



Patientsäkerhetsberättelse

Mälarbacken vård- och omsorgsboende

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

20-02-28

Agneta Hollingworth

Leila Bakhshi

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
MÄLARBACKEN VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	11
RESULTAT OCH ANALYS	12
Egenkontroll	12
Mål: 1 Måluppfyllelse- säker vård	13
Samverka i team.....	14
Evidensbaserad vård.....	15
Förbättringskunskap	17
Mål 2: måluppfyllelse- symtomkontroll- vid demenssjukdom och palliativvård	18
Durewall metoden	18
Mål 3: måluppfyllelse-förebygga undernäring	20
nattfasta < 11 timmar	20
Avvikelser	23
Klagomål och synpunkter.....	27
Händelser och vårdskador	27
Riskanalys	27
Mål och strategier för kommande år	28

Sammanfattning

Mål 1 Säker vård innefattar personcentrerad vård, informatik, samverka i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap

Mål 2 Symptomkontroll vid Demenssjukdom och Palliativ vård

Mål 3 Förebygga undernäring, minska nattfasta till <11 timmar samt förebygga ohälsa i munnen

Mål 4 Vidareutveckla akademisk nod, ta emot studenter på grund- o avancerad nivå, erbjuda en god lärande miljö samt att studenten uppnår lärandemålen för aktuell kurs/program. Kompetensförsörjning.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits är att mätningar, observationer och granskningar sker kontinuerligt och systematiskt genom egenkontroller. Verksamheten granskas både internt och externt och synpunkter och klagomål inhämtas från patienter, besökare, medarbetare och studenter. Resultaten analyseras och använd i förbättringsarbetet av verksamheten.

Arbetet med att registrera i kvalitetsregister visar att användandet ökar och teamarbetet är en förutsättning för att uppnå goda resultat med hög kvalitet. Genom att utarbeta tydliga uppdragsbeskrivningar och utse ombud för olika kompetensområden kan kunskap och arbetsmetoder implementeras i verksamheten. Kunskapsområden bevakas och utvecklas av medarbetare genom kompetensutveckling inom sin yrkesprofession.

De viktigaste resultaten som uppnåtts är att utdrag från kvalitetsregistren visar på ökad registrering och användandet av evidensbaserade åtgärder. Medelvärdet på nattfastan ligger under Socialstyrelsens rekommendation och är på en stabil nivå. Dietist konsulteras i komplexa patientfall för att motverka undernäring. Godkänd Silviacertifieringen gäller för tre år framöver. Studenter i verksamhetsförlagd utbildning (VFU) är nöjda och uppnår lärandemålen som är fastställda av högskolan. God kompetensförsörjning med fåtal vakanser. Resultaten från mätningar, observationer och granskningar ökar medarbetarnas delaktighet och ger möjlighet att påverka verksamheten vilket leder till en god arbetsmiljö. Verksamheten präglas av öppenhet och transparens.

Resultat i palliativa registret har förbättrats sedan tidigare år för både smärtskattning med validerat instrument och dokumenterad munhälsobedömning. En kvalitetsförbättring i journalföring med hälsoplaner, uppföljning samt utvärdering av insatta omvårdnadsåtgärder och patientens delaktighet har noterats.

Framtidsutmaningar

Säkerställa hållbara arbetssätt för att bibehålla de goda resultat som uppnåtts. Förbättringspotential för hantering av avvikelser. Fortsätta öka andelen registreringar i kvalitetsregistren så att det överensstämmer med patientjournal och avvikelsemodule i vård- och omsorgsdokumentationen (VoDok).

Med höga målsättningar ökar kraven på kompetens hos både medarbetare och ledning.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Mål

- Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och hög patientsäkerhet
- All personal inom verksamheten ska bidra till hög patientsäkerhet av god kvalitet genom att minska antalet vårdskador
- Arbeta förebyggande för att förebygga fall och fallskador, undernäring, trycksår, smittspridning, ohälsa i munnen, smärta, ångest och oro.

Strategier

- att delta i nationella punkt prevalens mätningar (PPM) kan resultaten från den egna verksamheten jämföras nationellt. Några exempel är följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt förekomst av trycksår
- Genom att utföra egenkontroller, verksamhetsuppföljningar, revisioner, kontroller och granskningar både interna och externa följs verksamheten upp kontinuerligt
- Genom att utreda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser minskar risken för återupprepning
- Registrera i nationella kvalitetsregister ger överblick över nuläge men också över tid
- Upprätthålla och utveckla kompetens hos legitimerad personal genom
 - Utbildningsinsatser
 - Deltagande vid nätverksträffar
 - Förbättring/utvecklingsarbeten
 - Forskningsanknytning, evidensbaserat arbetssätt
 - Handleda högskolestudenter, på grund- och specialistnivå

Organisation och ansvar

Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden ansvarar för en stor del av den kommunala servicen inom stadsdelsområdet och de förtroendevalda i stadsdelsnämnden beslutar vad som ska prioriteras för de kommunala verksamheterna inom området.

Stadsdelsförvaltningen

Stadsdelsförvaltningen ska genomföra nämndens beslut.

Stadsdelsförvaltningen har avtal med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien och smittskydds-enheten, Palliativt kunskapscenter (PKC) samt Apoteket AB och Medicinsk Fotsjukvård.

Verksamhetschefen

Verksamhetschef svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 (HSL). Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända, använda och att de integreras i det dagliga arbetet.
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- ska utifrån resultat på uppföljningar, analys av risker vidta adekvata åtgärder.
- ansvarar för att samverka och informera MAS/ MAR i frågor som rör hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) har ett övergripande ansvar för en god och säker vård enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80. MAS/ MAR är sakkunniga i hälso- och sjukvårdsfrågor och har en central roll i arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Dietist i kommunal verksamhet

Dietisterna arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldres nutrition och näringsbehov. Dietisten arbetar personcentrerat och utifrån ett SOL-perspektiv med rutiner, utbildning, handledning, mat-och måltidssituation samt dygnfasta och utifrån ett HSL-perspektiv där personlig nutritionsbehandling ges, för att säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande av äldre. Målgruppen innefattar främst personer med ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter eller undervikt med målsättning att individen ska få så god livskvalitet som möjligt sin sista tid i livet.

Dokumentationssamordnare

Handleder i vård- och omsorgsdokumentation (VoDok) utför granskningar för att följa utvecklingen och bedöma journalföringens kvalitet. Återkoppling till chefer på övergripande nivå och till den enskilde vid handledningstillfället.

Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvårdspersonal omfattas av ledningssystemet för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvalitén i verksamheten (SOSFS 2011:9). Kvalitetsarbetet ska integreras i det dagliga arbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska:

- arbeta förebyggande
- medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen
- följa MAS/ MAR riktlinjer och regler samt lokala rutiner
- rapportera risker och händelser i vården
- utföra egenkontroll

Omvårdnads personal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser. Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårds uppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har en samlad uppgörelse mellan kommun och landsting. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Överenskommelsen innefattar:

Samverkan med läkarorganisationen

Representanter för läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och chefer på Mälarbacken samverkar regelbundet

Medicinskt tekniska produkter (MTP)

Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel, så att endast hela och säkra produkter används.

Kostnadsfördelning av läkemedel

Gemensamt buffertförråd för läkemedel avsett att användas vid akuta behov som t ex. vid antibiotikabehandling eller vård vid livets slut. Dessutom finns gemensamt förråd för provtagning och medicinska behandlingar för att kunna utföra läkares ordinationer.

Samverkan nutritionsbehandling

Gemensamma riktlinjer för nutrition och arbetssätt finns i verksamheten. Upphandling av nutritionsprodukter som beställs via stadens upphandlingsverktyg (Agresso). Ett gemensamt förråd finns för standardprodukter för nutritionsbehandling via sond.

God läkemedelsanvändning för äldre

Genom att använda ordinationsverktyget (Pascal) för både ordination och iordningställande av dos samt beställning av orginalförpackning främjar en säkrare läkemedelsbehandling.

Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten sker med:

Apoteket AB, genomför apoteksinspektioner en gång om året där MAS deltar. Återkoppling via protokoll och vid inspektionstillfället vilket används i verksamheten för att stärka patientsäkerheten.

Vårdhygien, genomför hygienronder inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året. Genom avtalet med vårdhygien, har samverkan med verksamheten skett under året dels i specifika ärenden som smittspridning och hantering av multiresistenta bakterier men också genom utbildningsinsatser som föreläsningar. Vårdhygien erbjuder utbildningar till olika yrkesprofessioner

Tandvård

Samverkansmöten med kommunernas kontaktperson (MAS) för tandvårdsfrågor genomförs på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård en gång om året.

