



Patientsäkerhetsberättelse

Mälarbacken vård- och omsorgsboende

År 2021

I

Datum och ansvarig för innehåll
2022-02-28

Agneta Hollingworth
Verksamhetschef

Leila Bakhshi
Verksamhetschef

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner, reviderad 202012

Patientsäkerhetsberättelse

Sammanfattning Fel! Bokmärket är inte definierat.**3**

STRUKTUR..... 6

Övergripande mål och strategier 6

Organisation och ansvar 9

Samverkan för att förebygga vårdskador 12

Patienters och närståendes delaktighet 13

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet..... 15

Klagomål och synpunkter..... 17

Egenkontroll..... 18

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 20

Risikanalys 22

Utredning av händelser - vårdskador..... 22

Informationssäkerhet..... 23

RESULTAT OCH ANALYS 24

Egenkontroll..... 24

Avvikelser 39

Klagomål och synpunkter..... 43

Händelser och vårdskador 43

Risikanalys 43

Mål och strategier för kommande år 45

Sammanfattning

Ytterligare ett år i pandemi har satt sin prägel på verksamhetens fokus och patientsäkerhetsarbetet under perioden. En av verksamhetens huvudprocesser är nyinflyttning. Antalet nya inskrivningar har varit högt och genomströmningen av patienter likaså vilket ställer höga krav på systematiska arbetssätt och säkra processer.

Varje ny inskrivning genererar en fullständig hälso-och sjukvårdsjournal med riskbedömningar som fall, undernäring, risk för sår och ohälsa i munhålan, förflyttningsbedömning samt omvårdnadsåtgärder och hälsoplaner. Dessutom förskrivs hjälpmedel och inkontinensskydd. Varje ny inskrivning kräver även läkarinsatser som läkemedelsgenomgång, inskrivningsjournal, palliativt ställningstagande i teamsamverkan och anhörigstöd. Akuta insatser tillkommer när behov uppkommer.

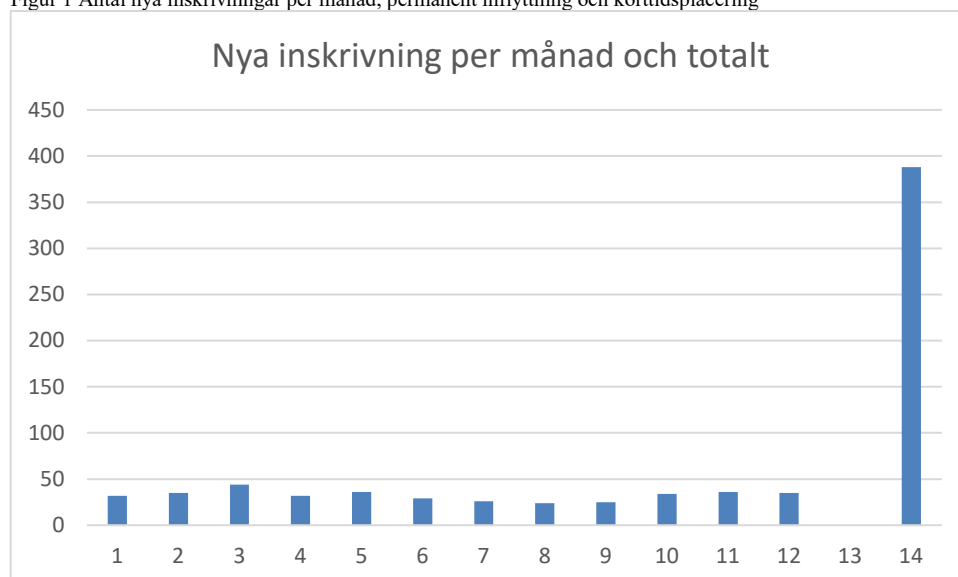
Antalet nya inflyttningarna varierar mellan 3-29 personer per enhet och totalt har 141 personer flyttat in på permanentboende under året.

På korttidsenheten har 247 personer erhållit biståndsbeslut för korttidsvård under året. Korttidsvård kan vara antingen växelboende eller korttidsplacering för en avgränsad period.

Den totala genomströmningen blir 388 nya inskrivningar på befintliga 282 platser under år 2021. Även dagvårdsverksamheten har haft 30 nya gäster under året.

Nedan figur illustrerar antalet nya inflyttningar varje månad (januari-december) och totalt) för året.

Figur 1 Antal nya inskrivningar per månad, permanent inflyttning och korttidsplacering



Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso-och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet, dygnet runt. Det övergripande målet följs upp utifrån fyra delmål,

Måluppfyllelse: Delmål 1 – säker vård i pandemi

Målet är i sin helhet delvis uppfyllt. När det gäller skyddsutrustning har tillgången varit god, dels utifrån att verksamheten kunde upprätthålla eget 14-dagars lager och dels utifrån ett utvecklat stödsystem i stadens regi som tillhandahöll utrustning.

Genomgång av utbildningsnivåer har skett på samtliga enheter under året för att säkerställa rätt kompetens i personalgrupper och att medarbetarna har rätt utbildningsnivå. Flera nyrekryteringar har skett för att säkerställa kompetensnivån och de som saknar formell yrkesutbildning har uppmanats att söka till utbildning. Verksamheten kunde dock inte fullt ut undvika inhyring av personal på grund av höga sjuktal och en mycket resurskrävande kohortvård med specifikt avdelad personal som vårdar smittad boende. Användningen av inhyrd personal medförde både brister i kontinuitet och kompetens under vissa perioder.

Smittspårning har blivit en vanlig arbetsuppgift för chefer under pandemin. Den omfattar dels kontakt med Smittskydd Stockholm, som är en myndighet som arbetar för att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar, dels kontakt med läkarorganisationen för att planera provtagning och åtgärder kopplade till resultaten på proverna. De leder inte sällan till nya provtagningar på samtlig personal och boende. Processerna kunde pågå i 1-2 månader beroende på avsaknad av symptom hos personer som testats positivt för covid-19.

Enligt punktprevalensmätningen som bestod av 140 observationer ses ett delvis förbättrat resultat av följsamhet till basala hygienrutiner, men fortsatt finns behov av styrning och egenkontroll samt analys och uppföljning. På grund av att skyddsutrustningen ofta byter både utseende och material försvåras följsamhet och implementering i stora arbetsgrupper.

Att chef har varit närvarande och tillgänglig i sitt ledarskap i verksamheten har varit en framgångsfaktor under pandemin för att vägleda och ge stöd till medarbetarna i svåra situationer. En ny chefsorganisation har inletts under året med syfte att minska ansvarsområden för biträdande enhetschefer, stärka det nära ledarskapet, möjliggöra kontinuerliga uppföljningar och egenkontroller samt bevaka nya rutiner för ökad patientsäkerhet. I den nya omorganisationen som gäller från augusti 2021 har varje enhet (25-26 boende samt 25-30 medarbetare) en biträdande enhetschef som även ansvarar för bemanning och planering av personal. Detta betyder att antalet personal som varje biträdande chef har ansvar för och antal boende och anhöriga/närstående har halverats i samband med omorganisationen.

Måluppfyllelse: Delmål 2 – symtomkontroll palliativ vård

Målet är delvis uppfyllt eftersom den palliativa utbildningen kunde slutföras och resulterade i att 13 nya palliativa ombud examinerades. Två biträdande enhetschefer har ansvar för att driva förbättringsarbete inom palliativa omvårdnaden och ansvarar för utveckling inom ämnesområdet.

