

## Redovisning av verksamhetens utveckling - Björkbacken

för perioden oktober 2018 -mars 2019

### 1. Uppdrag

Under perioden har vi haft en exceptionell låg beläggning. I genomsnitt hade vi 7 lediga platser per månad. I mars fick vi dock flera nya boende, vilket förhoppningsvis håller i sig. I skrivande stund har vi 4 lediga platser.

### 2. Händelser av väsentlig betydelse

Under perioden har verksamheten haft 2 utredningar enl Lex Sarah som har påverkat verksamhetens utveckling enormt. I utredningarna framkom brister i dokumentationen samt brister i signeringen av utförda insatser. Som följd till det har vi vidtagit en del åtgärder som ska säkerställa kvalitén i ovan nämnda punkter.

Följande åtgärder har vidtagits:

- Uppdatering av dokumentationsrutinen samt genomgång av denna på APT
- Signeringslistornas utformning har förbättrats så att det ska vara lättare att göra rätt.
- Utbildning i dokumentation på enhetsmöten, där såväl goda som mindre goda exempel har diskuterats.
- Verksamhetschefen granskar dokumentationen dagligen och för samtal med berörd personal där det finns oklarheter eller brister.
- Varje grupp har fått en dokumentationsansvarig som är förebild och stöd för sina kollegor. De granskar en gång i månaden dokumentationen, signeringslistorna och de vita pärnarna och återkopplar detta till verksamhetschefen. Var sjätte vecka har de möte med verksamhetschefen för att diskutera problem och få förkovran.

### 3. Avvikelsehantering

Vi arbetar kontinuerligt med våra avvikelser i våra avvikelseråd som vi har en gång i månaden. Vid dessa tillfällen går vi igenom alla avvikelser dels för att se om det finns något mer att åtgärda och dels för att hitta strukturfel. Återkoppling av avvikelserådets resultat sker på APT. Klagomål utreds av verksamhetschefen i enlighet med våra rutiner och åtgärder vidtas. Verksamhetschefen återkopplar både resultat och åtgärder till den som har skickat in klagomålet inom 7 dagar. Ärendet diskuteras sedan på enhetsmöten med berörd enhet där också åtgärder följs upp.

Lex Sarah ärenden utreds av verksamhetschef tillsammans med regionchefen enligt företagets mall och åtgärder vidtas. Sedan tar vår vårdchef del av materialet för att kvalitetsgranska att utredningen är ordentlig genomförd samt att relevanta och tillräckliga åtgärder är vidtagna. Under hela processen håller regionchef och verksamhetschef kontakt med kommunens kvalitetschef som också får utredningen skriftlig för kommunens ställningstagande. Alla Lex Sarah ärenden diskuteras senare på en APT i syfte att förhindra att något liknande sker igen.

#### Läkemedelsavvikelser:

Ingen avvikelse har lett till att patienterna har fått en skada. En åtgärd var samtal med berörd personal gällande vikten av att arbeta noggrant och följa rutinen. På APT har vi också genomförd en utbildning kring läkemedelsdispension. För 3 medarbetare har vi dragit in delegeringen. Innan de kan få en ny delegering kommer sjuksköterskan noggrant gå igenom utbildningsmaterialet och följa upp att kunskapen finns där.

#### Fallavvikelser: 41 avvikelser

I 75 % av fallen har brukarna inte fått någon skada. Hos resterande brukare ledde fallen till blåmärken och lättare sår. Vidtagna åtgärder var läkemedelsjusteringar, positionsförändringar, ordination av hjälpmedel och skyddsåtgärder, extratillsyn, handledning i bemötande och en patient fick en pacemaker.

*Medicinsk omvårdnad: 2 avvikelser*

Ärende 1- Brukaren hade inte tagit någon skada. Vidtagna åtgärder var samtal med berörd personal.

Ärende 2- ledde till en Lex Sarah utredning, där det framkom brister i dokumentationen. Brukaren är avliden och MAS och Förenade Cares granskning har visat att det inte går att avgöra om ärendet hade fått en annan utgång ifall sjuksköterskan hade kontaktats tidigare. För åtgärder gällande dokumentationen se punkt 2.

*SOL avvikelser: 6 avvikelser*

2 avvikelser ledde till lättare sårskador och blåmärken. Åtgärder som vidtagits var samtal med berörd personal, kontakt med sjuksköterska, handledning i bemötandefrågor vid vissa sjukdomstillstånd samt upprättande av genomförandeplan.

