

Verksamhetsberättelser för Högsäters rehabiliteringshem

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting (reviderad 2013-11-19)

Innehåll

Några ord från Verksamhetschefen.....	3
VERKSAMHETSBERÄTTELSE.....	4
Brukare och anhöriga.....	6
Förbättringsförslag, avvikelser, anmälningar och tillbud.....	11
Tillsyn och inspektion.....	11
Nya lagar, föreskrifter och allmänna råd.....	12
Mål och strategier för 2020.....	12
PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	13
Övergripande mål och strategier.....	14
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	14
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	14
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits under 2019.....	15
Vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitet och patientsäkerhet.....	15
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten.....	16
Rutiner för händelseanalyser.....	16
Uppföljning genom egenkontroll.....	16
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	17
Riskanalys.....	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Sammanställning och analys.....	19
Övergripande mål och strategier för 2020.....	19
INFORMATIONSSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	20

Några ord från Verksamhetschefen

De här är verksamhetsberättelserna för Högsätters rehabiliteringshem året 2020. Här berättar vi om våra verksamhetsrelaterade aktiviteter under året 2019, och några exempel på vårt omfattande arbete för förbättrad kvalitet. Verksamhetsberättelserna är till för att ge en inblick i hur vi arbetar med att ständigt förbättra verksamheten, detta för att möjliggöra en så bra vård, boende och rehabilitering som möjligt för brukaren.

Vi vill att ett högt säkerhetstänkande ska präglade hela vår verksamhet och allt vi gör. Viktigt för oss är också att vara miljömedvetna i vårt arbete och i våra val. Allt kan vi inte beskriva i den här texten, men vi hoppas kunna ge en övergripande bild av hur vi arbetar med dessa frågor.

Några exempel på vad du kan läsa om i skriften är:

- Hur vi följer upp arbetet i vår organisation
- Urval av de resultat som uppnåtts
- Hur personalen bidragit till ökad kvalitet och patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur brukare och närståendes synpunkter och klagomål har betydelse för verksamheten och hur patientsäkerheten har hanterats
- Hur vi arbetar för att involvera brukare och närstående i verksamhetens arbete
- Hur vi arbetar med patientsäkerhet i organisationen
- Hur vi identifierar och hanterar vårdskador
- Hur vi arbetar med informationssäkerheten
- Hur vi arbetar med miljöfrågor

Vi hoppas att du ska uppskatta den här sammanställningen, och att den ska ge en bild av hur vi arbetar med verksamhetsutveckling och säkerhetsfrågor med värdegrunden som bas.

Helen Svensson
Verksamhetschef

Verksamhetsberättelse

Inledning

Högsäters gruppboende och rehabiliteringshem startade sin verksamhet med inriktning mot psykiatri 1963, efterhand har tillbyggnad och nya lokaler tillkommit. Högsäters gruppboende och rehabiliteringshem har idag tillstånd att bedriva verksamhet för personer från 20 år och uppåt som har en psykisk funktionsnedsättning och som har behov av korttidsboende eller särskilt boende. Vi har tillstånd för 24 brukare fördelade på huvudbyggnad med 18 rum och lägenheter, 2 annex med vardera 2 lägenheter samt 2 lägenheter i aktivitetshuset. Det är 11 boendrum/lägenheter som har egen dusch och toalett samt ett litet pentry för matlagning, 13 av rummen har eget handfat och delar toalett med andra brukare. Högsäters Rehabiliteringshem AB ligger i Högsäter som är en del av Färgelanda Kommun. Avstånd till de närmaste städerna är 4 mil, Vänersborg & Uddevalla, samt 12 mil till Göteborg. Högsäter ligger i Dalsland med Kroppefjäll alldeles utanför samhället där vandringsleder, fin natur & sjöar finns. Boendet drivs i privat regi av sjuksköterskan Helen Svensson som tog över verksamheten helt 2014. Helen Svensson är verksamhetschef och har en ledningsgrupp till sitt stöd.

Verksamhetsbeskrivning/Mål för verksamheten

En av de stora uppgifterna för 2019 har varit att arbeta med företaget och miljön. Vi har också arbetat med att öka och bredda kompetensen på företaget. Det är viktigt för företaget att kunna möta de krav som ställs i upphandlingar angående dokumenterad kompetens och resurser. Miljösjatsningen är en viktig åtgärd för att vara en del i det gemensamma ansvaret att vårda och värna om vår miljö. Vi hoppas att vårt miljöarbete skall ge inspiration till privatpersoner och företag att bli delaktig i arbetet för en hållbar utveckling.

Verksamheten

Vi arbetar för en positiv utveckling av verksamheten, vi vill skapa förutsättningar för en väl fungerande och konkurrentkraftig verksamhet. Vi arbetar enligt evidens och beprövade metoder och vår verksamhet skall vara en lärande organisation, vi arbetar ständigt med förbättringar och utveckling.

Vi har tagit hjälp av SSIL för att mäta kundens (kommunens handläggare) tillfredsställelse med verksamheten. För 2019 var målvärdet som verksamheten hade satt upp för kvalitetsindex 8 av 10. Verksamheten uppnådde 8. Medelvärdet för alla de verksamheter som deltagit i mät-

ningen under 2019 har inhämtats, vilket ligger på 8,2. Vid närmare analys av resultatet kan man konstatera att placerare överlag är mycket nöjda med vad de får av oss. ”Verksamheten är jätteduktiga och har hög kompetens. De ger otroligt bra dokumentation till remittent och gör ett väl utfört arbete gentemot de placerade personerna.” Alla placerande handläggare med undantag för en kan tänka sig att placera igen och rekommendera placering till andra. Information och underlag tycker man är bra och aktivitetsutbudet upplevs som bra om än begränsat.