Patienters och närståendes delaktighet

Verksamheten bjuder in till anhörigmöten för respektive inriktning (somatisk och demens) där information om verksamheten delges och frågor kan besva-

ras. För att tillmötesgå önskemål av delaktighet i hälso- och sjukvårdsfrågor inbjuds närstående, om samtycke inhämtats, till att medverka vid sin anhöriges läkemedelsgenomgång. Medverkan kan ske digitalt utan att vara fysiskt på plats vilket underlättar närståendes möjlighet till delaktighet. Vid verksamhetens korttids/växelvård inbjuds anhöriga att delta vid vårdplaneringar och uppföljningar som sammankallas via biståndsenheten.

Boråd vänder sig till de boende på somatisk enhet som önskar mer information om verksamheten och möjlighet att ta del av strategiska frågor. I borådet finns även möjlighet för boende att framföra synpunkter och klagomål.

Ett månatligt informationsbrev tillgängligt för boende men som även skickas till närstående med nyheter och allmän information, i breven uppmanas till att lämna in synpunkter och klagomål.

Funktionsbrevlådor är installerat till varje enhet för att underlätta för anhöriga att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal i verksamheter rapporterar avvikelser och hälso- och sjukvårdspersonal registrerar inkomna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område samt alla fallolyckor som rapporteras i avsedd avvikelsemodul. Teamet med alla yrkesprofessioner informeras och gör en första analys och nödvändiga åtgärder utifrån händelsen sätts in. Händelsen och åtgärder journalförs och kontakter tas med läkare vid behov, närstående och patienten själv informeras om så är möjligt. Efter den första bedömningen av händelsen kontaktas biträdande enhetschef och MAS/MAR skyndsamt via telefon eller e-post om så är nödvändigt. Om analysen av händelsen visar att avvikelsen är allvarlig och inneburit en vårdskada eller risk för vårdskada ska MAS och/eller MAR informeras omgående. MAS/MAR gör sedan en utredning om en lex Maria anmälan ska ske. Biträdande enhetschef tar del av avvikelserna i avvikelsemodulen kontinuerligt enligt plan för egenkontroller. Både biträdande enhetschef MAR/MAS har tillgång till modulen.

Biträdande enhetschef kallar till kvalitetsråd 1 gång/m, som består av de yrkeskategorier som är berörda av händelsen. Därefter återkopplas till berörd personal i arbetsteamet och vid arbetsplatsträff till samtlig personal. Vid risk för att händelsen kan upprepas på annan enhet tar biträdande enhetschef upp händelsen vid gemensamt ledningsmöte, varje vecka. En processkarta finns utarbetat för att beskriva och förtydliga ansvarsfördelning. Vid behov görs en handlingsplan för att åtgärda brister.

Klagomål och synpunkter

Genom månadsbrev som enhetscheferna skickar ut till boende och anhöriga finns information om hur synpunkter och klagomål kan lämnas. Det finns ett flertal lådor där blankett med synpunkt eller klagomål kan lämnas, en länk har skapat via hemsida där det direkt går att skicka iväg en synpunkt. Inför varje tertialrapport sammanställs inkomna synpunkter och sorteras utefter olika områden som tillgänglighet, bemötande, kompetens, kontinuitet, information, handläggning, insatsens innehåll och annat.

Lokal rutin finns för lex Sarah i fall där avvikelser som gäller SoL skrivs av vårdpersonal och lämnas till ansvarig biträdande chef på berörd enhet. Chef gör en analys av händelsen tillsammans med berörda på enheten och sätter in eventuella åtgärder. Om händelsen bedöms som allvarlig kontaktar biträdande chef enhetschef som skickar ett underlag till kvalitetskontroller på stads-

delen som i sin tur gör en lex Sarah utredning. Om utredningen visar ett missförhållande eller risk för missförhållande skickas utredningen vidare till inspektionen för vård och omsorg.

Egenkontroll

Egenkontroll för:	Mälärbacken Vård och omsorgsboende	Mälärbacken SOMA	Källa
Dokumentation	4 ggr/år	4 ggr/år	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Delegering	1 ggr/år	1 ggr/år	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Loggkontroll	1 patient/1 personal/mån	1 patient/1 personal/mån	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Läkemedelsgenomgång m. symtomskattning	1 ggr/år + vid behov	1 ggr/år + vid behov	Läkarorganisation PHASE-20
Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	1 gång/år	1 gång/år	Protokoll
Basala hygienrutiner inkl klädrutiner	2 ggr/år	2 ggr/år	Protokoll
Hygienrond	utförd 2016	utförd 2016	Protokoll från Vårdhygien
Funktionskontroll MTP	Varje vecka/månad,	Varje vecka/månad,	MAS/MAR rutin
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	1-4 ggr/år, utifrån behov	Kvalitetsregister Dokumentation i journal
Nattfasta	2 gånger/år	2 gånger/år	Riktlinjer Socialstyrelsen Vodok journal
viktmätning	Var 3:e månad	Var 3:e månad	Kvalitetsregister/ Vodok journal
PPM mätning trycksår	2019	2019	Kvalitetsregister/ Vodok journal
smärtskattning	3 ggr/år samt enligt rutin	3 ggr/år samt enligt rutin	Kvalitetsregister/ Vodok journal
PPM-mätning Svenska HALT- vårdrelaterade infektioner och antibiotika användningen	1 gång/år 1 gång/år	1 gång/år 1 gång/år	Kvalitetsregister

Skyddsåtgärder	1-4 ggr/år, utifrån behov	1-4 ggr/år, utifrån behov	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Synpunkter/klagomål som rör hälso- och sjukvård	3 gånger/år, kontinuerligt	3 gånger/år, kontinuerligt	Lokal rutin, MAS/MAR,
Avvikelser	1 gång/månad Hälso- och sjukvård	1 gång/månad Hälso- och sjukvård	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Kvalitetsregister	3-4 ggr/år	3-4 ggr/år	Senior Alert, Palliativa, BPSD-registret
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	1 ggr/månad	1 gång/månad	Protokoll per enhet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Dokumentation

Verksamheten erbjuder handledning med stadens dokumentationssamordnare både enskilt eller i grupp. Genom kollegial granskning kan det egna lärandet ökas och en lärande organisation skapas. Genom att avsätta dokumentationstid där behov finns skapas förutsättningar för god patientsäkerhet.

Utbildningsinsatser - både i form av kurser, konferenser eller högskolestudier för-att ständigt kompetensutveckla och ge medarbetarna möjligheter att ta del av ny kunskap. Genom nätverksträffar förmedlas ny kunskap inom området samt möjlighet till reflektion

Silviacertifiering - en strategi för att alla olika yrkesprofessioner ska ha samma demenskunskap för att ge god demensomvårdnad till både patienter och närstående

Säker kompetensförsörjning - genom att ta emot elever, praktikanter och studenter på både grund- och specialist nivå. Även genom att synliggöra och öppna upp verksamheten för besökare, anhöriga, studiebesökare och forskare kan underlätta en god kompetensförsörjning.

Kompetensstege - ett verktyg som kan användas som inventering av behov vid rekrytering, vid medarbetarsamtal och som yrkesutövarens utvecklingsplan.

Mätningar/observationer/kontroller/granskningar - att delta i punktprevalensmätningar (PPM) ger struktur och legitimitet att granska sin egen verksamhet dessutom kommer resultatet direkt till lokalnivå och de egna resultaten kan jämföras på nationellnivå. Observationer, kontroller och granskningar som medarbetarna själva gör, verksamhetsnära egenkontroller ger möjlighet till snabb återkoppling och medarbetarna är själva involverade och kan komma med lösningar. Externa granskningar som revision av läkemedelshandtering, återkoppling och protokoll används i förbättringsarbetet för ökad patientsäkerhet.

Kvalitetsregister - att prioritera arbetet med att registrera och göra riskbedömningar i kvalitetsregister ger struktur och vägledning mot evidensbaserade omvårdnadsåtgärder.

Enkäter - genom att efterfråga boendes, närståendes, medarbetares och studenter synpunkter om verksamheten kan leda till förbättringar i kvalitet och säkerhet.

