i fysiska möten, telefon kontakt
- Samverkan i HSL- teamet i tvärprofessionellt möte en gång i veckan. Mellan möten finns en kontinuerlig dialog.
- Samverkan med korttidsboende vid övertagande av vårdtagare därifrån enligt fastställd rutin.
- Samverkan med slutenvårdsavdelningar vid överrapportering av vårdtagare.
- Samverkan med läkarorganisationen, Capio Legevisitten.
- Samverkan med kommunens MAS, anhörigkonsulent, demenssjuksköterska, biståndshandläggare och övriga tjänstemän på Vård- och omsorgskontoret.
- Samverkan med Oral Care rörande munhälsa och tandvård.
- Samverkan med Flexident kring kostnadsfria munhälsobedömningar
- Samverkan med fotvårdsspecialist Fot och Hälsa i Sollentuna.
- Omvårdnadskonferens med ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal, om de enskilda vårdtagarna.
- Samverkan internt med intern MAS och sjuksköterskor på Bergkälla.
- Samverkan med kommunens lokalstrateg angående installation av liftar och vårsängar.
- Samverkan med legal företrädare för vårdtagarna

Sammanfattningsvis för 2020 har stort fokus varit den egna verksamheten och samverkan skett i stort enbart med kommunen och läkarorganisationen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning på Bergkälla informeras vårdtagare och dennes närstående om hur rutinen för detta ser ut, de blir erbjudna att lämna en levnadsberättelse och kontaktpersonen och sjuksköterska har ett första möte i nära anslutning till inflyttningen, samma dag eller dagen efter. Där frågar man och efterhör hur den enskilde vill att vården och omsorgen ska gå till

och upprättar en genomförande plan. Sjukgymnast och arbetsterapeut träffar vårdtagaren första tillfälle de är på plats för att de ska kunna riskbedöma och dokumentera.

Efter 4 – 6 veckor hålls ett uppföljningsmöte där även närstående kan närvara, man följer upp den första tiden på boendet och den enskilde har möjlighet att påverka sitt omhändertagande och vård. Sedan hålls en vårdplanering minst var sjätte månad eller om behov uppstår att revidera planen utifrån ändrat tillstånd hos vårdtagaren.'

Vi har även närståendemöten och boenderåd där möjlighet ges att påverka och ha synpunkter på verksamheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Under hösten 2019 avvecklades vårt dokumentationssystem och vi har ersatt det med en integrerad modul i samma system som hanterar den digitala signeringen. Denna modul hanterar både SoL och HSL dokumentation och under 2020 infördes möjligheten att i mobilen kunna se genomförandeplan och annan viktig information som tex vårdplaner, HSL insatser och uppgifter kopplade till omvårdnaden direkt ute hos kunden. Genomförandeplanen kommer direkt att omsättas i insatser som beskrivs för medarbetaren som har tillgång till den på ett enkelt sätt. Informationen går i ett skyddat nätverk och inloggning i mobilen sker i med 2 faktors säkerhet, personlig kod och en personlig tagg (NFC) till varje medarbetare. Denna implementering har gjorts men sattes på paus under våren och sommaren.

IT-driften hanteras av IT-omsorg sedan våren 2018 vilket innebär större kontroll av åtkomst till nätverk eller känsliga uppgifter. De säkerställer även att obehörig åtkomst till vårt nätverk inte uppstår eller att vi på annat sätt utsätter informationen för risker.

Vi använder SITHS kort i de system som kräver detta och dessa tillhandahålls av IT Omsorg. Under 2020 har inga angrepp eller åtkomst av obehöriga till systemen upptäckts.

HSL personalens dokumentation loggas och vi kontrollerar behörigheter löpande. Under året har vi fortsatt vårt arbete med att säkerställa följsamhet till GDPR som ställer krav på företaget att skydda känslig information om såväl medarbetare som vårdtagare inte exponeras. Vi har sett över samtycke och hur vi ska hantera incidenter kring detta, företaget har ett dataskyddsombud enligt gällande lagstiftning.