Vi har en placerande kommun som har flera brukare placerade hos oss på särskilt boende. Tidigare handläggare var nöjd så som ovan nämnda handläggare är med verksamheten och gav toppbetyg. Ny handläggare har en uppfattning om att de som bor här med en psykisk funktionsnedsättning skall bli så bra att deras behov av omfattande stöd minskar eller försvinner. ”Omvårdnadsinsatserna var bra, men det hade varit önskvärt om de hade kunnat sträva efter mera utveckling hos personen” Denna handläggare är också besvärad av att personerna som under många år haft Högsätters rehabiliteringshem som sitt hem är svåra att motivera till att flytta till hemkommunen. ”Motivationsarbetet kunde ha förbättrats och de borde ha arbetat mera framåt.” Handläggares uppfattningar påverkar genomsnittsbetyget mycket då hon ger 4 i betyg och har många placeringar.

Vi kommer under 2019 och 2020 att ytterligare arbeta med våra genomförandeplaner och anpassa dessa efter IBIC. Vi har anställt en person med socialpedagogisk kompetens för att kvaliteten på Genomförandeplanerna och rapporterna skall öka ytterligare. Socialpedagog och Sjuksköterska har fler egna stödsamtal. Det finns ett genomgående påstående om att det finns lite aktiviteter och fritidsaktiviteter. Vi behöver arbeta aktivt med att nå ut till handläggare med aktivitetsutbud och vårt arbete att motivera till deltagande utifrån individuella målsättningar. Vi behöver också fortsätta arbetet med att få kommuner att förstå vikten av tydlighet i placeringens syfte, uppdrag och förväntad längd i det att en placering påbörjas. Detta för att samarbete mellan kommunen och brukaren med stöd av oss skall fungera optimalt.

Under sista delen av 2018 var det flera av våra brukare som var klara för att flytta vidare vilket gjorde att vi inför början av 2019 hade några tomma platser. Vi har under en period av år 2019 haft fullt på våra platser, under senare delen av 2019 har vi haft tomtplatser. Vi är upphandlade med flera kommuner för särskilt boende vilket gör att alla dessa platser är upptagna och kösatta, det är korttidsplatser som är lediga. Det har också varit stora åtstramningar i kommunerna vilket gör att de inte fullföljer placeringsförfrågan utan väljer att söka alternativ på hemmaplan. Vi saknar upphandling Göteborg korttidsplacering vilket är extra kännbart i besparingstider.

Vi har under 2019 arbetat systematiskt med vårt verksamhetssystem. Vi har under 2019 också arbetat vidare med vår laglista i Notisum vilken ger tydlighet i rutinernas koppling till lagar och vår efterföljelse av de krav som är lagda på oss. Vi är nu miljöcertifierade, ISO 14001:2015, vilket vi är stolta över. Vi har under året haft två interna revisioner, all personal har deltagit i dessa och de ger mycket positivt till utvecklingen av verksamhetssystemet och verksamheten.

Under året 2019 har företaget blivit anslutna till fiber, alla brukare har nu tillgång till trådlöst nätverk vilket är en utveckling som är naturlig och som följer förväntningarna i samhället.

Ledningsgruppen har gjort ”Ledningens genomgång” vars syfte är att systematiskt gå igenom ledning och styrning för att säkerställa och fortlöppande ifrågasätta dess effektivitet, lämplighet och verkan. ”Ledningens genomgång” sker två gånger per år. Vården, omsorgen och rehabiliteringen bedrivs enligt de mål och riktlinjer som följer av Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen samt andra lagar som berör vår verksamhet. Verksamheten bedrivs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och enligt vetenskap samt beprövad erfarenhet. Svenska vårds värdegrund genomsyrar verksamheten.

Brukare och anhöriga

Vi strävar efter att stödja brukaren till ökad sjukdomsinsikt och kunskap om sin egen situation. Vi skall vara lyhörda för individens behov, utföra omvårdnadsinsatser och tillhandahålla hälso- och sjukvårdsinsatser med vetenskap och beprövad erfarenhet som grund. Vi skall bidra till att ta vara på och utveckla brukarens resurser så som kunskaper, erfarenheter och sociala nätverk, vi skall också erbjuda en säker, trygg och utvecklingsbar brukarmiljö. Var tredje vecka har vi brukarråd där vi följer en agenda och tar upp frågor som är viktiga för brukare som bor här just nu.

Vi har under 2019 fått in synpunkter och klagomål som lett fram till förändringar av olika slag. Vi har med anledning av synpunkter arbetat med att förbättra utomhusmiljön och rutiner i det dagliga arbetet samt att öka möjligheten till delaktighet. Vi kommer fortsätta med arbetet att förbättra vår utomhusmiljö och delaktighet i alla de aktiviteter som vi dagligen utför på boendet.

Vi har en brukarenkät för 2019, av våra 20 brukare var det 14 som besvarade den, övriga önskade ej delta, 70% svarsfrekvens. Spannet ligger mellan 1-10, medel på 7,7 vilket är en minskning från 2018 då vi hade 7.8. Vi tänker oss att det trots allt får ses som oförändrat resultat då det är få klienter i verksamheten vilket gör att enskilda svar påverkar resultatet mycket. Utemiljön genomgår stor förändring och arbeten med

grävmaskin som påverkat negativt på kort sikt påverkar resultatet mycket, 6,7 är resultatet för utomhusmiljön detta är dock en förbättring från året innan. Vi kommer att under 2020-2021 arbeta vidare med detta med. Vi har brukarråd som alla brukare kan vara med på för att göra sin röst hörd. Under året har aktiviteter och måltider till stor del varit styrda och valda utifrån brukarråden. Trygghet och aktivitetsutbud är två områden som upplevs begränsade.