Ombud - att vara ombud för ett ämnesområde kräver kunskap och engagemang. Det är ansvarig chef som utser ombuden. Varje ombudsområde har en uppdragsbeskrivning som tydliggör ansvarsområde och befogenhet. Ombuden för respektive ämnesområde träffas i nätverksgrupper för stöd och handledning tillsammans med utsedd chef. Expertrådgivning kan ske genom konsultation med t ex vårdhygien, dietist eller representant för kvalitetsregister.

Kvalitetsråd

Finns på varje enhet, för snabb återkoppling på avvikelser. Bevakning av rapporterade händelser har genomförts månadsvis. Det ger möjlighet att se trender över avvikande händelser i verksamheten. Biträdande enhetschef utgår från avvikelsemodulen och kallar månatligen de yrkesprofessioner som behövs för genomgång, analys och åtgärder.

Risikanalys

Risikanalys avseende bemanning, hur patientsäkerheten säkerställs inför sommarens semesterperioder samt längre sammanhängande ledigheter för yrkesspecifika grupper som inte är schemalagda t ex vid jul- och nyårshelger har begärts in av MAS och MAR. Dessa har följts upp efter perioderna på ledningsnivå och analyserats tillsammans med läkarorganisationen och specifika yrkesgrupper. Erfarenheterna sammanställs och ligger till grund för nästa års planering.

Risikanalys för extrem hetta görs inför sommarperioden och förmedlas till vård- och omsorgspersonal.

Utredning av händelser - vårdskador

Under verksamhetsåret har 2 avvikelser anmälts till IVO enligt Lex Maria. I den ena händelsen kom det till ledningens kännedom att följsamheten till att arbeta med säker läkemedelshandlingen enligt rutiner och riktlinjer inte följdes, vilket uppmärksammades då en förväxling skett.

I den andra händelsen uppstod en vårdskada i samband med hantering av hjälpmedel utomhus. I utredningen framkom ett behov av åtgärder för att händelsen inte ska upprepas.

En händelse har utretts internt men har inte bedömts som risk för vårdskada. Polisanmälan är gjord och utredning har skett från Polismyndighet. Utredningen har lett till att hantera erfarenheten av händelsen i en riskanalys och en uppdatering av lokalrutin kommer att ske.

Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför verksamhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid avvikelser sker utredning gemensamt av verksamhetschef och MAS. Loggrapporter arkiveras på enheten. Inga avvikelser har rapporterats.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts månadsvis som sammanställer och analyserar samt återkopplats till MAS/MAR och berörd. Loggrapporter arkiverats på enheten. Inga avvikelser har rapporterats.

Journalgranskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring utifrån lagstadgade krav genomförs två gånger per år. 14 journal väljs slumpmässigt

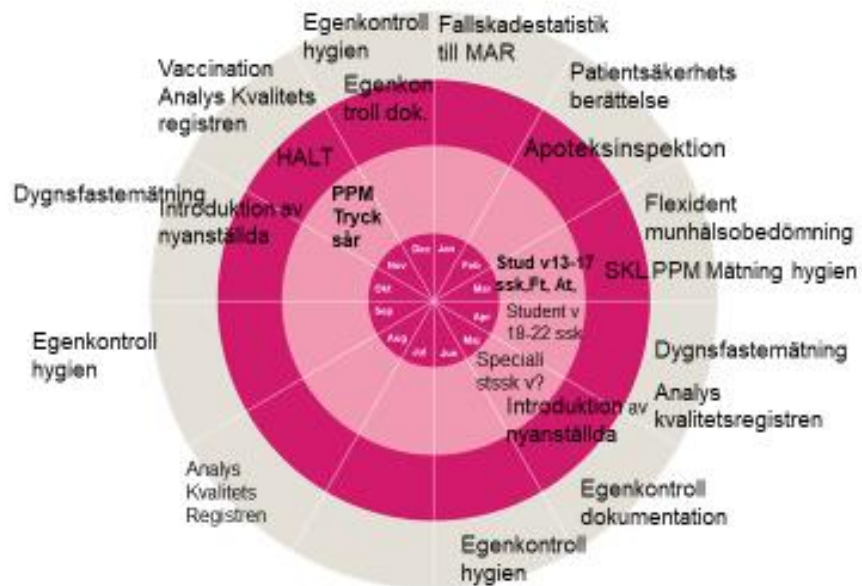
ut och granskas utifrån en mall som syftar till att belysa kvaliteten och utvecklingen av följsamheten till dokumentationens regelverk. Dessutom sker egenkontroller (10 % av alla journaler) i form av kollegialgranskning två gånger per år. Resultaten sammanställs och analyseras, vid behov görs en handlingsplan

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Figuren är en översikt av hälso- och sjukvårdsåtgärder som genomförts under året.

Aktiviteter HSL 2019



Mål 1	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
<p>Säker vård</p> <ul style="list-style-type: none"> - personcentrerad vård - informatik - samverka i team - evidensbaserad vård - förbättringskunskap 	<p>Hög andel HSL-personal</p> <p>Digitalisering</p> <p>Kompetensutveckling</p> <p>Teamarbete</p> <p>Utvecklingsarbete</p> <p>Tydlig inskrivningsprocess</p>	<p>Utbildning/kurser</p> <p>Silviacertifiering</p> <p>Kompetensförsörjning</p> <p>Kompetensstege</p> <p>Mätningar, granskningar</p> <p>Observationer/Kontroller</p> <p>Riskbedömningar</p> <p>verksamhetsuppföljning</p>	<p>Utbildningsnivå inom vårddyrken 90-95%</p> <p>God bemanning/få vakanser under året</p> <p>SeniorAlert mätningar har ökat</p> <p>456 antal registrerings</p> <ul style="list-style-type: none"> - 95 % med risk - 94% planerad åtgärd - 69% utförd åtgärd 	<p>Att kontinuerligt utbilda personal och ge mer ansvar leder till kunskapsutbyte och en lärande organisation</p> <p>Delaktighet i mätningar/kontroller leder till att intresset för resultat ökar och att medarbetaren ser att de kan påverka utfallet.</p> <p>Kunskap leder till engagemang</p>

<p>Mål 2 Symtomkontroll vid <u>Demenssjukdom</u></p> <p><u>Palliativ vård</u></p>	<p>Strategi/er Kvalitetsregister (BPSD) (Palliativ) BPSD administratörer</p> <p>Palliativa ombud</p>	<p>Åtgärd Utbildning/kurser Durewall 7 Ny examinerade Silvia- sstrar Nätverksträffar Genomgång av 50 bemö- tandeplaner i BPSD- registret Uppdragsbeskrivning Dokumentationsgranskning under sökorden för pallia- tivvård</p>	<p>Resultat Silvia certifiering incident anmälningar har minskat God kvalitet på bemö- tandeplaner i BPSD- register Följsamhet till rutiner, - antal utförda smärtskatt- ningar har ökat -antal munhälsobedöm- ningar har ökat</p>	<p>Analys Tydliga mål ger mät- bara data och synliggör brister i verksamheten. Lokala rutiner skapar struktur uppdrag ger mandat och möjlighet gemen- sam kollegor att driva på utvecklingen mot uppsatt mål</p>
<p>Mål 3 Förebygga undernäring</p> <p><u>Minska nattfasta <11 h</u></p> <p><u>Förebygga ohälsa i mun- nen</u></p>	<p>Strategi/er Fokusområde på mat och måltider Måltidsobservationer Mäta nattfasta Kvalitetsregister</p>	<p>Åtgärd Uppdatera lokala rutiner Mätning av kasserad mat Observation Enkät Nätverksträff Utbildning Granskning av genomföra- ndeplaner SoL</p>	<p>Resultat Medelvärde för nattfasta <11 h andel nybesök av dietist har ökat högt antal utförda mun- hälsobedömningar av sjuksköterska</p>	<p>Analys Mat- och måltiden har varit ett fokusområde med bl a dietister som arbetat med SoL- aktiviteter. För att nå goda resultat inom nutritionsområdet krävs samverkans insatser både inom SoL och HSL</p>
<p>Mål 4 <u>vidareutveckla akade- miska noden</u></p> <p>Genom att: ta emot studenter på grund- o avancerad nivå erbjuda en god lärande miljö studenten uppnår läran- demålen för aktuell kurs/program</p>	<p>Strategi/er Samarbete med Högskolor, Äldreför- valtning, Stockholms Stad Samarbeta i nätverk Adjungerad klinisk adjunkt tjänst, 50% Tydlig VFU-process</p>	<p>Åtgärd Handledarutbildning 7.5 hp Handledarträffar Akademisk inspirationsdag Enkät till studenter Studiebesök på förvaltning IPL-lärande aktivitet (interprofessionell läraaktivi- tet)</p>	<p>Resultat Mottagande av studenter i VFU för arbetsterapeut, fysioterapeut, sjukskö- terska grundutbildning, sjuksköterska specialist- utbildning har skett enligt överenskommelse Nöjda studenter Kompetensförsörjning</p>	<p>Analys att tillhandahålla ut- bildningsplatser för HSL-personal på ett strukturerat sätt leder till både utveckling av den egna yrkesprofess- ionen och återväxt genom anställning i verksamheten</p>

Mål: 1 Måluppfyllelse- säker vård

Personcentrerad vård

En hög utbildningsnivå stärker förutsättningarna för att uppnå en säker vård. Mälarbackens utbildningsnivå är 90 % (somatisk) och 95 % (demensinriktning). I verksamheten finns vidareutbildad hälso- och sjukvårdspersonal med specialist kompetens. Under verksamhetsåret har medarbetarna deltagit i internutbildning, produktinformation, föreläsningar, introduktionsutbildning samt studerat vid högskolor.