HSL personalens dokumentation har granskats och vi bedömer att vi uppfyller kraven på säker inloggning och skyddandet av känsliga uppgifter i journalen för varje enskild kund.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2020

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

Målen för 2020 har i stora drag inte genomförts utan vi fortsätter att arbeta med dessa där det är möjligt. Många planerade aktiviteter har ställts in eller skjutits på.

Övergripande mål för 2020 är som vanligt att systematiskt förbättra patientsäkerhetsarbetet, den ökade omsättningen med påföljande högre behov av HSL insatser hos våra vårdtagare, innebär ett naturligt ökat fokus kring en säker hantering av våra vårdtagare vid nyinflyttning. Vi behöver granska hur vi arbetar i samband med övertagandeprocessen och identifiera felkällor. Även hur vi är organiserade som verksamhet för att bäst möta behoven hos våra vårdtagare behöver ses över löpande, då med avseende på resurssättning, planering och vilken nivå vi ska arbeta på.

Målet är att HSL personalen har tillräcklig information från överlämnande vårdgivare senast dagen innan inflyttning för att säkerställa att vi kan ombesörja behoven och säkra omvårdnaden av vårdtagaren, så långt vi kan. Samma mål som förra året men vi följer detta löpande och behöver aktivt bevaka processen för varje ny boende som kommer direkt från slutenvården.

Fortsatt användning av Senior Alert för riskbedömningar och med den nya HSL organisationen med egen rehab personal, fortsatt implementering av det teambaserade rutinarbete kring möten, övertagande och omhändertagandet av vårdtagare.

Nytt försök med införande av hygieneam team under 2020 bestående av hygieneombud, sjuksköterska och arbetsterapeut, klart 2020-09-01. Nytt försök under 2021.

Arbeta med att minska läkemedelsavvikelser, målet är att missade signeringar ska minska med 50 %. Införande av digital signering klart 2020-01-30. Klart

Minska fallen med 50 % under 2020. Klart

Att utbilda 4 medarbetare till som palliativa ombud under 2020 varav 2 ska vara legitimerad personal. 2 medarbetare hann gå innan utbildningarna ställdes in. Fortsätter med detta när PKC tar upp utbildningar igen under 2021 eller 2022.

2020 har inneburit ett väldigt annorlunda år men vi ser fortsatt ett behov av att utveckla den palliativa vården och helst öka samverkan med läkarorganisationen kring dessa boende då de uppvisar mer sammansatta symtom och komplexa diagnoser. Detta går att hantera men kräver en mer flexibel och mer närvarande läkarbemanning vid vissa tillfällen och en större beredskap, eller utökat uppdrag hos ASiH för att kunna avhjälpa svårigheter kring symtomlindring eller kontroll av symtom.

Ökat fokus på palliativ vård i och med NVP vilket är helt adekvat med tanke på innehållet i verksamheten gör att avvägningar och hur vi utför omvårdanden kan skilja sig markant från rum till rum. Att hitta utbildad omvårdnadspersonal till detta är även det en utmaning och att utbildningarna i dag inte motsvarar de behov vi har utifrån ovan beskrivet.

Som tidigare höjs nivån på HSL insatserna och detta innebär även ett mer kvalificerat omhändertagande krävs av omvårdnadspersonalen samtidigt som vi ska säkerställa ett socialt innehåll för den enskilde. Under 2020 har vi i verksamheten samtidigt klarat av dessa uppdrag, att både ge ett socialt innehåll efter behov och förmåga och hanterat högkvalificerad vård i och med kraven som ställts utifrån pandemin. Över tid är detta inte hållbart utan en annan resurssättning eller en ändring i det uppdrag vi har från kommunen.

Kan sammanfattningsvis summera detta år utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv som att vi hanterat pandemin på ett godkänt sätt.

2021 kommer som sagt präglas av den nya verklighet som detta virus medför, utmaningen kommande år blir att fungera tillfredställande hänsyn taget till smittläget och de begränsningar covid-19 innebär.

Tomas Bergius

Verksamhetschef Vårdstyrkan

Bergkälla Älderboende