Det palliativa kvalitetsregistret är omgjort så att rubrikträdet motsvarar varje enhet vilket underlättar uppföljning och resultatanalys. Stor skillnad finns mellan enheterna, vissa når målet och andra inte. En brist är att endast hälften av dödsfallen under 2021 är registrerade i palliativa kvalitetsregistret. I samband med livets slut erbjöds 76,1% efterlevande samtal av de som fanns registrerade. En trolig orsak till bristerna är ökad arbetsbelastning med tidsbrist som följd men också frånvaro av ordinarie personal som ersattes med vikarier och inhyrd personal som inte hade kunskap om kvalitetsregistret eller inte hade behörighet att registrera.

Vid egenkontroll och dokumentationsgranskning finns variationer och förbättringspotential. En åtgärd är att all nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal har en genomgång med dokumentationssamordnare som tillsammans med den anställda gör en plan för fortsatta utbildningsinsatser och stöd i dokumentationen. Åtgärderna kommuniceras med vederbörande chef.

Måluppfyllelse: Delmål 3 – undvika/minska risk för undernäring samt att nattfasta understiger 11 timmar

Målet är delvis uppfyllt då flera personer ligger över det rekommenderade målet för nattfasta enligt årets mätningar

Synlig och tillgänglig dietist har ökat konsultationerna med 30 % i verksamheten. Flera utbildningar i nutritionsområdet har kommit igång under senhösten för både hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal samt chefer. En genomgång av den lokala rutinen kring användning av näringsdryck på respektive enhet samt genomgång av rutinen i ledningsgruppen tillsammans med dietister har skett för att tydliggöra ansvar för uppföljning och insatta nutritionsbefrämjande åtgärder.

Måluppfyllelse: Delmål 4 – vidareutveckla akademisk nod

Alla aktiviteter som är kopplade till målet kunde inte genomföras under vårterminen, men samtliga studenter och elever kunde fullfölja sina utbildningsprogram genomverksamhetsförlagd utbildning (VFU) eller arbetsplatsförlagd utbildning (APL) trots en ansträngd situation. Handedartäffar har erbjudits handledarna och interprofessionella aktiviteter har arrangerats under studenternas verksamhetsförlagda utbildning. En bristsituation uppstod i slutet av året då flera yrkeshandledare saknades.

Ett forskningsprojekt har genomförts i samarbete med Karolinska Institutet, som syftar till att testa om en mobilapplikation där anhöriga/närstående får stöd av vårdpersonal minskar stress och depressiva symtom bland personer som vårdar anhörig/närstående med demenssjukdom som bor hemma.

En digital variant av Akademisk Inspirationsdag har genomförts tillsammans med högskola, Äldreförvaltningen och övriga akademiska noder i staden. En modell att handleda studenter i interprofessionella team är under framväxt i samarbete med högskola.

En informationsbroschyr och en film har tagits fram i samarbete med Äldreförvaltningen i syfte att tydliggöra begreppet Akademisk Nod. Underlaget väntas komma till verksamheten i början av nästa år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet, dygnet runt.

Det övergripande målet följs upp genom fyra delmål, varav det första delmålet är särskilt anpassat för att motverka identifierade patientsäkerhetsrisker med Covid19. Övriga delmål är av mer långsiktig karaktär.

Delmål 1 – säker vård i pandemi

Delmål 2 – symtomkontroll palliativ vård

Delmål 3 – undvika/minska risk för undernäring samt att nattfasta understiger 11 timmar

Delmål 4 – vidareutveckla akademisk nod

Delmålen har valts med kunskap om att det som krävs för att bedriva en säker vård är insikter om risker i vården och systematiska uppföljningar i syfte att minimera riskerna. Ansvar är gemensamt för vårdens alla professioner men ytterst ansvar ligger på verksamhetens ledning. Utöver den egna professionen krävs samarbete med andra professioner och med både patienter/boende/gäster och närstående för att uppnå en trygg och säker vård. Vårdens professioner bör arbeta personcentrerat, samverka i team, utöva evidensbaserad vård och eftersträva ökad kunskap för kvalitetsutveckling för att trygga en god hälso- och sjukvård med hög patientsäkerhet. Delmålen är valda utifrån fokusområden som beskrivs i nämndens och avdelningens verksamhetsplan.

Följande strategier och arbetssätt används för att nå det övergripande målet. Se även ”aktiviteter för hälso- och sjukvård”, figur 2.

- Mätning av följsamhet till basala hygienföreskrifter och klädregler genom punktprevalensmätningar (PPM) och egenkontroll av basala hygienrutiner
- Uppföljning av registreringar i kvalitetsregister tillsammans med kollegor och chefer. Mälarbackens samtliga enheter använder kvalitetsregistret Senior alert som en väl inarbetad metod och ett evidensbaserat verktyg i vård- och omsorgsarbetet. Uppföljningar görs fyra gånger per år med

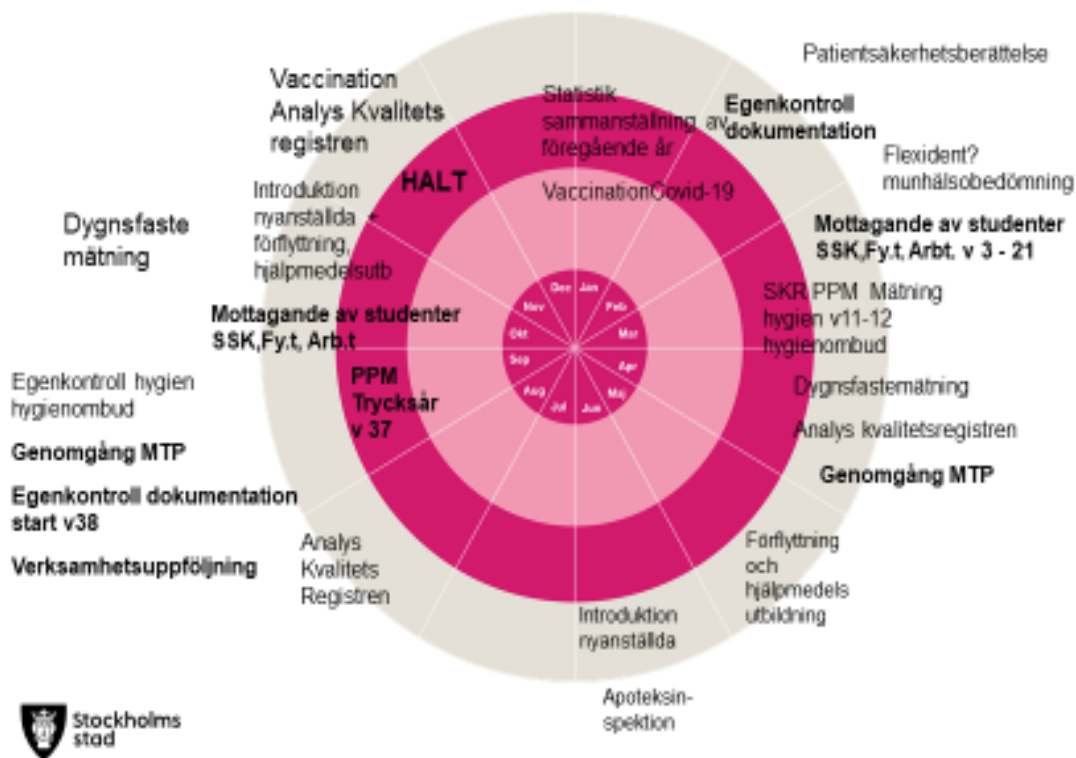
genomgång och analys.