Närstående, god man och förvaltare är en viktig del i vår verksamhet, synpunkter och idéer från dem är del i vårt utvecklingsarbete. Vi vill gärna ta del av deras åsikter samt ha en pågående dialog med närstående. Vi strävar efter att ha transparens i vår verksamhet genom att sprida information på hemsidan. Vi har för 2019 skickat ut enkäter för att mäta nöjdhet med verksamheten till anhöriga, god man och förvaltare: 20 utskick och 20 svar tillbaka. Spannet i svaren ligger mellan 5-10. Medeltalet är 9.31 vilket är en ordentlig ökning jämfört med 2018 då medeltalet var 8.32. Vi har valt att räkna bort två svaranden då deras fokus i svaren och kommentarerna ligger utanför vår verksamhet, det handlar om missnöje med samhället i stort och missnöje med samhällsinsatser. Missnöjet ligger också i att vi som personal har sekretess och inte kan dela med oss av information omkring brukare. Vi behöver se över hur vi svarar vid förfrågan från anhörig om brukares status. Det behöver ske på ett tillmötesgående sätt och med brukaren i fokus.

Vi har en viktig fråga i utvecklingssamtalet med personalen som handlar om hur de "upplever att den vård och service brukare får är" detta är en måttstock på att vi uppfyller våra egna krav. Detta område följs årligen upp för att i ett tidigt skede kunna fånga upp förändringar. Överlag tycker personalen att de insatser som ges är mellan 5 och 4 på en 5 gradig skala. Vi har också morgonmöten med personal dagligen som bidrar till att brukarnas behov på kort och lång sikt kan diskuteras utifrån olika professioners syn. Detta med brukarens egna mål i fokus och kommunens uppdrag i åtanke.

Brukare och personal har under juni månad 2019 varit i Bokenäs under fem dagar på semester. Det var en uppskattad vistelse av både brukare och personal. Under december månad bjöds brukare och personal på julbord på ett gästgiveri i Uddevalla, detta är en viktig händelse för brukare och personal. Maten är som vi ser det en central del i verksamheten, därför lägger vi mycket resurser på den. Vi har arbetat med att se över maten, att den är hälsosam och miljövänlig, att så mycket som går tillreds och lagas på plats. Vi har under 2019 arbetat mycket med att göra brukare delaktiga i arbetet med att tillreda mat. Vi har kommit långt i detta arbete och brukare är dagligen med i arbetet i köket på olika sätt. Mätning av hur brukarna upplever maten visade ett medeltal på

9,2 vilket är en ökning från 2018. Det kommenteras flera gånger i veckan och vid besök utifrån att vi har väldigt fin, god och bra mat.

Högsäters rehabiliteringshem har en aktivitetsansvarig som har övergripande ansvar för planering och genomförande av aktiviteter. Vi dukar och serverar alltid extra festligt vid högtider. Vid födelsedagar får man önska tårta och mat eller om det är något annat man önskar sig, så försöker vi ordna det om möjligt. Exempel på fritidsaktiviteter/aktiviteter som genomförts under året:

- Midsommarfirande
- Fem dagars sommaresemester i Bokenäs
- Spaniensemester öppen för anmälan, 2 brukare har möjlighet att följa med vid varje tillfälle.
- Kräftskiva
- Filmkvällar
- Biobesök
- Gymbesök regelbundet
- Badhusbesök regelbundet
- Bowling flera gånger om året
- Grillluncher
- Andakter var tredje vecka
- Påsk- och Julpyssel
- Luciatåg med barn från Högsäter
- Julbord
- Jul på Liseberg
- Veckoaktiviteter såsom högläsning, musik, målarverkstad, kaffestunder, frågesporter, bingo, mm.
- SPA- bad och Bastubad
- Massage en gång i månaden av utbildad massör och medicinsk yoga var fjortonde dag (gratis för brukare)
- Turer ut i naturen för fiske, bad och andra årstidsbundna aktiviteter.
- Odling och djurhållning
- Matlagning och bakning
- Temakvällar
- Stadsturer för shopping och nöje

Mätningar av funktion och psykisk status hos brukare

Vi har under 2019 genomfört mätningar med hjälp av GAF instrument. Av GAF kan man utläsa att 8 av 25 brukare har förbättrade resultat 2019 vilket är en förbättring från 2018. 14 av 25 är jämna i sitt mående,

vilket är en förbättring från 2018. 3 av 25 har försämrats. Brukare med förbättrade resultat arbetar mycket medvetet med stöd av personal för att förbättra sin fysiska och psykiska hälsa. Det finns också de i gruppen som haft ett allvarligt psykiskt och fysiskt tillstånd när de anlät som med hjälp av omfattande HSL insatser och bra mat samt tydliga rutiner blivit förbättrade.

De med oförändrade resultat kan anses ha nått sitt habitualtillstånd. Ibland ligger återhämtning från en svår sjukdom i acceptans och anpassning av insatser mer än i att det sker stora förändringar i funktionsförmåga. Många brukare som bor hos oss har svåra psykiska symtom och kan förväntas ha ett omfattande behov av stöd och hjälp genom hela livet. Det är 3 brukare som har ett försämrat resultat, ibland går det några veckor innan brukaren landar och då kommer symtomen och svårigheterna efterhand, detta kan ge en dip i början för att sedan plana ut. I de försämrade resultaten återfinns också personer med degenerativa sjukdomar och psykisk funktionsnedsättning i kombination en sekundär missbruksproblematik.