Att samverka i team är en väl inarbetad modell på Mälarbacken både i omvårdnadsfrågor men också i utbildningssammanhang och vid handledning av studenter. Den multiprofessionella kompetensen tas tillvara genom samverkan i ombudsverksamhet som t ex palliativa- och anhörigombud och dokumentationshandledare visar på bredden av områden där teamsamverkan sker.

För att inkludera patienten och närstående som likvärdiga parter i omvårdnaden krävs ett öppet synsätt och en transparent organisation för att möjliggöra att patient och närstående upplever att bli sedda, trodda och hörda. Teamarbetet bygger på att alla parter är lika viktiga och att alla professioner tar ansvar för sitt kunskapsområde. I dokumentationsgranskning har patientens delaktig-

het ökat och blivit mer synlig. Alla anhöriga erbjuds att vara delaktiga vid läkemedelsgenomgång om deras närstående samtyckt.

Informatik Patientsäkerhet/digitalisering:

Dokumentationshandledarna som är Hsl-personal på Mälarbacken och som har mer specifika kunskaper utför egenkontroll av vård- och omsorgsjournalen, VoDok. I uppdraget ligger också att utveckla dokumentationen, introducera nya medarbetare, påtala brister samt bevaka kunskapsområdet. De handleds av dokumentationssamordnare som finns att tillgå inom stadsdelen. På en somatisk och en demensenhet har införandet påbörjats med en så kallad "Att Göra Lista" kopplat till journalsystemet VoDok. Listan hämtar ordinationer som finns inlagda i systemet och som ska utföras av tjänstgörande hsl-personal. En del frågor om hur säkerheten ska garanteras har diskuterats under året och arbetssättet är fortfarande under test. Detta är ett steg mot ökad digitalisering och målet är ökad patientsäkerhet, arbetet fortsätter under 2020.

För att överbygga brister vid informationsöverföring i kontakter med andra vårdgivare används Nationell patientöversikt. NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra regioner, kommuner eller privata vårdgivare. Det används t ex när patienten vårdats tillfälligt på sjukhus och kommer åter till boendet, för att säkerställa kommunikation och patientsäkerheten.

Kontinuerlig översyn och besiktning av medicinskteknisk utrustning av befintligt bestånd resulterade i nyinvesteringar. Som t ex nyinköp av vårdsängar, madrasser, lyftselar, duschstolar, mobil-golvlyft, transporttrullstolar har skett under verksamhetsåret.

Arbetet med implementering av kompetensstegen för legitimerad sjuksköterska fortsätter. Stegen syftar till att arbetsgivaren kan få en överblick över vilken kompetens som finns i organisationen och vid nyrekrytering se vilka kompetenser som behöver stärkas. För den enskilde sjuksköterskan kan den vara en vägledning för egen kompetensutveckling.

Vissa enheter använder e-tjänsten "nollvision undernäring" som finns att ladda ned via smartphone, surfplatta eller dator. Den kan användas som ett verksamhetsstöd för att förebygga och minska undernäring, e-tjänsten innehåller bilder, tips och recept. Även läkemedels "appar" finns att tillgå för att underlätta arbete. Utvecklingen går mot ökad digitalisering men många system sker parallellt beroende på att de inte kan samköras eller ersättas pga sekretess mellan vårdgivare eller att patientens medgivande saknas. Den ökade digitaliseringen resulterar i att vårdpersonal måste hantera både traditionella äldre system som blanketter och pärmar med dokument samtidigt som olika e-tjänster tillkommer. Utveckla reservrutiner som måste finnas när tekniken inte fungerar eller vid el-avbrott. Den ökade digitaliseringen kräver också utrustning och supportfunktioner som motsvarar kraven på mängden arbete som ska utföras digitalt.

Samverka i team

Teamsamverkan är ett inarbetat arbetssätt på Mälarbacken. Interprofessionellt mellan och tillsammans med yrkesprofessioner vid olika mötesföreläringar är ett naturligt arbetssätt som t ex vid inflyttning av ny boende eller avvikelshandläggning, flödesscheman finns för att förstå processerna med alla olika delar som

samverkar. Även studentaktiviteter sker interprofessionellt med utgångspunkt i studenternas lärandemål för teamarbete.

Samverkan med läkarorganisationen sker kontinuerligt både lokalt och på central nivå med chefer från respektive organisation. Samverkansavtal med aktörer som är involverade i korttidsvården är ett resultat av avvikelser i samband med in/utskrivning där kommunikationen inte fungerat optimalt mellan vårdgivarna. Vid allt kortare vårdtider finns behov av att ännu bättre samverka med primärvård för att säkerställa att hemflyttning upplevs tryggt för patienten och närstående.

Evidensbaserad vård

Totalt i verksamheten finns 282 platser, 265 är permanenta lägenheter, varav 100 med somatisk inriktning och 139 med demensinriktning samt 26 platser profilboende med inriktning psykiatri. Därutöver finns 17 platser för växelvård, avlastning samt korttidsvård. Det finns även en dagvårdsverksamhet med ca 30 besökare inskrivna.

Antal nyinflyttade	Demens	somatik	profil	Korttidsvård	Totalt
2018	51	43	x	x	94
2019	44	77	5	97	223

Nyinflyttning har ökat under året framförallt till somatiska enheter samt till korttidsvården. På dagverksamheten har antalet nya besökare också ökat. Nyinflyttning/inskrivning är resurskrävande och en tydlig inskrivningsprocess som beskriver varje yrkesprofessionens insats krävs för att säkerställa att vårdkedjan håller ihop. Vid ökad genomströmning finns risker att fel och brister uppstår i den komplexitet som är vid nyinflyttning eller inskrivning. Ett sätt för att minska risken för vårdskador är att registrera i kvalitetsregister som är kunskapsstyrande och säkerställer att evidensbaserade åtgärder används. I kvalitetsregistret Senior Alert har det totala antalet registreringar ökat för de som flyttar in permanent. För de som vistas på korttidsplats är vårdtiden oftast 14 dagar och därmed för kortvarig för att registreras.

Användandet av kvalitetsregistret ökar och driver på utveckling av evidensbaserad vård i positiv riktning. Eftersom 96 % av de boende har en eller fler identifierade hälsorisker är teamarbetet en viktig del av vården för de allra sjukaste äldre som bor på vård- och omsorgsboende.

En av riskerna som screenas är tryckskada som bedöms med instrumentet Norton. Om en risk leder till sårskada finns fyra sårkategorier, allt från hel hud men kvarstående rodnad efter tryck (kategori 1) mot vanligtvis benutskott till djup fullhudsskada (kategori 4). Hel hud med rodnad som inte bleknar vid tryck på ett avgränsat hudområde är den vanligast förekommande (kategori 1) hudåkomman. Bekymmersamt är att antalen trycksår har ökat framför allt gäller det för sår, kategori 3 och 4. Vid en analys framkommer att tre enheter har identifierats med hög frekvens av trycksår, övriga 8 enheter har låg förekomst. En del av det höga antalet sår kan uppkomma eftersom det är hög genomströmning av patienter vilket inte gynnas i statistik med ett-års ackumulerad

data, vilket är fallet i Senior Alert. En annan orsak är att patienten redan har tryckskada vid ny-inflyttning. Orsakerna är under utredning och åtgärder kommer att sättas in och en målsättning har tagits fram.