*En Lex Sarah rapport gällande utevistelse där brister i ifyllandet av signeringslistorna kom fram: Händelsen har inte ledd till några konsekvenser för brukaren. Åtgärder var förtydligande av signeringslistor och ifyllningsanvisningar. Gruppledaren och verksamhetschefen kontrollerar signeringslistorna regelbundet. Brukaren erbjuds utevistelse på olika tider på dygnet.*

#### **4. Nationella kvalitetsregister**

Senior Alert:

Vi har en stående tid varje vecka där vi gör riskbedömningarna i team (sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, undersköterska, verksamhetschef, gruppledare). Under dessa tillfällen tittar vi också på bakomliggande orsaker och planerar för åtgärder.

Dödsfall har registrerats i Palliativregistret men vi har inte arbetat med materialet i kvalitetshöjande syfte.

Att använda både Senior Alerts och Palliativregistrets rapporter till att utveckla kvalitén på verksamheten kommer att vara ett utvecklingsområden som kvarstår.

BPSD registret använder vi inte då vår huvudinriktning är somatik.

#### **5. Systematiskt förbättringsarbete**

Vi har arbetat med de förbättringsområden utifrån sista verksamhetsuppföljning som gällde:

1. Senior Alert  
Förutom att vi har kommit igång med våra veckomöten ska vi i april utbilda all personal i Senior Alert. Vidare har vi gjort en plan för resten av året. Efter sommaren kopplar vi på ROAG och blåsdysfunktion och i slutet av året kommer vi ta ut rapporter och analysera dessa.
2. Smärtskattning  
Personalen har fått utbildning i VAS skalan på APT och sjuksköterskorna använder sig aktivt av denna i sitt arbete med att bedöma smärta.
3. Genomförandeplaner  
Gruppledaren har varit i kontakt med ansvarig för genomförandeplaner i kommunen och numera är alla genomförandeplaner uppdaterad enl Lunds kommuns krav.
4. Dokumentation (se punkt 2)
5. Gallring och förvaring av fysiska akter  
Alla vita pärmar har gallrats. Kontoren där dessa förvaras är låsta.

#### **6. Samverkan**

Samverkan med handläggarna på myndighetsfunktionen har fungerat bra, liksom samverkan med planeringsteamet och kontakten med den kommunala hemsjukvården.

Samverkan med vårdcentralen fungerar återigen friktionsfritt, vilket kan härledas till våra nya sjuksköterskor.

Samverkan med sjukhusen vid utskrivning av patienter har fungerat tillfredsställande. Man kan dock önska att ärendena var bättre förberedda från sjukhusets sida inför hemgång. Det krävs oftast flertalet telefonkontakter för att erhålla komplett information. En sak vi har observerat är att man från sjukhusets sida skriver patienten "utskrivningsklar" väldigt snabbt efter inläggningen och flyttar sedan fram datumet dag för dag eftersom patienten egentligen inte är klar för hemgång. Detta generar många onödiga telefonsamtal för våra sjuksköterskor och underminerar systemet med de tre dagar man har för planering av hemgång.

## 7. Medarbetare

77 % av omvårdnadspersonalen är undersköterskor resterande är vårdbiträden. Av dessa läser 4 till undersköterska.

1 vårdbiträde läser till undersköterska via ett valideringsprogram som Förenade Care erbjuder till sin personal i syfte att möta problemen med personalförsörjning framöver. Ytterligare ett vårdbiträde ska börja läsa i april.

## 8. Utbildningsinsatser

All omvårdnadspersonal har gått följande utbildningar som har gets på APT:

- Hygien
- Livsmedelshygien
- Munvård
- Läkemedelsöverlämning
- Avvikelsehantering SOL och HSL
- Kränkande särbehandling
- Dokumentation
- Fall
- Sekretess

På enhetsmöten har vi arbetat med värdegrundsfrågor. Vi hade också en praktisk utbildning kring hur man tar blodtryck och syresättningen.

SSK har varit på ett utbildningstillfälle kring kvalitén i SIP samt Läkemedel i Skåne. Sjukgymnast har varit på en utbildning om trycksår samt hantering av tunga vårdtagare.

**Dalby 190328**

**Birgit Theander**  
**verksamhetschef**