Vi har beslutat oss för att införa ett mätvärde som mäter välmående, de första siffrorna som skall ligga till grund för fortsatta mätningar. Dessa kommer vi att kunna få under 2020 då vi inför IBIC i verksamheten där dessa värden kommer att kunna plockas ut i statistikprogram kopplat till journalsystemet. Vi arbetar med att använda ADL-taxonomi på de brukare som behöver omfattande hjälp och stöd. Detta instrument användas för att vi skall få en god uppfattning om brukarens behov av hjälp inom olika grundläggande områden.

Personal och kompetens

Verksamheten skall gentemot personal tillhandahålla resurser som främjar en god arbetsmiljö. Vi skall genom utbildning av god kvalitet inom alla områden tillgodose en hög kompetensnivå hos personalen och skapa förutsättningar för individuell utveckling hos personalen.

Vi har under 2019 för att förbättra arbetsmiljö och följa lagstiftning infört rökfri arbetstid på Högsätters rehabiliteringshem.

Vi har arbetat mycket med att uppmuntra personal till att vidareutbilda sig genom kortare eller längre studier. Genom att ge medarbetarna möjlighet till kompetensutveckling kvalitetssäkrar vi att våra brukare får bra omsorg, omvårdnad och rehabilitering med kompetent och trygg personal. Vårt mål är att all personal ska ha relevant utbildning för uppgiften/yrket samt att ständigt utveckla kompetensen. Verksamheten vill närma sig de allmänna råd som finns i HSLF-FS 2016:55, personalen bör ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning.

Under året 2019 har flera i vår personalstyrka vidareutbildat sig och vi har en hög kompetens i arbetsgruppen vilket också uppskattas av placerande handläggare. Vi har välkomnat en nyutexaminerad arbetsterapeut som tidigare arbetat som skötare till nytt arbete hos oss, vi har också anställt en socialpedagog. Vi har en anställd som har utbildat sig i akupunktur för personer med psykisk funktionsnedsättning genom Högskolan Väst. Två anställda har vidareutbildat sig inom IBIC för att hjälpa till med införandet av detta i verksamheten. En av våra sjuksköterskor utbildar sig till psykiatrisköterska. Vår kock har utbildat sig inom livsmedelshygien och allergier och livsmedelshantering. Biträdande verksamhetschef Har under året läst socialrätt 7.5 hp samt socialt arbete och funktionsnedsättningar avancerad nivå 15 hp. Det är också mycket utbildning på gång bland personalen under 2020, arbetsrätt, socialrätt 15-30 hp, sjuksköterska vidare utbildning specialist psykiatri, PTSD utbildning, IBIC m.fl.

Två personal utbildade sig genom Canea 2019 till att bli verksamhetens interna revisorer, miljö och kvalitet, detta hoppas vi skall ge de interna revisionerna ett lyft. Revisionerna 2019 riktade sig mot vår personalprocess på våren och på hösten tittade man över Inköp och Upphandlingsprocessen samt kök och vaktmästeri. Många revideringar är gjorda för att upprätta nya rutiner eller ändra om rutiner. All personal har under 2019 deltagit vid tre tillfällen med utvecklingsdagar för verksamheten och personalen, en av tillfällena är en utbildning miljö, Eco Educate, Miljöutbildning.se. All personal genomgår en utbildning i basalhygien på nätet och avlagt prov vid nyanställning. Vi har under 2019 haft extern handledning med Inger Andersson Höglund, Personalen är nöjd med handledningen och önskar fortsättning. Vi kommer att förlänga avtalet med henne.

Vi har årliga utvecklingssamtal med personalen där vi fångar upp personalens situation i helhet, den enskilda personalen situation och tendenser i personalgruppen samt hur brukare har det i verksamheten. Personalen uttrycker att de vill ha större del i arbetet omkring brukarna. Flera uttrycker att deras tid inte räcker och de upplever att det är stressigt. Personalen har fått diskutera och analysera hur de själva kan göra för att planera, prioritera och delegera. Vi har under 2019 genomfört förändringar som resultat av utvecklingssamtalen. Enkäter om utbrändhet har delats ut till personal för att fånga upp personal i tidigt skede och kunna stötta för att undvika långa sjukskrivningar på grund av utbrändhet vi har nu mätvärden som för 2019 är 2,3, vilket är en liten förbättring från året innan.

Miljöarbetet

Vi vill i verksamheten verka för hälsobefrämjande åtgärder och ett ökat miljömedvetande. Vi skall hushålla med naturresurser, och tydliggöra verksamhetens miljöeffekter samt aktivt arbeta för att minska miljöpå-

verkan. Vi har under 2018 arbetat med att slutföra miljöcertifiering och i februari 2019 blev vi slutligen godkända. Vi kan redan presentera positiva siffror vad gäller vårt miljöarbete. Vi har minskat antal körda mil från och till arbetet och nått det mål vi satte upp för 2019. Vi har infört kontroll på matsvinn och har nu ett systematiskt arbete för att förbättra vår verksamhets påverkan på miljön under lång sikt. Vi har ett startvärde för andel EKO-produkter av inköpta varor och ökat andelen EKO-produkter med ca 3%.

Vi har Notisum till hjälp för att tillse att vi följer de lagar som finns. Vi strävar efter att alla som vi kommer i kontakt med skall få ta del av vår verksamhetspolicy där miljöpolicyen ingår.