- Egenkontroll med strukturerad dokumentationsgranskning utifrån fastställd mall. Årets granskning har fokuserats på delaktighet i vården och teamarbete, samt att hälsoplaner i hälso- och sjukvård och genomförandeplaner i SoL-dokumentationen har samma mål och omvårdnadsåtgärder.
- Mätning av nattfastan sker i samarbete med legitimerad dietist och med fastställd mall, vilken är gemensam för hela Stockholms stad för möjlighet till jämförelser.
- Modell för mottagande och handledd praktik (VFU och APL) av studenter och elever sker i samarbete med högskolor, universitet samt gymnasie- och vuxenutbildning. Adjungerad klinisk adjunkt planerar, organiserar och följer upp, samt är kontaktperson gentemot samarbetsparterna
- Utveckla och bibehålla kompetens genom utbildning/fortbildning av personal. Utse specifika personer till palliativa ombud samt i demensvård arbeta för livskvalitet utifrån Silviahemmets vårdfilosofi och bibehålla certifiering från Stiftelsen Silviahemmet
- Upprätthålla hygienisk standard hos all personal genom lärarledd praktisk hygienutbildning anpassad för individuella behov
- Introduktion av nyanställda med webbutbildningar samt utbildning i förflyttningskunskap och en handledd period med en kollega.
- Systematiska egenkontroller av t ex medicinsktekniska produkter, vilket lett till kassering och nyanskaffning av exempelvis vårdsängar, mobila hygienstolar samt vågar. Även loggkontroller, mätning av dygnsfasta och dokumentationsgranskning görs kontinuerligt under året. Signeringslista för förskrivna hjälpmedel har införts och funktionsbedömts av omvårdnadspersonal. Nya rutiner med signeringslistor för läkemedelshantering har införts.
- Riskanalyser och handlingsplaner relaterat till pandemin har utförts kontinuerligt under året
- Utredning, analys och uppföljning av hälso- och sjukvårdsavvikelser med fokus på läkemedel har skett i samarbete med MAS (Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska). Pågående arbete med fortsättning under 2022.
- Avvikelsehantering är en prioriterad uppgift för biträdande enhetschef och fungerar som en indikator på hur verksamheten fungerar. När en avvikelse upptäcks skriver personalen en rapport. Avvikelsen tas upp direkt med personal på rapporteringsmöte. Därefter går alla avvikelser igenom på kvalitetsråd där sjuksköterskor, biträdande enhetschef samt omvårdnadspersonal deltar. Övriga yrkesprofessioner kallas vid behov. Det görs en sammanställning av alla avvikelser och på arbetsplatsträff (APT) går biträdande enhetschef igenom sammanställningen samt vidtagna åtgärder. Om avvikelsen handlar om hälso-

och sjukvård skrivs avvikelserna in i dokumentationsmodul. Vid risk för eller vid allvarlig skada hanteras avvikelserna vidare av berörda yrkeskategorier som såväl biträdande enhetschef som MAS/MAR.

Figur 2

Aktiviteter hälso- och sjukvård 2021



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.

Avtal finns med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien och smittskydds enheten, Palliativt kunskapscenter (PKC) samt Apoteket AB

Verksamhetschef

Verksamhetschef ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschef svarar även för att patientens behov av vård, trygghet, kontinuitet och samordning tillgodoses samt att en legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast utses som fast vårdkontakt för denne.

Verksamhetschefsansvaret frångår inte andra befattningshavare inom hälso- och sjukvården deras yrkesansvar.

Verksamhetschef ansvarar för att:

- det finns de rutiner och instruktioner som krävs i verksamheten personalen har rätt
- kompetens samt att denna upprätthålls
- överförmyndaren underrättas när en patient kan antas behöva god man eller förvaltare
- någon närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd försämras

Verksamhetschef har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Detta ska dokumenteras.

De lagstadgade uppgifter som åligger MAS och MAR är undantagna från verksamhetschefens ledning.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för-rehabilitering (MAR)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska och tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering.

Befattningen MAS kan inte anförtros annan än legitimerad sjuksköterska och MAR kan endast anförtros legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast med den medicinska kompetens som krävs för uppdraget. Uppdraget som MAS regleras i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen och innefattar bland annat ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Detsamma gäller i tillämplig omfattning för MAR.

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan verksamhetschef, MAS och/eller MAR. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vård- skada har MAS och MAR att rapportera till ansvarig nämnd. Nämnden har delegerat till medicinskt ansvariga att anmäla enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses den som har legitimation inom hälso- och sjukvården. Inom Stockholm Stads hälso- och sjukvård finns yrkeskategorierna legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad och förhållningssättet ska vara tvärprofessionellt och processorienterat.

Hälsofrämjande omvårdnad, habilitering och rehabilitering innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Det hälsofrämjande arbetet utgår från den friska människan genom att tillvarata fysiska, psykiska, intellektuella och sociala resurser. I det hälsofrämjande arbetet är det centralt att stärka och uppmuntra patientens delaktighet.

Hälsofrämjande omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans kompetensområde. Hälsofrämjande habilitering och rehabilitering är den legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens och den legitimerade arbetsterapeutens kompetensområde. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

Delegerad personal

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan genom delegering överlåta en hälso- och sjukvårdsuppgift till baspersonal. Baspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när hen efter delegering utför en hälso- och sjukvårdsuppgift.

Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegering får inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl.

Dietist i kommunal verksamhet

Dietisterna arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldres nutrition och näringsbehov. Dietisten arbetar personcentrerat och

utifrån socialtjänstlag (SoL)-perspektiv med rutiner, utbildning, handledning, mat-och måltidssituation samt dygnfasta och utifrån hälso-och sjukvårdslags (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 får en så god livskvalitet som möjligt sista tiden i livet.

Dokumentationssamordnare

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

*Sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och dietist dokumenterar i kommunens journalsystem VoDok

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har en samlad uppgörelse mellan kommun och region. 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 minst 2 gånger/år, vid uppkomna behov samt vid förändringar.

Medicinsktekniska produkter (MTP)

Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ram-avtal 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 upphandlings- verktyg (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 originalförpackning främjar ensäkrare läkemedelsbehandling.

Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten

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

Vårdhygien, genomför hygienronder inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder intill samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året.

Genom avtalet med vårdhygien, har samverkan med verksamheten skett underåret i hantering av vårdhygieniska frågor relaterat till pandemin, covid-19.

Fokus har legat på att hantera olika skyddsmateriel, kohortvård, smittspårning, implementering av nya rutiner och följsamhet till basala hygienrutiner. Vårdhygien erbjuder utbildningar till olika yrkesprofessioner men under pandemin har e- utbildningen i basala hygienrutiner varit den som genomförts.

Tandvård

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

Samverkan med tandläkarorganisationen Flexident sker i olika former bland annat genom munhälsobedömningar, utbildningsinsatser till såväl vård-personal som legitimerade yrkesgrupper

Fotsjukvård

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bl a reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner. Lokal tillhandahålls genom hyresavtal.

Patienters och närståendes delaktighet

Verksamheten bjuder normal sett in till anhörigmöten för respektive enhet där information om verksamheten delges och frågor kan besvaras. Under pandemin har det inte varit möjligt att samla till gemensamma möten utan istället har verksamheten satsat på att kommunicera digitalt men också genom informationsbrev och telefonsamtal. Funktionsbrevlådor finns installerat till varje enhet för att underlätta för anhöriga att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal.

Vid nyinflyttning (inom två veckor) inbjuds anhöriga/närstående till möte med hälso- och sjukvårdspersonal. Vid mötena efterfrågas önskemål om delaktighet i hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhetsarbetet för personen som vårdas.