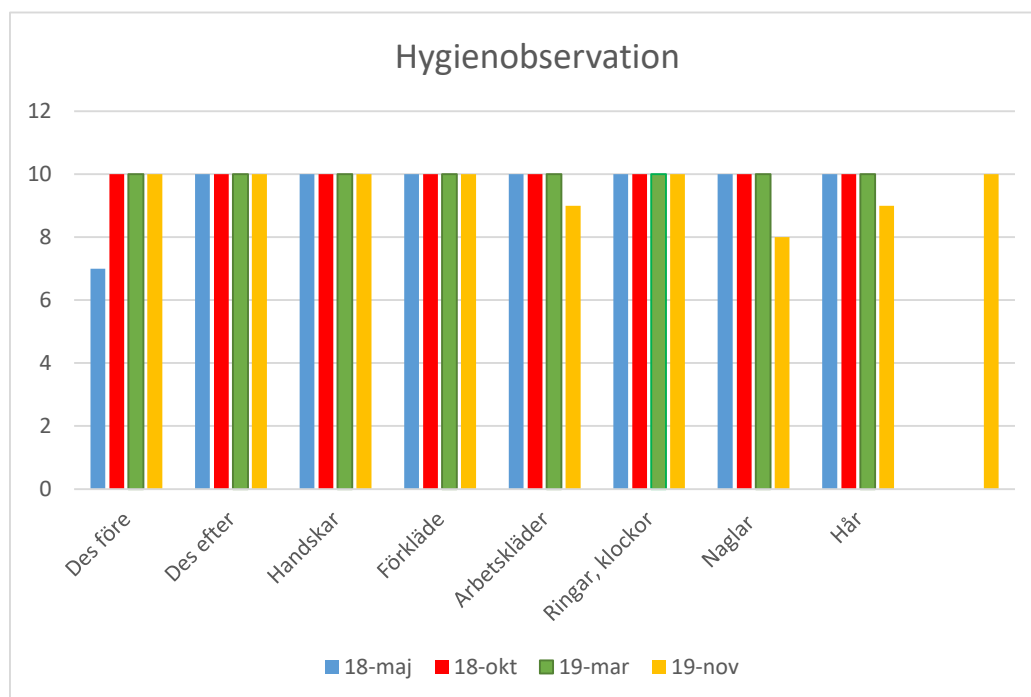
Från Senior Alert

År	Antal trycksår	Kategori 1+2	Kategori 3+4
2017	74	55	19
2018	70	61	9
2019	80	69	19

Genom att uppmärksamma snabbt och arbeta med teambaserade vårdåtgärder kan andelen trycksår kategori 3+4 minskas för de sköra äldre. Mälarbacken har deltagit i punktprevalensmätning, PPM trycksår via Senior Alert (2019). Resultatet presenteras för hela Stockholms stad och redovisas inte här.

Svenska HALT är en årlig återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet. Under 2019 gjordes ingen HALT-mätning, vilket inte verksamheten kunde påverka. Anledningen är att Folkhälsomyndigheten ska se över hur de ska förvalta mätningen, kostnaderna och hur ofta mätningen ska göras.

Hygien är ett område som Mälarbacken arbetat med under en längre period. Mätningar, observationer och självskattningar görs kontinuerligt av hygienombuden. Samt deltagande i nationella mätningar en gång per år tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Stöd och handledning finns i organisationen samt expertkunskap finns att tillgå via avtal med Vårdhygien som också utför hygienrund. Nedan ett exempel från verksamheten som illustrerar de senaste mätningarna av följsamhet till basala hygienrutiner från 2019. Resultat visar på god följsamhet men analysen visar att arbetet måste följas upp och påminna/utbilda kontinuerligt för att resultaten ska hålla över tid. Det är ett arbete som kräver uthållighet och kontinuitet.



Alla anställda gör vårdhygiens webb-utbildning varje år. De kontinuerliga observationerna av hygienombuden leder till att de basala hygienrutinerna finns förankrade hos personalen vilket bidrar till ökad patientsäkerhet. Det är även en stående punkt på arbetsplatsträffar som är obligatorisk för samtlig personal.

Förbättringskunskap

Dö Bra, forskningsprojekt

Karolinska Institutet genomför tillsammans med Mälaren ett forskningsprojekt ”forskning på ett nytt sätt”. Projektet syftar till att tillsammans bättre förstå vad som är viktigt i vård- och omsorgsmiljön från olika perspektiv. Forskargruppen består av forskare från Stockholms universitet, Karolinska institutet, och Konstfack. De vill gemensamt med boende, anhöriga, personal och forskare undersöka, identifiera, prioritera och genomföra förbättringsförslag i boende- och omsorgsmiljön. De har tillsammans identifierat följande områden där man på Mälaren kan göra förbättringar;

- Att vara tillsammans, - Att må bra i kroppen
- Att vara sedd och hörd - Stimulerande allmänna utrymmen

I en delrapportering 2019 presenterades vad man kommit fram till och en fortsättning planeras.

En revision av läkemedelshandling på särskilda boenden för äldre har utförts av revisionskontoret i Stockholmsstad. Syftet med granskningen är att bedöma om granskade stadsdelsnämnder säkerställer en ändamålsenlig läkemedelshandling för äldre personer på vård- och omsorgsboenden i egen regi. Granskningen har genomförts genom intervjuer med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) för respektive granskad stadsdelsnämnd samt verksamhetschef.

Dokumentation har inhämtats och granskats avseende:

- Rutiner/riktlinjer för läkemedelshandling
- Plan för egenkontroll och extern kvalitetsgranskning
- Dokumentation av genomförd egenkontroll och kvalitetsgranskning

-
- Dokumentation av åtgärder som vidtagits utifrån vad som framkommit

Förbättringsförslagen som framkommit ligger till grund för revidering av befintliga rutiner och arbetssätt.

Årlig extern Apoteksgranskning av verksamhetens läkemedelsadministrering leder också till förbättringar. Både vid granskningstillfället och vid genomgång av skriftlig återkoppling åtgärdas brister som framkommit.

Riktade utbildningsinsatser för säker läkemedelshantering, både teambaserat och individuellt. Utbildningens målgrupp var delegerad personal samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Mål 2: måluppfyllelse- symtomkontroll- vid demenssjukdom och palliativvård

Silviahemmet certifiering

Silviahemmet Certifiering för demensvård erhöles 2015, för att behålla certifieringen krävs fortsatt arbete med att utbilda och handleda personal så att kompetensen bibehålls. Under 2018 fick Mälaren en om-certifiering genom att stiftelsen Silviahemmet utbildar och utvärderar om verksamheten uppfyller kraven för att vara certifierade i demensomvårdnad. Certifieringen gäller för ytterligare 3 år men Silviahemmet utför kontroller kontinuerligt. Med välutbildad personal, handledning och reflektion för samtlig personal ska strategier och förhållningssätt implementeras för att en god och säker demensvård med hög kvalitet ska erbjudas demenssjuka och deras anhöriga. I verksamheten finns för närvarande 27 Silviasystrar och 12 Silviasjuksköterskor. Utbildning av nya Silviasystrar (2019) har resulterat i ett nytillskott av 7 Silviasystrar. Genom att verksamheten omfördelar kompetensen mellan de enheter som har störst behov kan målet uppnås.

BPSD kvalitetsregister

Verksamheten arbetar i Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD. Kvalitetsregistret ger struktur och möjlighet att följa upp effekten av omvårdnadsåtgärder. Antalet registrerade i registret ökar men behöver fortfarande bli fler. Verksamheten har egna certifierade utbildare i BPSD, som under året utbildat 8 nya administratörer som kan använda registret. De certifierade utbildarna arrangerar nätverksträffar och handleder och stöttar enheterna i genomförandeprocessen. En granskning av 50 bemötandepaner har skett och i analysen framkommer att mera stöd behövs för att formulera bemötandepaner och att implementera dessa i verksamheten. Det framkom också många goda exempel som har spridits i organisationen. En av enheterna deltog med chef, sjuksköterska och undersköterska och representerade ett gott exempel hur man kan arbeta med BPSD-registret vid ett utbildningstillfälle i samarbete med Äldreförvaltningen som vände sig till chefer i äldreomsorgen i Stockholms stad.