Förbättringsförslag, avvikelser, anmälningar och tillbud

53 stycken statistikförda avvikelser under 2019, varav 3 är relaterade till läkemedel eller behandling. Färre missade läkemedelssigningar och färre avvikelser gällande leverans och logistik har bidragit till en sänkning av avvikelserapportering jämfört med 71 st avvikelser 2018. Det finns bara en avvikelse som gäller miljö, vi har påpekat för medarbetare att tänka på att vi nu också för avvikelsestatistik rörande miljö. Detta kommer att ses över under 2020, vi kommer att arbeta för att undvika underrapportering av avvikelser. Vi har under 2019 tillsett att de externa kontroller vi har där vi får avvikelser förs in i avvikelssystemet. Vår socialpedagog har nu ansvaret för att gå igenom de avvikelser som inkommer och analysera dessa utifrån mallar i Secura Nova och med hjälp av VC.

Tillsyn och inspektion

- NÄRF Brandskydds kontroll 2019-08-15, Vid uppföljning 2019-11-04 godkänns åtgärderna.
- IVO kontroll av lagar, förordningar och föreskrifter följs samt att verksamheten har god kvalitet. 2019-12-10
- Extern läkemedelsgenombgång Apoteket, 2019-04-03

Nya lagar, föreskrifter och allmänna råd

En laggenomgång har genomförts, för att tillse att Högsätters rehabiliteringshem följer de bindande krav som kommer med lagar och föreskrifter. Vi har under 2019 fortsatt arbetet med att koppla rutiner och arbete i verksamheten till Notisum. Vi har en ständigt pågående genomgång av alla lagar, hur de påverkar oss och hur vi efterlever dem. Vi genomför årligen genomgång för efterlevnad samt tillförsäkran att det finns verifierat för efterlevnad. Att barnkonventionen blev lag 1/1 2020 var inget som påverkade oss direkt men något som vi har uppmärksammat i verksamheten och vidare kommer att uppmärksamma genom information till våra brukare och medarbetare.

Mål och strategier för 2020

- Arbeta med utemiljön under 3 år
- Utbildning behandling missbruk högskolenivå 3 år
- Förberedelser för ISO 45001 Arbetsmiljöcertifiering under 2020 och 2022
- Byggnation av nya boendelägenheter kommer att genomföras under en period av 2 år
- Införande av IBIC i hela verksamheten

Mål och strategier för kommande år

Miljö 2020

- Minska matsvinnet
- Öka andelen ekologiska matvaror i köket
- Öka andelen vegetariska måltider som serveras.
- Byta från dieselbil till el bil
- Systematiskt byta ut förbrukningsmaterial mot artiklar som går att återanvända vid inköp tänka livscykelperspektiv.
- Skapa ett inhägnat område för återvinning under en 3 års period

Patientsäkerhetsberättelse

Det här är patientsäkerhetsberättelsen för Högsäters rehabiliteringshem året 2019. Här berättar vi om vårt patientsäkerhetsarbete under året, och några exempel på vårt omfattande arbete för förbättrad kvalitet. Patientsäkerhetsberättelsen är till för att ge en inblick i hur vi arbetar med att ständigt förbättra verksamheten detta för att möjliggöra en så bra vård och boende som möjligt för brukaren.

Vi vill att ett högt säkerhetstänkande ska prägla hela vår organisation och allt vi gör. Allt kan vi inte beskriva i den här texten, men vi hoppas kunna ge en övergripande bild av hur vi arbetar med dessa frågor.

Några exempel på vad du kan läsa om i skriften är:

- Hur vi arbetar med patientsäkerhet i organisationen
- Hur vi följer upp arbetet i vår organisation
- Urval av de resultat som uppnåtts
- Hur vi identifierar och hanterar vårdskador
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur vi arbetar för att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbete.

Vi hoppas att du ska uppskatta den här sammanställningen, och att den ska ge en bild av hur vi arbetar med säkerhetsfrågor utifrån vår värdegrund.

Helen Svensson
Verksamhetschef

Övergripande mål och strategier

God kvalitet i vården innebär att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik. Vi på Högsätters rehabiliteringshem uttrycker i vår värdegrund, som är framtagen av Svenska vård, synen på vårt förhållningssätt gentemot brukare, omvärld och varandra. Vi arbetar med ständiga förbättringar och vi strävar mot ett processorienterat arbetssätt. I verksamhetsplanen uttrycker vi de långsiktiga mål vi har och de strategier vi har för att nå dem. I vår verksamhetspolicy lyfter vi vårt mål att ge ”brukaren rätt stöd på rätt sätt så att brukaren kan utvecklas i sin egen takt utifrån sina egna resurser och de resurser som finns i den omgivande miljön, samt bidra till att brukarens rättigheter i samhället bevakas”. Vi formulerar varje år övergripande mål i vår verksamhetsplan. De mål som årligen sätts för kvalitet och patientsäkerhet innefattar nationella krav, uppdrag på kommunnivå, brukares och anhörigas åsikter och önskemål och våra egna prioriteringar, behov och krav.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschef ansvarar för att det bedrivs ett strategiskt patientsäkerhetsarbete i organisationen. Samt ansvarar för att gällande författningar, riktlinjer och rutiner följs för verksamheten. Vi har under 2019 fortsatt arbetet med Notisum för att försäkra oss om att vi är uppdaterade gällande lagar och föreskrifter. Patientsäkerhetsarbete och regelbundenhet i möten för alla yrkeskategorier är en viktig grund gällande patientsäkerheten i verksamheten. Den övergripande uppgiften är bland annat att identifiera vanliga och allvarliga risker som kan uppstå eller uppstått i verksamheten, och att initiera åtgärder för att minska och eliminera dessa risker. Verksamhetschef tillsammans med patientsäkerhetssamordnare har bland annat till uppgift att analysera och hantera avvikelser rapporterade i verksamhetens system för avvikelserapportering. Vi noterar alla avvikelser i avvikelssystem i Secura Nova, eventuella anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria noteras också i detta system. Årligen vid ledningens genomgång utförs en granskning av verksamheten samt eventuell Lex Maria anmälan och vilka åtgärder som vidtagits i anslutning till inträffade händelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Uppföljning av verksamheten sker fortlöpande mellan rehabiliteringshemmets verksamhetschef, ledningen, personalen i verksamheten, brukaren och kunden (kommun). Det centrala i uppföljningen är verksamhetens verksamhetssystem innehållande mål vilka är med och utvecklar verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Personal är med och arbetar