För att tillmötesgå önskemål om delaktighet i hälso- och

sjukvårdsfrågor inbjuds, anhöriga/närstående om samtycke inhämtats, från den som vårdas. Medverkan kan ske digitalt utan att vara fysiskt på plats vilket underlättar anhörigas/närståendes möjlighet till delaktighet. Vid verksamhetens korttids/växelvård inbjuds anhöriga/närstående 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 med nyheter och allmän information görs tillgängligt för boende/patient men skickas även till anhöriga. I breven erbjuds anhöriga att lämna in synpunkter och klagomål. Under pandemin har informationsbrev med nödvändig allmän information om tillvägagångssätt och förhållningssätt för t.ex. ”säkra besök” skickats vid flera tillfällen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till hälso- och sjukvårdspersonal när de inträffar eller upptäcks. Baspersonal rapporterar muntligt och skriftligt på en avvikelseblankett och hälso- och sjukvårdspersonal registrerar inkomna och egna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område i avsedd avvikelsemodul, som är kopplad till journalsystemet VoDok.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- bedöma och vidta nödvändiga åtgärder när en händelse eller en risk inträffar till exempel kontakt med läkare eller fallförebyggande åtgärder.
- rapportera, analysera och registrera avvikelser samt journalföra och utvärdera
- tillsammans med verksamhetschef/biträdande enhetschef utreda bakomliggande orsaker, besluta om och vidta adekvata åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen, och
- informera patient/närstående om händelsen lett till en vårdskada och dokumentera i journalen att information lämnats.

När händelsen uppmärksammas avgör den initiala bedömningen vilka åtgärder som vidtas omgående för patienten. Syftet med en analys och utredning är att så långt det är möjligt klarlägga händelseförloppet och de bakomliggande orsakerna till att händelsen inträffade för att förhindra att den inträffar igen.

Så snart en händelse inträffat ska legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal göra en initial bedömning om det finns misstanke om patienten drabbats av en vårdskada eller inte. Den initiala bedömningen kan också vara att patienten drabbats av en skada som inte är en vårdskada.

Utredningen avslutas med en slutlig bedömning och beslut om patienten drabbats av en skada, vårdskada eller misstanke om allvarlig vårdskada. Beslutet grundar sig på resultatet av den analys och riskbedömning som kommit fram i utredningen. Om utredningen visar att det inte går att förhindra att händelsen inträffar igen ska verksamheten vidta åtgärder för att minska risken för att patienten drabbas av skada eller vårdskada.

Vid misstanke om risk för vårdskada eller allvarlig vårdskada ska biträdande enhetschef och MAS/MAR snarast informeras om händelsen per telefon eller e-post. I de fall utredningen har överlämnats till MAS/MAR, bedömer och beslutar MAS/MAR om händelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller inte.

Biträdande enhetschef ansvarar för att MAS/MAR informeras om utredningar av vårdskador som inte är allvarliga. Vid misstanke om allvarlig vårdskada ansvarar biträdande enhetschef för att MAS/MAR snarast får kännedom om händelsen. Biträdande enhetschef och MAS/MAR ska samverka vid utredning av händelser som kan leda till vårdskador eller allvarliga vårdskador.

Biträdande enhetschef tar kontinuerligt del av avvikelserna i avvikelsemodulen genom att informeras av hälso- och sjukvårdspersonal om att avvikelse inträffat. Både biträdande enhetschef, MAR/MAS samt enhetschefer har tillgång till avvikelsemodulen.

Biträdande enhetschef kallar till kvalitetsråd cirka 1 gång/månad, de yrkes-kategorier som är berörda av händelsen kallas till mötet. Därefter sker återkoppling 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.

En processkarta finns utarbetad för att beskriva och förtydliga ansvarsfördelningen.

Klagomål och synpunkter

Genom månadsbreven som verksamhetsansvariga chefer skickar ut till boende och anhöriga/närstående finns information om hur synpunkter och klagomål kan lämnas. Det finns ett flertal lådor både på enheterna samt administration där blankett med synpunkt eller klagomål kan lämnas. Inkommen synpunkt eller klagomål hanteras skyndsamt av respektive chef, oftast genom personlig kontakt. Inför varje tertiärrapport sammanställs inkomna synpunkter och klagomål, de sorteras utifrån 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 Socialtjänstlagen, 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 verksamhetsansvarig chef som skickar ett underlag till kvalitetscontroller på stadsdelen 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, IVO.

Beställarenheten mottar och diarieför både muntliga och skriftliga klagomål och synpunkter. De återförs direkt till verksamhetschef samt återkopplas i samband med verksamhetsgranskning.

Egenkontroll

Egenkontroll för:	Omfattning demens	Omfattning soma	Källa
Dokumentation i journalsystem Vodok	2 ggr/år	2 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 Capio Legevisitten SÄBO
Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	1 gång/år	1 gång/år	Protokoll
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner	2 ggr/år	2 ggr/år	Nationell PPM- punktprevalens mätning protokoll från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner)
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Varje vecka	Varje vecka	Protokoll
Hygienrund	1 gång/år	1 gång/år	Protokoll från Vårdhygien
Funktionskontroll MTP	Varje vecka/månad/år	Varje vecka/månad/år	MAS/MAR Verksamhetens lokala rutin
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	1-4 ggr/år, utifrån behov	Kvalitetsregister/senior alert Journalsystem VoDok
Nattfasta	2 gånger/år	2 gånger/år	Riktlinjer Socialstyrelsen Vodok journal Verksamhetens lokala rutin
Viktmätning	Var 3:e månad	Var 3:e månad	Kvalitetsregister/ lokal rutin journalsystem Vodok

Förekomst av trycksår	1 gång/år	1 gång/år	PPM-punkt prevalensmätning i kvalitetsregister senioralert/journalsystem Vodok
Vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning	1 gång/år	1 gång/år	PPM- Svenska HALT punktprevalens mätning Kvalitetsregister/senior alert
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	Verksamhetens lokala rutin MAS MAR
Avvikelser/händelser Hälso- och sjukvård	1 gång/månad kvalitetsråd	1 gång/månad kvalitetsråd	MAS/MAR riktlinjer, regler Verksamhetens lokala rutin
Sammanställning/analys	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 Enligt lokal läkemedels rutin, och MAS riktlinje
Patientens klagomål och synpunkter	kontinuerligt	kontinuerligt	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystem

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Följande strategier och arbetssätt används för att nå det övergripande målet, se även figuren ”aktiviteter för hälso- och sjukvård”, sid 8