Durewall metoden

Metoden går ut på att personal lär sig att förebygga och bemöta utagerande beteende hos demenssjuka. Verksamheten har utbildat fler medarbetare i metoden och erbjuder kontinuerliga utbildningstillfällen och handledning för personalen. Under 2018 sågs en uppåtgående trend av ökat antal incident anmä-

ningar (IA) avseende hot och våld i verksamheten. Anmälningarna diskuteras på ledningsmöten och i samverkansgruppen och en handlingsplan har tagits fram för enheter som är mest utsatta. I resultatet för 2019 framkommer att IA-anmälningarna avseende hot och våld minskat och orsaken är troligen det intensifierade arbetet med BPSD registret och omfördelning av kompetens som verksamheten gjort.

Palliativ vård

Figuren nedan är ett utdrag från Palliativa registret med 11 enheter sammanlagt. Vid analys av enheterna var för sig uppträder en annan bild där några enheter når upp till Socialstyrelsens målvärden för palliativ vård med god marginal och andra enheter uppnår målen delvis. Differensen mellan antal dödsfall (104) och antal registrerade i palliativa registret (60) beror dels på att registrering sker endast om personen avlidit på boendet och dels på att alla dödsfall som inträffar på Mälarbacken inte är registrerade, vilket är ett förbättringsområde.

Utdrag från Palliativa registret



De palliativa ombuden har fortsatt sitt arbete under 2019 med gemensamma ombudträffar för att stödja medarbetarna och bevaka utvecklingen av kunskapsområdet genom att delta i kurser/konferenser. Målvärdet ”smärtskattad sista levnadsveckan” är inte uppfyllt för Mälarbacken som helhet. Smärtskattning enligt mätmetoden AbbeyPainScale används framförallt i livets slutskede eller vid utvärdering av smärtproblematik.

Utvecklingen av antal personer med Smärtskattning enligt Abbey Pain Scale, utdrag från VoDok

År 2016	År 2017	År 2018	År 2019
Antal: 25	Antal: 80	Antal: 116	Antal: 231

Under 2018 skapades en ny lokal rutin som innebär att de boende som befinner sig i livets slutskede dvs. när läkaren har fattat ett palliativt beslut och brytpunktssamtal har ägt rum ska smärtskattning med validerat instrument utföras under varje arbetspass. Smärtskattningen ska även dokumenteras i journalsystemet, Vodok. En genomgång av journalsystemet visar på högt antal genomförda smärtskattningar, en markant ökning av antalet har skett under

året, vilket är positivt. Ett delmål var att inte överstiga en upplevd smärtskattning < 7, vilket har varit svårt att utvärdera men antalet smärtskattningar har fördubblats.

Mål 3: målluppfyllelse-förebygga undernäring

nattfasta < 11 timmar

Nattfasta är tiden mellan kvällens sista mål och första målet dagen efter. En längre period med för lång nattfasta kan leda till ökad svaghet, speciellt hos äldre. Socialstyrelsen rekommenderar att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar.

beskrivning av medelvärde för nattfasta vid 5 olika mättillfällen för boende på Mälarbacken

Nattfasta	Mätning Dec-2017	Mätning Maj-2018	Mätning Nov-2018	Mätning Maj- 2019	Mätning Nov-2019
Mälarbacken	13:00 h	11:21 h	10:21 h	10:52 h	10:10 h

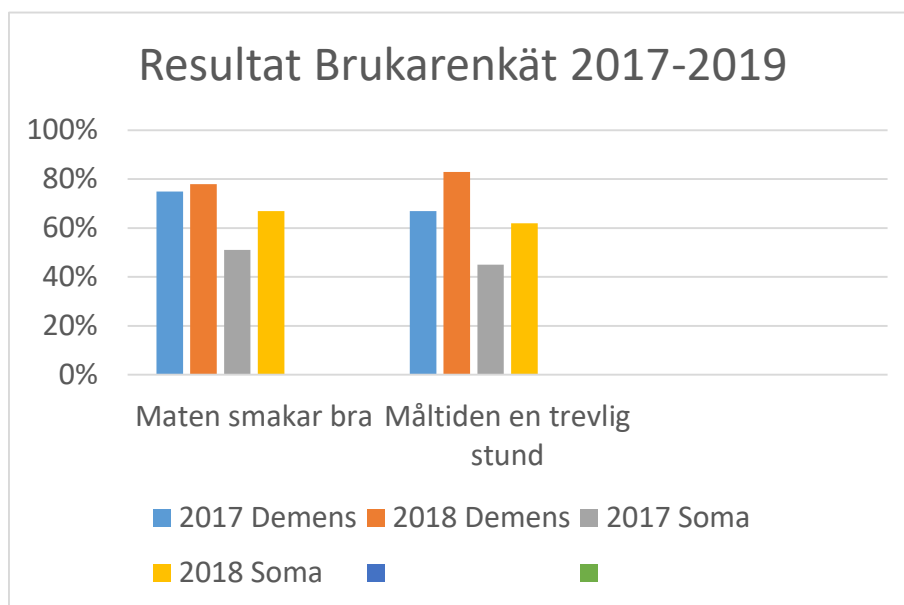
Nattfastan har registrerats under två tillfällen under 2019 i enlighet med egenkontrollplanen. Resultatet visar en klar förbättring över tid och med en stabilisering senaste året med resultat under de rekommenderade 11 timmarna i genomsnitt. Vissa enheter ligger kraftigt under 11 timmar och några enheter ligger något över, där har handlingsplan och ny rutin tagits fram. Blanketten som en grupp kommundietister har tagit fram används för att lättare kunna jämföra hur nattfastan ser ut både på nationell nivå och inom stadens verksamheter. Dietisterna har varit mycket i den kliniska verksamheten, utbildat, observerat och handlett vårdpersonal vilket också kan ha bidragit till den goda utvecklingen.

Dietistkompetensen är ett komplement till sjuksköterska i nutritionsfrågor och rutiner finns utarbetade när dietist konsulteras. Fördelningen av dietistresurserna har ändrats och färre timmar har tilldelats verksamheten. Trots att antalet nybesök minskat har andelen nybesök ökat från 25 % (2018) till 30 % (2019). Minskningen av det totala antalet besök beror troligen på en omfördelning av resurser som krävt andra prioriteringar.

antal besök av dietist för boende på Mälarbacken

Nybesök	Återbesök	Procent Nybesök	Totalt 2017	Totalt 2018	Totalt 2019
38	87	30 %	183	352	125

Samtliga enheter har måltidsombud som har ett särskilt intresse och kunskap för att arbeta med måltidssituationen. Deras arbete är att implementera måltidsordningen och säkerställa att måltiderna inklusive mellanmålen fördelas jämt över dygnet. Kvalitetsobservatörer utför regelbundna observationer och återkopplar till medarbetarna och chefer. De är ett stöd för att skapa en god måltidssituation. Arbetet med måltidssituationen är ett teamarbete och dietist, sjuksköterska, arbets- och fysioterapeut bidrar med yrkesspecifik kompetens.



I brukarenkäten ses varierande resultat över en tre årsperiod. Ett bättre resultat både för ”maten smakar bra” och ”måltiden är en trevlig stund” för 2018 med viss tillbakagång för 2019. Mälarbacken har arbetat intensivt tillsammans med representanter för tillagningskök och dietist med en handlingsplan för att uppnå bättre resultat. Från 2019 ingår tillagningsköket i Mälarbackens verksamhet.

Förebygga munohälsa

Munhälsobedömning erbjuds till samtliga boende en gång per år, om personen inte tackat nej. Den utförs av tandvården genom upphandlat avtal, utöver det vid behov gör sjuksköterska riskbedömning av munhälsa enligt instrumentet ROAG. Riskbedömningen avgör om åtgärd behöver sättas in eller om tandvården behöver kontaktas. Den vanligaste risken bedömningsgrad 2 åtgärdas med munvård som utförts med assistans eller fullständig hjälp av vårdpersonal. Vid bedömningsgrad 3 konsulteras tandvården. Antalet utförda riskbedömningar av munhälsa utförd av sjuksköterska är fortsatt hög.

Munhälsa utdrag från Senior Alert: Mälarbacken

År	Antal utförda ROAG	Bedömd munhälsa Grad 2	Bedömd munhälsa Grad 3
2017	322	217 (67,4%)	42 (13 %)
2018	410	277 (67,6%)	39 (9,5 %)
2019	425	352 (82,8%)	44 (10;3%)

Mål 4: Måluppfyllelse-vidareutveckla Akademisk nod

Förutsättningarna för att vara en akademisk nod är fastställda av äldreförvaltningen och innebär bl a att vara utvecklingsorienterad och ha en lärandekultur som baseras på evidensbaserade arbetssätt. Samt att ha ett nära samarbete med länets lärosäten och ett lokalt VFU- avtal eller överenskommelse. Samarbetet bygger på att etablera gemensamma åtaganden tillsammans med lärosäten. En akademisk inspirationsdag är ett samarbetsprojekt mellan noderna i Stockholms stad, Äldreförvaltningen, Högskolorna där studenter medverkade och presenterade kandidat- och magisteruppsatser. Detta år var inspirationsdagen på Mälarbacken i Bromma och 80 personer var anmälda.