fram förbättringar i våra återkommande internrevisioner halvårsvis. Den årliga externa revisionen är också en viktig del i uppföljningen och utvärderingen av verksamheten.

Vi arbetar nu med att införa IBIC i vår verksamhet som vi tror kommer att stärka brukarens röst och tydliggöra målsättningar. Med införandet av IBIC kommer vi också att få tillgång till statistik på hur brukare upplever sitt allmänna välmående. Vi har två processansvariga för införandet av IBIC som kommer att ha genomgång med all personal inklusive timvikarier. Vi använder GAF för att mäta brukares utveckling över tid. Denna visar att det under 2019 varit förbättringar, se kvalitetsberättelse. Många handläggare är mycket nöjda med den kommunikation som är mellan boendet och kommunen och tycker att det är hög kompetens hos personalen på boendet. Under 2019 har IVO haft en inspektion av verksamheten, vi har inte fått återkoppling på den ännu men förväntar oss att få tips och råd på hur vi ytterligare kan öka kvalitet och patientsäkerhet.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits under 2019

Vilka åtgärder som genomförts för ökad kvalitet och patientsäkerhet

Patientsäkerhetsarbetet har följt den struktur som beskrivits i tidigare stycke under år 2019. För flertalet av de kvalitetsmål som ingår i rehabiliteringshemmets uppdrag kan god kvalitet ses, även i de fall då brister uppmärksammats. Vi arbetar ständigt med att utveckla och förbättra kvaliteten i verksamheten. Vi vill lyfta fram några exempel på kvalitets- och säkerhetsarbete som skett under året:

Varje morgon har alla personalkategorier i verksamheten möte, här framkommer risker och incidenter som kan påverka patientsäkerheten. Bedömning görs direkt av ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef och andra berörda befattningar om lämplig åtgärd. Vi har under 2019 anställt en socialpedagog och en arbetsterapeut som vi tror kommer vara med och öka kvalitet och patientsäkerhet.

Under året har justeringar av verksamhetssystemet genomförts för att ytterligare förbättra och justera rutiner och mål så att de motsvarar verksamhetens behov och följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. SOSFS 2011:9

Vi har under 2019 gått en utbildning i lågaffektivt bemötande för att ytterligare stötta personal att möta våra brukare på ett professionellt sätt som motverkar våld. Vi har en webbaserad utbildning i Basal hygien där all personal genomgår kursen och avlägger ett prov som en del i in-

troduktionen på arbetsplatsen. Vi har en hjärtstartare som finns tillgänglig vid akuta situationer.

Det finns loggar över vem som har varit inne i datasystemet och när, det finns också loggar i SecuraNova över roller och när anställda har varit inne i journalsystemet. Vi har under året fortsatt arbetat med att anpassa och använda Journalprogramet för att följa de lagar som finns om utvärdering kvalitetsgranskning och uppföljning. På FS-data har vi backupp en gång per dygn och en datamiljö som gör att onödiga och långvariga serverstopp kan undvikas. FS data och Secura Nova har en väl fungerande support och personalen vet hur de skall komma i kontakt med den.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Vi bedömer fortlöpande risken för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Detta görs på de morgonmöten som hålls, det görs i arbetsmiljöarbetet de arbetskyddsronder som genomförs årligen med ett regionalt skyddsombud och i den avvikelshantering som genomförs. Genomgång av avvikelser är en stående punkt på de personalmöten som hålls var tredje vecka. Vår klagomåls- hantering möjliggör också identifiering av risker. Vi har rutiner för att dokumentera och analysera risker.

De boende har brukarråd var tredje vecka där trivsel och miljö är en stående punkt.

Vi har under året fortsatt arbetet med att få dokumentationen omkring in och utskrivning av brukare att bli tydlig. Vi kommer att arbeta vidare med tydligheten gentemot uppdragsgivaren för att om möjligt få tillgång till allt material av betydelse innan inflyttning. Det finns en lista över vad vi behöver ha tillgång till för att kunna påbörja en insats, denna lista delges uppdragsgivaren vid placeringsbeslut.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

År 2019 gjordes ingen Lex Sarah anmälan. Vid händelseanalys följer vi rutiner i verksamhetssystemet, *rutin riskhantering* 10.6, *arbetsgång riskhantering* 10.7, samt arbetsgång avvikelserapporter och risker. Ansvarig för detta arbete är verksamhetschef.