- Mätning av följsamhet till basala hygienföreskrifter och klädregler genom punktprevalensmätning (PPM-BHK).
- Sammanställning och analys av kvalitetsregister sker tillsammans med kollegor och chefer
- Egenkontroll med strukturerad dokumentationsgranskning, sker utifrån fastställd mall. Årets dokumentationsgranskning har fokuserats på;
 - om den boendes delaktighet finns synlig
 - om hälsoplaner och genomförandeplaner har samma mål och stämmer överens med omvårdnadsåtgärder
 - om brister i kedjan av teamarbete finns
- Enligt lokal rutin för medicintekniska produkter har en checklista för baspersonal som utför funktionskontroller tagits i bruk under året, en utvärdering är utförd. Inventering, kassering och nyanskaffning samt kontroll av exempelvis vårdsängar, mobila hygienstolar samt personvågar har genomförts.
- Mätning av nattfastan, sker (2 gånger/år) i samarbete med dietist och med fastställd mall som är gemensam för hela Stockholmsstad för möjlighet till jämförelser
- Utbildningsinsatser under 2021
 - palliativa ombud i samarbete med Palliativt Kunskapscenter, PKC
 - demensvård för livskvalitet utifrån Silviahemmets vård filosofi för att upprätthålla erhållen certifiering från Stiftelsen Silviahemmet.
 - hygienutbildning, lärarledd, praktisk utbildning i samarbete med Äldreförvaltningen
 - föreläsning om munhälsa i samarbete med Flexident
 - lågaffektivt bemötande, extern utbildning
 - digitala utbildningar t ex våld i nära relation, basala hygienrutiner, delegering
 - ergonomi och förflyttningsutbildning, internt
 - mat- och måltider, måltidsobservation, internutbildning med dietist
 - dokumentation, internt med dokumentationssamordnare
 - specialistundersköterskor, extern 2 år (50 % studietakt)
 - specialistsjuksköterskor, extern 2 år (50 % studietakt)
- Introduktion för nyanställda har i huvudsak skett med handledare på enheten under året. Introduktionsperioden utgår från tidigare erfarenhet och kunskapsnivå. En halvdag med ergonomi och

förflyttningskunskap har också genomförts. En digital utbildningsserie har påbörjats där syftet är att nyanställda kan se 30 minuters inspelat material från olika professioner som t.ex. basala hygienrutiner (MAS) och mat- och måltider i äldreomsorg (dietist).

- Avvikelsehantering/Kvalitetsråd

Finns för varje enhet, ger snabb återkoppling på avvikelser till personer det berör. 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.

- Modell för mottagande och handledd praktik (VFU och APL) av studenter och elever sker i samarbete med högskolor, universitet samt gymnasie- och vuxenutbildning. Adjungerad klinisk adjunkt planerar, organiserar och följer upp samt är kontaktperson gentemot samarbetsparterna. Digital enkät skickas till studenterna efter vfu-periodens slut för att återkoppla studenternas upplevelse och synpunkter till verksamheten

Risikanalyt

Stadens verktyg för riskanalys har använts vid exempelvis risker i arbetsmiljö. Riskanalysen tas fram i team med personal som är berörda tillsammans med chef alternativt i ledningsgrupp. I verktyget ingår att beskriva risken, bedöma allvarlighetsgrad, skapa åtgärder, utse ansvarig samt tidsbestämma uppföljning. Många risker har hanterats i verksamheten under året, se några exempel i tabellnedan.

Hantering av skyddsutrustning
Smittförebyggande åtgärder
Sommarbemanning
Värmebölja
Säkra besök till boende från närstående
Säker bemanning vid ökade sjuktal, personal och chefer
Inför el-avbrott

Ingen överhängande brist på skyddsutrustning under året. Däremot kvarstår problemet med att produkterna varierar så att nya handhavanderutiner ofta behöver revideras, kommuniceras och implementeras kontinuerligt. Det skapar risk för att produkterna inte används korrekt och svårigheter att nå samtlig personal för att informera om förändringarna. En lärdom är att snabba förändringar i skyddsutrustningens handhavande, utseende och produktutförande försvårar följsamheten i stora personalgrupper.

Utredning av händelser - vårdskador

Ett identifierat riskområde är läkemedelshandtering. Flera fördjupade utredningar har skett avseende risk för vårdskada och kommit fram till att läkemedelsavvikelser bör ses över både på organisationsnivå samt på individnivå. Befintliga rutiner för läkemedelshandtering har förstärkts och gemensamma rutiner med nya blanketter för läkemedelshandtering har utarbetats med MAS, men det krävs ytterligare åtgärder för att analysera och grundligare förstå orsakerna till avvikelserna för att sätta in rätt åtgärder.

Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför biträdande enhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid avvikelser sker utredning gemensamt med verksamhetschef och MAS/MAR. Loggrapporter arkiveras på enheten. Ingen utomstående avvikelse har rapporterats av de kontroller som genomförts under året. Den avvikelse som uppstått internt har hanterats.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts delvis under året. Sammanställning och analys samt återkoppling till MAS/MAR samt berörd person i förekommande fall. Loggrapporter arkiverats på enheten. Inga avvikelser har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Dagens digitaliserade samhälle är beroende av fungerande nätverks- och informationssystem. Grundläggande är att tjänsterna är tillförlitliga och säkra. Enligt NIS-direktivet måste åtgärder för att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem tryggas, arbetet har initierats av stadsdelens IT-avdelning och lokala rutiner ska utarbetas.

Behörigheter och åtkomst av olika stödsystem som berörd hälso- och sjukvårdspersonal är beroende av i sitt arbete, tar lång tid att utfärda, vilket kan påverka informationssäkerheten.

En annan orsak som kan påverka informationssäkerheten är det allt svårare läget att nyrekrytera, framför allt hälso- och sjukvårdspersonal. Det leder till ökad andel timanställd och inhyrd personal. Dessutom påverkas verksamheten negativt av de höga sjukskrivningstalen som varit under pandemin. Det medför en ökad användning av tillfällig personal, vilket leder till att det långsiktiga arbetet inte utförs. Det i sin tur kan leda till sämre kontinuitet och att vissa arbetsuppgifter inte utförs exempelvis registrering i kvalitetsregister. Med en mindre andel fast anställd personal och nyckelpersoner som har tilldelats områdesansvar finns också risker med att uppföljningar och uppgifter som kräver kännedom om verksamheten och dess mål inte uppfylls helt.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Delmål 1 säker vård i pandemi	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
	Minska smittspridning av covid-19 med olika åtgärder	<ul style="list-style-type: none"> – utökad egenkontroll i hygien – PPM mätning v 11-12 – Utbildningsinsatser – lokala rutiner – Kohortvård – säkra besök – smittspårning – intagningsstopp – Vaccination 	<p>Utfördes 1 g/v</p> <p>140 observationer av följsamhet till BHK, reg PPM</p> <p>16 deltagare</p> <p>Kontinuerlig översyn och bevaka nya riktlinjer</p> <p>Vårda ett mindre antal smittade personer</p> <p>Besökare anmäler sitt besök på enhet och möts upp av personal. Inga besökare i allmänna utrymmen, alla bär munskydd</p> <p>Flera symtomfria fall både boende och personal upptäcktes vid smittspårning</p> <p>Vid smittspridning</p> <p>Nästan samtliga boende är vaccinerade</p> <p>Färre antal personer som vårdar äldre</p> <p>Stabilitet, kvalitet</p> <p>Minskad sjukfrånvaro på vissa enheter</p> <p>Minskad oro i personalgrupper</p> <p>möjliggör uppföljning, analyser och åtgärder i patientsäkerhetsarbetet</p>	<p>Kvarstår vissa brister i följsamheten till basala hygienrutiner. Implementeringssvårigheterna är</p> <ul style="list-style-type: none"> • snabba ändringar avrutiner, • ändrat produktsortiment, • hög personalomsättning <p>smittbegränsande åtgärder som är nödvändiga men resurskrävande</p> <p>fungerar tillfredställande</p> <p>Vid smittspårning och utökad testning upptäcktes symtomfria smittbärare hos både boende och personal vilket kan varit anledning till smittspridning i verksamheten</p> <p>Påverkar ekonomin negativt, ned mot 80 % beläggning vid intagningsstopp</p> <p>Registrering vid konstaterad smitta sker som avvikelser VRI i VoDok</p> <p>Färre smittade blir svårt sjuka</p> <p>Minska antalet personer som vårdar äldre för att minska risken att smitta äldre i riskgrupp</p> <p>Utvecklat arbetet med Systematiska egenkontroller</p> <p>Samsyn i ledningsgruppen och samarbeten över gränser leder till effektivt resursutnyttjande och till ökad kvalitet och patientsäkerhet</p>
	Säkerställa personal försörjning	<p>Operativt ledarskap</p> <p>Kompetensöversyn</p> <p>Minska andelen timanställda/inhyrd personal</p> <p>Tillsätta vakanta tjänster för baspersonal</p>		
	Minskat ansvarsområden för biträdande enhetschefer	Nyanställning av 6 bitr. enhetschefer		