Under året har arbetet fortsatt med att utveckla den akademiska noden genom att delta i nätverk både nationellt och med andra stadsdelar samt samarbeta med äldreförvaltningen och med lärosäten som erbjuder vårdutbildningar på både högskole- och gymnasienivå. Mälarbacken tar emot och handleder studenter på både grund och avancerad nivå. En tjänst som adjungerad klinisk adjunkt, AKA på 50 % finns i verksamheten. I tjänsten ingår att planera och organisera mottagandet av studenter/elever i verksamheten. Arrangerar lokala handledarträffar, driva interprofessionella lärande aktiviteter, ansvara för utvärdering, analys och återkoppling till verksamheten. Dessutom vara kontaktperson mellan lärosätet och verksamheten.

Ett nytt moment som består av att studenterna gör ett studiebesök på stadsdelsförvaltningen i Bromma har utvecklats under året. Studenterna hälsas välkomna av chefen för äldreomsorgen och får information om övergripande mål och strategier. MAS/MAR informerar om de lagar och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården i kommunal verksamhet samt biståndsenheten om hur socialtjänstlagen fungerar i praktiken. Studiebesöket är uppskattat av studenterna då de oftast inte har någon erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård.

Ett av delmålen är att ta emot studenter enligt den pedagogiska handledarmodellen peerlearning som innebär att studenterna går i par och har en gemensam handledare. Modellen rekommenderas från högskolorna och är under införande. Cirka hälften av studenterna anser att de handledts enligt modellen. En fjärdedel anser att de inte handledts i par, en av orsakerna kan vara sena ändringar i planeringen. Målet är inte helt uppfyllt då alla handledare inte använder peerlearnings modellen ännu.

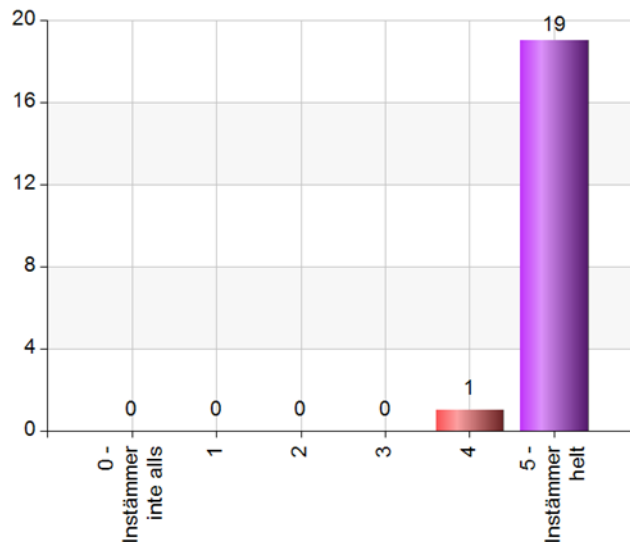
En enkät delas ut till studenterna efter avslutad VFU-period, några resultat av de uppsatta målen för 2019 presenteras nedan.

Jag har i huvudsak eller i hög grad handletts enligt modellen Peer Learning

Kommentar	Jag har varit ensam med min handledare
	Har inte varit 2 studenter
	Gick ensam, men gick ändå bra

Ett viktigt delmål är att studenterna upplever att de kan uppnå lärandemålen för utbildningen. Genom att studenten får konkretisera och skriva ned sina tankar om förväntningar och farhågor i början av VFU-perioden kan de vid återkopplingen när perioden är slut se om de infriats eller inte. Resultatet visar att målet är uppnått.

Jag har uppnått mina lärandemål för VFU



En viktig kvalitetsindikator är att klara kompetensförsörjning för hälso- och sjukvårdspersonal. En effekt av att ta emot högskolestudenter- och gymnasieelever är att det gynnar återväxten in i verksamheten, dock finns inga mätetal.

Övrigt

På Mälaren har det under 2019 införskaffats fler nutritionspumpar för sondmat. Detta i ett steg att öka patientsäkerheten till de boende som har ordinerats sondmat i samband med akut vistelse på sjukhus och som kommer åter till boendet. Pumpar med tillbehör finns i ett gemensamt förråd och det skall enligt lokalrutin alltid finnas en pump och standardutbud av sondmat om ett akut behov uppstår. Sjuksköterskorna i verksamheten har fått utbildning av företaget som tillhandahåller pumparna.

Avvikelser

I journalsystem (Vodok) finns följande indelning på avvikelser; läkemedel, fall, brister i vårdkedjan, vårdrelaterade infektioner, trycksår samt brister i

specifik omvårdnad och specifik rehabilitering.

Resultat från sökning via avvikelsemodulen (Vodok 2017-2019)

Mälarbacken	Demens inriktning			Somatisk inriktning		
	År 2017	År 2018	År 2019	År 2017	År 2018	År 2019
Avvikelser						
Läkemedelshantering	136	128	164	109	59	64
Fall	482	484	532	247	306	197
Fraktur	10	11	Uppgift från kvalitetsregister	3	6	Uppgift från kvalitetsregister
Sårskada	30	8		20	6	
Vårdkedjan	8	4	8	10	9	5+1
Specifik omvårdnad/	8	20	28	5	14	25
Specifik rehabilitering		5	5		3	-
Trycksår		2	-		0	-
Vårdrelaterade infektioner VRI	2	Se HALT i SeniorAlert	Ingen mätning	4	Se HALT i SeniorAlert	Ingen mätning
Anmälan Lex Maria	0	0	1	0	0	1
Anmälan Klagomål enligt Patientnämnden/IVO	-	-	-	1	-	-

Kvalitetsråd

Avvikelserna hanteras av vederbörande chef på enhetsnivå tillsammans med de som är involverade i händelsen. Om händelsen bedöms som allvarlig tas direktkontakt med MAS/MAR enligt lokal rutin samt verksamhetens ledning och lämpliga åtgärder vidtas. Annars hanteras avvikelserna på enhetens kvalitetsråd varje månad. Respektive chef återkopplar kontinuerligt och så nära i tid som är möjligt till när avvikelserna inträffat vilket leder till snabb återkoppling och relevant åtgärd. Vid behov upprättas handlingsplan/åtgärdsplan. En gynnsam åtgärd för att förhindra att händelsen upprepas är att diskutera händelsen på arbetsplatsträffar som är obligatoriska för samtlig personal. Om händelsen anses vara av sådan karaktär att den ska förhindras att uppkomma på andra enheter tas den även upp på ledningsnivå. Genom ett öppet klimat och att utreda avvikelserna utifrån både organisation, situation och på individnivå kan många registrerade avvikelser leda till förbättring av kvaliteten och att åtgärder förhindrar att samma händelse inträffar igen.

Några exempel från verksamheten hur avvikelser hanteras för de vanligast förekommande avvikelserna som dominerar i avvikelsemodulen, de är läkemedelsavvikelser och fall.

Läkemedel

När det gäller läkemedel är den vanligaste avvikelserna ”utebliven dos”. Vilket betyder att den boende inte fått ordinerad dos vid ett specifikt klockslag.

I analysen behöver avvikelserna gås igenom utifrån de tre beskrivna nivåerna och även ta ställning till om det är bakomliggande orsaker och återkommande händelse i syfte att hitta lämpliga åtgärder. Några förslag från verksamheten:

Organisationsnivå: kan vara otydlig struktur mellan arbetspassen dag/kväll/natt, t ex vem som överlämnar dos som ordinerats under överlappningstiden

Situationsnivå: som t ex om den boende sover/ inte är hemma vid överlämnande av ordinerad dos

Individnivå: om det finns brister i följsamhet till delegeringsförfarandet/ brister av följsamhet i nyckelhantering,

De åtgärder som varit i fokus under 2019 för att förhindra allvarliga brister i läkemedelshantering är utbildningsinsatser både för teamsamverkan men också för delegerad vårdpersonal. Samtlig delegerad personal har genomgått läkemedelsutbildning med leg. apotekare från Apoteket AB. Läkemedelslista/ordinationshandling finns hos samtliga permanentboende och korttidsboende enligt ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården” i anslutning till dos som ska överlämnas till patienten. Sjuksköterska och läkare gör genomgång av olämpliga ordinationer/klockslag som inte utgår från ett personcentrerat synsätt, exempelvis kan klockslag ändras och anpassas utifrån den boendes behov och önskemål. Individ som gör upprepade misstag ges extra stöd och kan när så anses nödvändigt framtas delegering.