Uppföljning genom egenkontroll

Högsätters rehabiliteringshem utför olika mätningar som genomförs av verksamhetschef. Årligen utförs revision av Intertec för att säkerställa att verksamheten håller hög kvalitet och ständigt utvecklas. Brukarenkäter och enkät anhörig, god man och förvaltare genomförs årsvis för

det egna förbättringsarbetet. Våra brukare är generellt mycket nöjda med bemötandet och med helhetsintrycket av vården, men det framkommer också områden där vi på olika sätt kan förbättra oss. Under året har vi utfört mätningar genom att mäta psykiskt mående GAF. Resultaten av uppföljningen och egenkontrollen presenteras i verksamhetsberättelsen, samt i ledningens genomgång.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Högsäters rehabiliteringshem samverkar med ett stort antal externa aktörer inom landsting och kommunal verksamhet. Viktiga forum är de regelbundet återkommande vårdplaneringsmötena där förutom brukaren, företrädare för kommunen, landsting och anhörignätverk kan delta. Vi har under 2019 skapat rutiner för att kunna kalla till SIP då det bedöms kunna Varje brukare har en egen kontaktperson som skall vara behjälplig med att navigera i vården och med myndighetskontakter, om brukaren har ett hjälpbehov eller inte alls själv klarar att sköta dessa kontakter motiveras och stöds brukaren till att ansöka om god man eller förvaltare. Vi har under år 2019 kallat till flera SIP möten. Samverkan med externa aktörer sker i enlighet med verksamhetssystemet.

Risakanalys

Risakanalys genomförs i verksamheten för att minimera risker, för att en brukare ska drabbas av en vårdskada. Riskanalyser genomförs inför planerade förändringar och riskområden i behov av fördjupad analys uppmärksammas i samband med händelseanalyser enligt modell i verksamhetssystemet. Övergripande riskanalyser genomförs av all personal som delger sina observationer och analyser till verksamhetschef, ansvarig sjuksköterska samt övrig berörd personal. År 2019 har vi fokuserat extra mycket på delaktighet i aktivitet och egna målsättningar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering avvikelser, tillbud sker enligt rutin i verksamhetssystemet. All personal är skyldig att skriva avvikelse eller tillbudsrapport då insatser uteblivit som direkt eller indirekt har betydelse för brukare. Avvikelse- eller tillbudsrapport skall skrivas om en insats ej utförts i enlighet med verksamhetssystemets rutiner. Om händelse inträffar som kan leda till arbetsskada och vid incidenter mellan boenden. Avvikelse- rapporten skall innehålla beskrivning av avvikelsen, åtgärd vid avvikelse- tillfället/upptäckten samt ett förslag på åtgärd för att förhindra att avvikelsen sker igen.

Avvikelse- eller tillbudsrapport som skrivits analyseras av VC i samarbete med socialpedagog i vårt journalsystem Secura Nova. I de fall

åtgärd krävs tillsä VC eller socialpedagog att en åtgärd utformas i annat fall avslutas rapporten. Åtgärden genomförs, därefter sker en uppföljning av åtgärden vilket leder till att rapporten avslutas. All avvikelsetillbuds rapportering gås en gång om året igenom av ledningen för att möjliggöra förbättringsåtgärder. Avvikelse rapporteringen har minskat något under 2019.

Högsätters rehabiliteringshem har i verksamhetssystemet säkerställt att följande styrande dokument finns:

- Rutin för att anmäla till myndighet i enlighet i gällande författningar
- Rutin att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna samt följa upp vidtagna åtgärders effekt
- Rutin att sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshantering till personal och andra berörda
- Rutin för att använda erfarenheterna från avvikelshantering i det förebyggande riskarbetet

Avvikelser

Under året 2019 har 53 avvikelser rapporterats in. Avvikelse rapporteringen tillsammans med förbättringsförslag och synpunkter och klagomål ett av våra viktigaste underlag för förbättringsarbete, där vi kan göra särskilda satsningar på de problemområden som framkommer, och följa upp om de insatser vi gör ger önskat resultat.

Klagomål och synpunkter

Det finns olika vägar för våra brukare och närstående att höra av sig med synpunkter och klagomål. Många hör av sig direkt till verksamheten och ärendet hanteras då av verksamhetschef och medarbetare. Andra hör av sig till handläggare i kommunen via telefon eller e-post, och ärendet skickas sedan vidare till verksamheten. Alla brukare och närstående får återkoppling på sina synpunkter. Det finns möjlighet att skicka klagomål och synpunkter direkt från vår hemsida. Blanketter för klagomål och synpunkter finns också att tillgå vid huvudingång med låst låda att lägga dessa i. En vidareutveckling av denna hantering och utformning sker kontinuerligt i vårt kvalitetsarbete.

SFS 2017:372 Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, är en lag som vi nu har att förhålla oss till, kommunen och landstinget har ansvar att tillse att Patientnämnder finns för att stötta våra brukare att klaga på hälso- och sjukvården som bedrivs hos oss och hos andra vårdkontakter som de har. De kan också vända sig direkt till oss, då kommer det att hanteras i vårt system för synpunkter och klagomål.

Sammanställning och analys

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Analys sker kontinuerligt i avvikelssystemet och går igenom under ledningens genomgång.

Samverkan med patienter och närstående

Vi arbetar kontinuerligt med att bjuda in brukare och närstående i det löpande patientsäkerhetsarbetet. Vi har brukarråd var tredje vecka där frågor omkring miljön och medverkan från brukare i framtagande av informationsmaterial, vid händelseanalyser och i förbättringsarbete är något som vi vill utveckla mera! Vi har barnombudsmän på Högsäters rehabiliteringshem, om en brukare som flyttar in hos oss har minderåriga barn, har de ett extra ansvar att deras behov tillses samt ansvarar för att upprätthålla hög kompetensnivå förankrad i senaste forskningen inom området. Vi har under året beslutat att ha en stående inbjudan till anhöriga och god man för att göra det möjligt att komma och hälsa på under ordnade förhållanden och få en inblick i arbetat på Högsäters rehab.