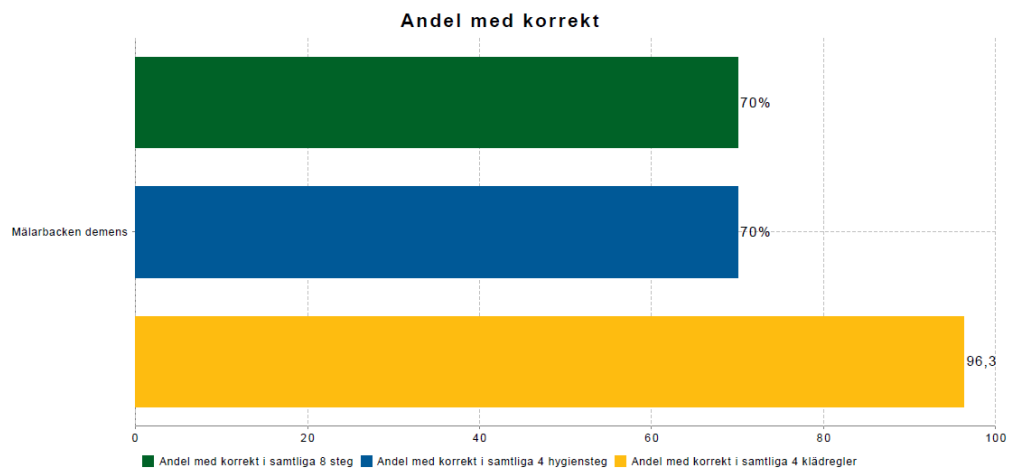
<p>Delmål 2 Symtom kontroll Palliativvård</p>	<p>Strategi/er Palliativa ombud Anhörigstöd Dokumentatiostöd Använda kvalitetsregister</p>	<p>Åtgärd Utbildningsinsatser/palliativa ombud Efterlevandesamtal Utveckla dokumentationen både i hälso- och sjukvårdsjournal och den sociala dokumentationen Palliativa registret Se över inloggningar i registret</p>	<p>Resultat Genomfört utbildningen 20 deltagare I samband med livets slut erbjöds 76,1% efterlevande samtal som registrerats i palliativa registret Varierande. Alla nyanställda får genomgång med dokumentationssamordnare Lagt om organisationsträdet för palliativa registret så att varje enhet kan följa sina resultat</p>	<p>Analys God teckning, finns på varje enhet Närstående saknas i 4,5 %. Resterande bör erbjudas samtal Varierande kvalitet och behov, bitr.enhetschef gör egenkontroller och insatser anpassas på individnivå Stor skillnad mellan enheterna, vissa når målet andra behöver lägga upp en strategi för att förbättra registreringsrutiner</p>
<p>Delmål 3 Undvika/minska risk för undernäring</p>	<p>Strategi/er Teamarbete Nutritionsrutin Mat -och Måltidspolicy Mat -och Måltidshandbok Webb-utbildning</p>	<p>Åtgärd Mätning av nattfasta Utbildning Kvalitetsregister Strukturerad dokumentations granskning</p>	<p>Resultat Över 11 timmar Ökat antal dietistkonsultationer</p>	<p>Analys Ökad delaktighet ökar förståelsen för hur man kan arbeta med måltidsordningen och valet av livsmedel under hela dygnet för att på så sätt minska risken för undernäring hos de äldre. Synlig och tillgänglig dietist har ökat konsultationerna med 30 %</p>
<p>Delmål 4 Vidareutveckla akademisk NOD</p>	<p>Strategier AKA-avtal Samarbetar med högskolor/universitet Deltagande i nätverk både lokalt och nationellt samt Äldreförvaltningen</p>	<p>Åtgärd Forskningsprojekt Akademisk inspirationsdag Studentenkät</p>	<p>Resultat Utvärdering pågår Genomfördes digitalt Mottagande av 55 högskolestudenter</p>	<p>Analys Kräver långsiktigt arbete och stöd från ledning Att delta i nätverk ger inspiration och idéer Samarbeta med ÄF andra sdf ger utökat kontaktnät</p>

Måluppfyllelse: Delmål 1 – säker vård i pandemi

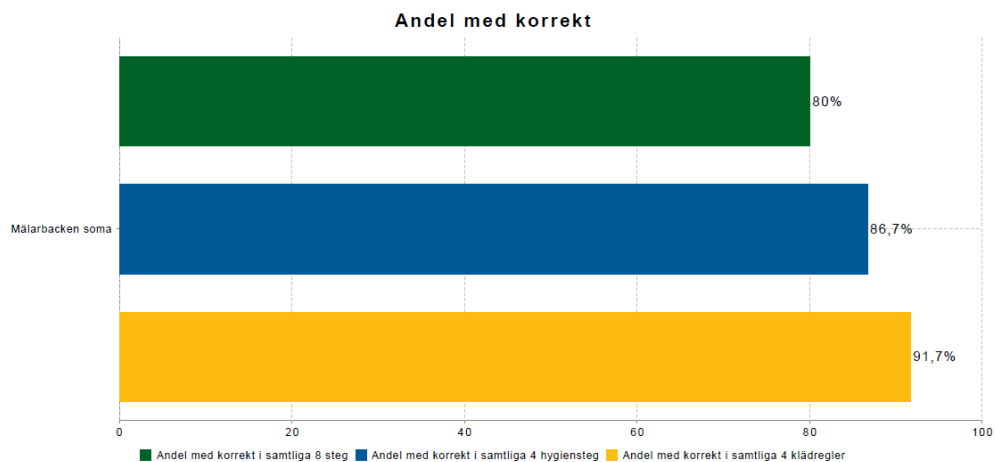
Minska smittspridning: Egenkontrollen ”följsamhet till basala hygienrutiner” utförs 1 gång/vecka, analyseras och sammanställs. Därefter rapporteras den till stadsdelens ledning för äldreomsorg. Brister upptäcks snabbt och åtgärdas direkt genom ett operativt ledarskap. Lokala rutiner revideras kontinuerligt och nya direktiv följs upp veckovis för att korrigera efter Vårdhygiens föreskrifter. Kvarstår risk för hinder i implementeringen av nya rutinerna på grund av att olika typer av produkter och nya material levereras samt hög personalfrånvaro relaterat till karantänsregler, vård av barn samt egen sjukfrånvaro.

Punktprevalensmätning (PPM) genomfördes mellan veckorna 11-12 och registrerades Sveriges kommuner och regioner (SKR) databas. Diagrammet visar resultat av 60 observationer (somatisk inriktning och korttidsvård på Mälarbacken). Observationerna avser 8 olika bedömningskriterier av följsamheten för handhygien samt klädregler. Resultatet visar en större följsamhet för soma- och korttids enheterna än demensenheterna, se figur 3 och 4

Figur 3. 80 registreringar för demens- och profil psykiatri enhet



Figur 4. 60 registreringar för somatisk enhet och korttidsboende



På demensenheten har 80 observationer utförts med ett något sämre resultat för följsamhet i alla 8 steg (grön kolumn), vilket kan bero på att vård av personer med demenssjukdom kräver mer spontana åtgärder vilket kan resultera i att personalen inte kan hantera skyddsutrustningen på korrekt sätt. En riktad utbildning med möjlighet att komplettera traditionella utbildningsinsatser för framförallt språksvaga medarbetare har slutförts i början av året. Att få full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser. Några framgångsfaktorer för att nå förbättrat resultat förutom utbildningsinsatser är regelbunden uppföljning, dialog med närmsta chef och stöd från ledningen.