Av de läkemedelsavvikelser som bedömts vara allvarliga och utretts av MAS har en gått vidare till anmälan enligt lex Maria.

Genom att chef tillsammans med kvalitetsombud och de yrkeskategorier som är inblandade ser över organisationen och följer upp och åtgärdar brister i direkt anslutning till avvikelserna kan antalet läkemedelsavvikelser minskas och allvarlighetsgraden för att drabbas av vårdskada eller risk för vårdskada undvikas.

Fall

Fall är den avvikelserna som är mest registrerad både för somatiska- och demensheterna. De uppgifter som avvikelserna innehåller ger en bild av att den vanligaste orsaken är i samband med att patienten gör en ”egen förflyttning”. I analysen framkommer en annan iakttagelse, att det vid nyinflyttning är en ökad risk för fall då den omgivande miljön är ovan, möbler står inte som de gjorde i det egna hemmet, belysningen är annorlunda osv.

En åtgärd kan vara att den första tiden vid inflyttning använda ett rörelselarm i lägenheten som aktiveras vid rörelse för att uppmärksamma vårdpersonal som gör en tillsyn innan larmet stängs av. Installationen kräver ett samtycke från den enskilde. En annan åtgärd är att samverka i team för att förebygga att fall inträffar sk fallprevention. Olika yrkesprofessioner ser på risker för fall utifrån sitt yrkesområde och bidrar med kunskap och olika åtgärder prövas. Pati-

entens delaktighet är i fokus eftersom åtgärden måste anpassas till användaren. Fallriskbedömning görs på samtliga nyinflyttade och därefter vid behov. Alla fall kan inte förhindras men däremot kan skadorna minimeras, sk fallskadeprevention. Där fokus är skyddsåtgärder för att mildra de skador som kan uppstå vid fall, till exempel hjälpmedel som provas ut individuellt som fallskyddsmatta eller höftskyddsbyxor.

Fallrapporteringen utifrån kvalitetsregistret Senior Alert och journalföringssystemet VoDok överensstämmer inte helt. Enligt en genomgång är rapporteringsgraden ca 75-89% i Senior Alert jämfört med journalsystemet, vilket är ett problem. Systemen kan inte kommunicera med varandra utan kräver dubbeldokumentering vilket inte rekommenderas utifrån patientsäkerhetsperspektiv. Problemet är känt men kan inte lösas på verksamhetsnivå. Registreringarna i kvalitetsregistren ökar för varje år men trots detta finns en differens med upp till 25 %. Verksamheten strävar efter att följa manualer och arbeta strukturerat för att minska skillnaderna i de båda systemen. Därför finns det olika uppgifter i de båda systemen men i analysen kan båda användas med den vetskap att inget system är fullkomligt utan bör hanteras som statistik, vilket innebär att upptäcka trender och tendenser i tidsperspektiv på 1-3 år.

Några felkällor som uppmärksammats vid genomgång av avvikelserna är att mätningar och registreringar som utförs i kvalitetsregistren ska dubbeldokumentera i journalsystemet VoDok och i avvikelsemodulen vilket inte alltid sker. Vissa avvikelser tolkas olika av de som registrerar och kan därför hamna under annan rubrik. Detta leder till att det är svårt att jämföra uppgifterna från kvalitetsregistren och det som hämtas från avvikelsemodulen eftersom det inte överensstämmer helt. Däremot ges olika perspektiv och uppgifterna kan komplettera varandra och bidra till en mer nyanserad analys.

Av de 729 fall som registrerats i avvikelsemodulen (VoDok) har en resulterat i utredning av MAR. Enligt registreringar i kvalitetsregistret SeniorAlert har 18 frakturer uppkommit i samband med fallen. Den största delen av fall sker på eftermiddagar och kvällar. Det är främst bakomliggande sjukdomar och läkemedel som ger ökad fallrisk men också nedsatt balans och rörelsemönster, förvirring, desorientering, oro eller upprördhet samt problem vid gång och förflyttning som anses vara orsak till fall. De främsta åtgärderna är läkemedelsgenomgång, assistans vid personlig vård och förflyttning, larm och extra tillsyn, stadiga skor och/eller antihalksockor, anpassning av möblering och inventarier samt hjälpmedelsförskrivning (uppgifter från SeniorAlert).

Brister i vårdkedjan

Vid snabbare flöden av in- och utskrivning på sjukhus, byte av vårdnivå eller vårdenhet finns ökad risk för att brister i vårdens övergångar inträffar. De brister som uppkommer inom verksamheten hanteras med analys och åtgärd och de som inträffar i annan verksamhet i samband med överflyttning rapporteras till respektive verksamhet. För att förebygga brister i informationsöverföring används nationell patientöversikt (NPÖ) som ett komplement eftersom vårdgivare använder sig av olika journalsystem. Dessutom sker överrapportering alltid muntligt mellan vårdgivare samt att aktuell läkemedelslista/ordinationshandling och relevanta journalkopior medföljer patienten. Vid muntlig överrapportering finns ett utarbetat rapportblad för att säkerställa att all information överförs.

Klagomål och synpunkter

De flesta inkomna synpunkterna är positiva och handlar om bemötande och kompetens samt uppskattning från anhöriga och patienter för god hälso- och sjukvård. De återförs ofta i dödsannonser och tackkort. Inga klagomål i enlighet med patientnämnden eller IVO har inkommit under 2019 till verksamheten.

Händelser och vårdskador

Två lex Maria anmälan har upprättats under året och en händelse som lett till intern utredning. Utredningarna och analyserna av händelserna har lett till

- förtydliganden av lokala rutiner för läkemedelsadministrering och förbättrad följsamheten genom ändrat arbetssätt, för att minimera risk för vårdskada.
- Förtydligande av ordination samt förbättrade rutiner för överrapportering vid exempelvis ordinerad restriktion för användandet av hjälpmedel vid utevistelse
- Förlängd utbildningstid till vårdpersonal i förflyttningsteknik och hjälpmedelsandvändning. Utbildningarna syftar till att öka medarbetarnas kunskap vid förflyttningar av patienter både inom- och utomhus. Målsättningen är att få mer tid för praktisk träning.
- Säkerställa att egenkontroller av narkotiska preparat kan utföras med angivet tidsintervall under semesterperioder.

Risakanalys

Risakanalys för kompetensförsörjning görs varje år inför semesterperioderna, en planering görs så att ordinarie HSL- personal, täcker upp varandras enheter och därmed säkerställer att kompetensen upprätthålls. Ett bemanningsschema på vilka som är i tjänst finns tillgängligt för medarbetarna. Vid oplanerad frånvaro finns en akut kopplingsplanering som tillfälligt säkerställer att HSL-personal finns på varje enhet. Risakanalysen delges MAS/MAR.

I ett projekt med Äldreförvaltningen i samarbete med Folkhälsomyndigheten har handlingsplan upprättats angående hantering vid extrem hetta. Rutin för råd och stöd till vårdpersonalen sprids genom ansvarig chef när risk finns med anvisningar och råd för att lindra effekterna vid värmebölja.

Mål och strategier för kommande år

- Fortsätta arbeta för att öka andel registreringar i kvalitetsregistren så att differensen mellan registren och journaldokumentationen minskar
- Mat- och måltidssituationer kommer även fortsättningsvis vara ett fokusområde
- Avvikelsehanteringen kommer att intensifieras framförallt avseende läkemedelshantering med systematisk utredning och analys. All delegerad personal ska genomgå Web-utbildning ”säker läkemedelshantering”
- Smärtskattning som registrerats i palliativa registret sista levnadsveckan med validerat instrument, målvärde 100 %
- Noll trycksår från grad 2-4 som uppkommer i egenverksamhet
- Fortsätta utveckla den akademiska noden samt att knyta forskning och utvecklingsprojekt till verksamheten. Öka andelen VFU handledning enligt peer-learning modellen
- Bibehålla en hög utbildningsnivå genom att fortsätta kompetensutveckla samtliga yrkesprofessioner och stimulera till vidareutbildning
- Utveckla egenkontroller för dokumentationen med teambaserad granskning, enligt en ny mall