Resultat

2019 har kommuner, anhöriga god man/förvaltare samt brukare deltagit i mätningar gällande hur väl Högsäters Rehabiliteringshem motsvarar förväntningarna, frågor som behandlas är bland annat boendemiljö, vård, omsorg och bemötande. SIL genomför årligen en mätning, kvalitetsindex, 8.0 är vårt medelvärde från den mätningen. Brukarenkäter har gett ett medelvärde på 7.7 och enkäten till anhöriga och god män gav 9.31 i medelvärde. Alla medelvärden har ökat.

Mål och strategier för 2019 som har genomförts

- Utbildning kock allergier och livsmedelshygien
- Att göra en brukarenkät man kan skicka till dem efter ca ett halft år efter att de flyttade från Högsäter's rehab.
- Kartläggning av intresseorganisationer funktionsnedsättningar
- Utbildning lågaffektivt bemötande
- Anställa socialpedagog för att bredda kompetensen
- Utbildning socialrätt BVC

Övergripande mål och strategier för 2020

- Utbildning av personal i PTSD
 - Utbildning HLR
-

- Införande av IBIC
- Installation av larm i varje rum, gemensamhetsutrymmen och gemensamma toaletter.

Informationssäkerhetsberättelse

Enligt SOSFS 2008:14 ska vårdgivaren utse en eller flera personer som ska ansvara för informationssäkerhetsarbetet. I vår verksamhet har det under 2019 varit VC i samarbete med biträdande verksamhetschef och dataskyddsombud.

Den eller de som har fått denna uppgift ska minst en gång om året rapportera vilka

1. granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyen,
2. riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten, och
3. förbättringsåtgärder som har vidtagits.

1.1 Policy

informationssäkerhetspolicy är reviderad under 2019 och tjänar också som analys av dataskyddsarbetet. Rb-06-07

1.2 Ledningssystem

Informationssäkerhetsarbetet har under året varit en naturlig del av verksamhetssystemet och varit till stor hjälp i frågor som rör informationssäkerhetsarbetet. Vi önskar sträva efter ISO 27001 för att närma oss en standard. Vi har ett utbildat dataskyddsombud som har en stödande roll i arbetet med informationssäkerhet.

1.3 Handlingsplan informationssäkerhet 2019

Förutom att arbeta fram regler och rutiner så har en viktig åtgärd varit att genomföra kontinuerlig grundläggande utbildning av personal. Personal har fått kontinuerlig information och utbildning i datasystemet och de rutiner som arbetats fram. Det finns ett motstånd mot att införa digitalt bokningssystem, vi avvaktar därför denna målsättning. Det som återstår är att implementera användandet av modulen i verksamheten under 2020.

All personal har tagit del av informationssäkerhetspolicyen, all ny personal får genomgång av informationssäkerhetsmaterialet. Vi har under året 2019 också vidtagit åtgärder baserade på riskanalyser av händelser och avvikelser. Vi har under 2019 fortsatt arbetet med kravanalys där det tydligt framgår vilka avtal vi har och vilka krav det ställer på oss. Vi har också under 2019 fortsatt arbetet med Notisum för att koppla rutiner

och andra verifikat att gällande lagar och föreskrifter efterföljs samt information om ändringar och nya lagar.

Det finns krav på att säkerställa att behörigheten är begränsad efter behov, rutiner och mallar är skapade för att säkerställa att rätt behörighet ges till rätt person. Loggning sker en gång i kvartalet och personalen är informerade om att det sker under personalmöte och utbildningar. Ny personal får information om loggning vid introduktionen, introduktionsmall finns. En målsättning för 2019 har varit att personal skall kontakta supporten vid problem själva, detta har skett i större utsträckning.

1.4 Behörighetshantering

Vårdgivaren ska även ha rutiner för kontroll av elektronisk åtkomst till patientuppgifter (åtkomstkontroll), vi har under 2019 utfört 2 kontroller utan anmärkning. All ny personal som har tillgång till patientuppgifter och servermiljö är under 2019 en behovs och riskbedömning genomförd.

1.8 Incidenter och avvikelser

Under 2019 har rapporterats 1 avvikelse där informationssäkerhet angivits i orsakssammanhang. De upphåll i tillgång till FS-data har efter kontakt med support löst sig inom rimlig tid. Supportnummer och möjlighet till support finns redan i inloggningsrutan för Secura Nova. Vi har nu fått fiber installerat i hela verksamheten, det är en uppkoppling för personal i tjänst och en gästuppkoppling, dessa är separerade.

Högsätters rehabhem har ett högt IT-beroende och att även korta avbrott, driftstörningar ger påverkan i arbetet. Ett fortsatt arbete behöver göras för att på ett systematiskt och strukturerat sätt kunna arbeta med avvikelser i förebyggande och kvalitetssäkrande syfte.

1.9 Planerade och genomförda målområden för 2019

- Ny uppkoppling till sjunet
- Installation av fiber i huset är klar
- Ökad användning av supporten av all personal
- Lokala nätverk att koppla upp till internet för brukare och personal.

Mål för informationssäkerheten under 2020

- SITS kort till de anställda som behöver åtkomst till Sjunet
- Möjlighet att sända krypterade filer med material till handläggaren