Kohortvård, betyder att en eller flera patienter vårdas avskilda från andra patienter av särskilt avdelad personal, vilket införts direkt vid känd/misstänkt smitta på boendet. Extra personal har satts in vid otaliga tillfällen under året en dygnet-runt åtgärd som är mycket personal- och resurskrävande.

I syfte att minimera risken för att öka smittspridningen på Mälarbacken tillämpas så kallade ”säkra besök”. Besökarna hänvisas in i huvudentrén där besökaren hämtas av personal, instruerades om handtvätt och skyddsutrustning. Besökaren anmäler besöket i förväg, ledsagas till den boendes lägenhet och efter besöket följs besökaren till utgången av enhetens personal.

Några av verksamhetens enheter hade under en begränsad tid inflyttningsstopp pga. smittspridning och under tiden för smittspårning. Smittspårning utfördes av läkarorganisationen för de boende och personalen smittspårades med hjälp av Smittskydd Stockholm och biträdande enhetschef organiserade och följde upp resultaten och vidtog nödvändiga åtgärder. En mycket frekvent och resurskrävande åtgärd. Dessutom skapar det obehag och påfrestningar för den äldre att genomgå provtagningen. Även en negativ påverkan på ekonomin då vissa enheter tidvis har legat på en ca 80 % belägningsgrad med många tomma lägenheter som inte kunnat beläggas pga. risker för smittspridning.

Lokala rutiner som extra städning för tagytor (ledstänger, hissar, dörrhandtag) i allmänna utrymmen har införts. Städning av tagytor i den boendes lägenhet, personliga hjälpmedel och gemensamma lokaler på enheten utfördes av vårdpersonal. Signeringslistor användes för att kontrollera att det genomfördes.

Lokala rutiner för skyddsutrustning fick revideras eller skrivas om pga. olika material som levererades från Regionen, vilket försvårade implementering. Det blev snabba ändringar och svårigheter att nå ut till samtliga medarbetare på kort tid. Dessutom fanns nyanställda och hyrpersonal i verksamheten som inte hade samma möjligheter att ta del av informationen.

En förrådsorganisation upparbetades lokalt för att säkerställa att skyddsutrustning fördelades till alla enheter. Inventering en gång/vecka samt beställning och utlämnande till enheter som hade behov, vilket har fortsatt och har fortgått under hela året. För att säkerställa tillgången av skyddsutrustning även på kvällar och helger finns ett skåp där alla enheter kan hämta vid behov.

Vaccination mot covid-19 dos 1, 2 och 3 har getts till samtliga boende med några få undantag. Doserna har beställts och administrerats av sjuksköterska samt läkare kontinuerligt under hela året samt registrerats i Regionens vaccinregister. Vid nyinflyttning erbjuds vaccin till de som ännu inte hunnit bli fullvaccinerade.

Säkerställa personalförsörjning

Inför risken att drabbas av höga sjukskrivningstal med kort varsel relaterat till smittspridningen hyrdes personal in för både chefer, legitimerad personal samt baspersonal. I och med ett nära ledarskap med chef på plats varje dag kunde personal fördelas utifrån dagliga behov. När pandemin gick in i ett lugnare skede gjordes en kompetensöversyn och vakanta tjänster/vikariat tillsattes för att minska andelen timanställd/inhyrd personal i syfte att minska antalet personer som vårdar den äldre, vilket är en riskfaktor för att drabbas av smittspridning.

Minskat ansvarsområden för biträdande enhetschefer

Det operativa ledarskapet ger förutsättningar att utveckla arbetet med systematiska egenkontroller. Fördel med samsyn i ledningsgruppen leder till samarbete och effektivt resursutnyttjande och ökad kvalitet vilket främjar patientsäkerhet.

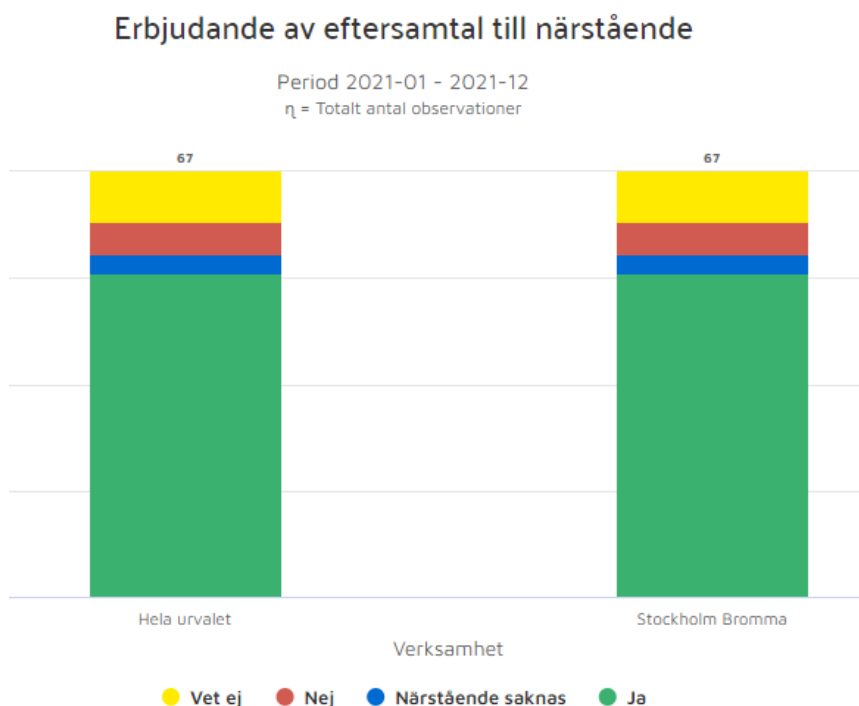
Måluppfyllelse: Delmål 2 – symtomkontroll palliativvård

Antal avlidna under 2021 var 112 personer med en fördelning på mellan 2-25 dödsfall per enhet. Endast 59 dödsfall är registrerade i palliativa kvalitetsregistret, se resultat i figur 6 resultat i spindeldiagram nedan. Den låga andelen av registrerade dödsfall kan dels förklaras med hög arbetsbelastning under året men också dels av en del nyanställd och inhyrd personal som inte kände till att uppgiften skulle göras alternativt saknar inloggning till registret.

Diagrammet visar ingen avsevärd förbättring eller försämring vad gäller kvalitetsindikatorerna, utan resultaten totalt ligger på ungefär samma nivå jämfört med året innan för Mälarderbacken. På lokal nivå finns däremot en del goda exempel. I figur 7 ses en enskild enhet med demensinriktning som har höga resultat på kvalitetsindikatorer avseende god vård i livets slut. Det tyder på att resultaten blir positiva när rätt förutsättningar finns på plats. Eftersom varje enhet registreras för sig sedan mars 2021 kan åtgärder för att uppnå högre andel registreringar och åtgärder för att uppnå målvärden för kvalitetsindikatorerna sättas in där behoven finns.

När det gäller efterlevandesamtal till anhöriga/närstående till personer som avlidit har 76.1 % erbjudits samtal.

Figur 5



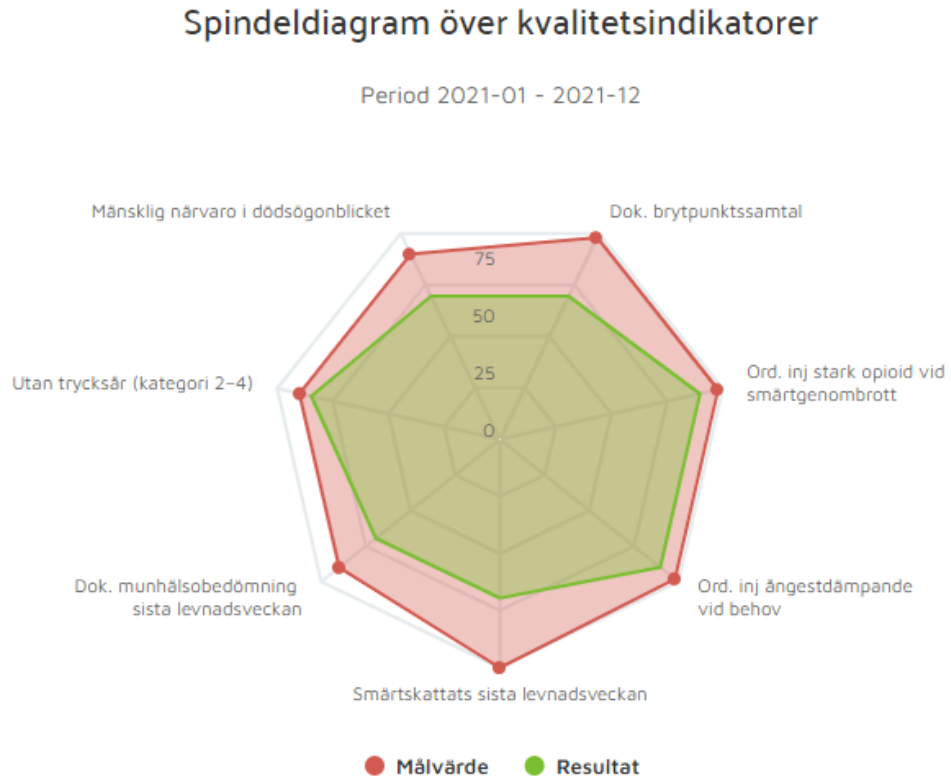
I den nya chefsorganisationen för Mälarderbacken har två biträdande enhetschefer tilldelats ansvar för att utveckla och kvalitetssäkra den palliativa omvårdnaden. Utbildningen av palliativa ombud är slutförd under året och ombuden finns placerade på varje enhet. Diskussion och åtgärdsplan är pågående om vilken stödjande

funktion och vilka arbetsuppgifter de palliativa ombuden ska ha.

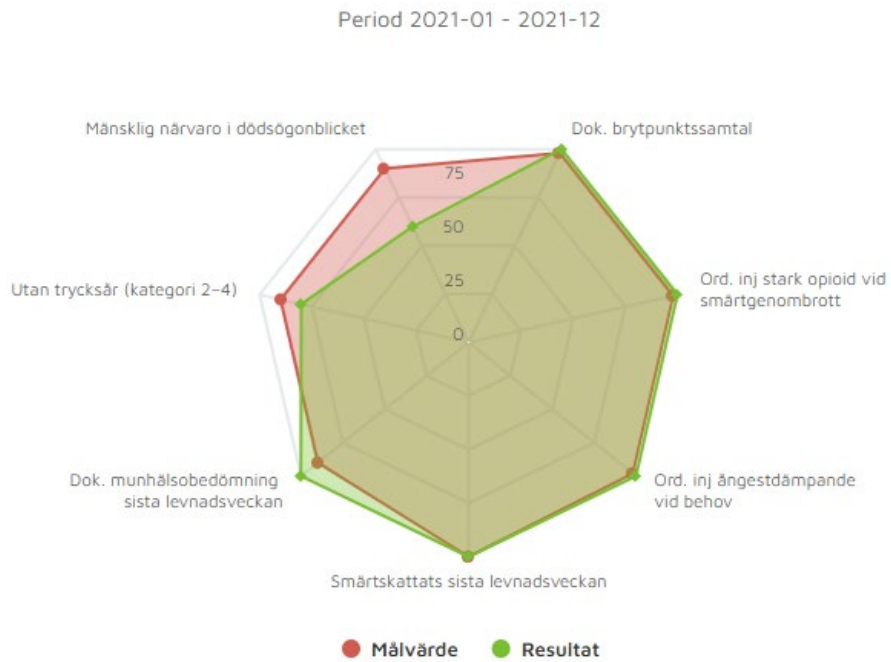
Även i kvalitetsregistret ”palliativregistret.se” finns en förbättring som gäller från år 2022 med en ny funktion där registrering av endast namn och personnummer behöver ske i samband med dödsfallet för att sedan återupptas och slutföra registreringen i ett lugnare skede då datainsamlingen hunnit ske. Dessutom är frågorna i registret tydligare och har fler svarsalternativ samt är försedda med en hjälptext. Förhoppningen är att åtgärderna ska leda till att öka antalet registreringar i Palliativregistret.

IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg) har begärt att få in vård- och omsorgsjournaler för 300 personer som vistats på boendet under året. Syftet har varit att granska dokumentationen under pandemin i äldreomsorg. Urvalet, vilka personer och vistelsetid var angivet från IVO. Journalerna har laddats ned och formaterats till pdf-format för vidare överlämnande till IVO, ingen återkoppling har ännu kommit.

Figur 6. Mälarbacken totalt 59 registreringar i palliativa registret 2021



Figur 7. En demensenhet, 9 registreringar



Måluppfyllelse: Delmål 3 – undvika/minska risk för undernäring samt att nattfasta understiger 11 timmar i enlighet med socialstyrelsens rekommendationer

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.

Nattfastan har registrerats och beräknats vid två tillfällen under 2021. I mars och i oktober. Under vårens mätning mättes totalt 217 individer. Resultatet beräknades och sammanställdes av dietisterna. I enlighet med mallen för denna egenkontroll i stadens system för ledning och styrning (ILS), räknas antal individer samman som hamnar i olika tidsspann, t ex under 10 timmar, mellan 10-11 timmar, 11-12 timmar osv.

I resultatet från våren 2021 bedömdes 96 individer ha en nattfasta som understeg 11 timmar, medan 121 individer var över 11 timmar. Under höstens mätning beräknades totalt 260 personers nattfasta under 3 dygn och resultatet visade att 136 av dessa hade en nattfasta som understeg 11 timmar och 124 individer hade en fasta som översteg 11 timmar.

I procenttal räknat, hade 56 % över 11 timmar under våren och 48 % över 11 timmar under hösten, se figur 8. Totalt under året hamnar 49 % under 11 timmar medan mer än hälften, dvs 51% hamnar på en nattfasta över 11 timmar.

Figur 8. Nattfastemätning 2021, antal personer inom de olika tidsspannen

Antal timmar	Under 10	10 till 11	11 till 12	12 till 13	13 till 14	Över 14	Totalt	Under 11	Över 11
Personer								Procent %	Procent %
Vår	66	30	51	38	17	15	217	44	56
Höst	106	30	38	36	24	26	260	52	48
Totalt MB	172	60	89	74	41	41	477	49	51

Skillnaden mellan höst och vår kan bero på flera orsaker. Inför båda mätningarna hölls utbildningar för såväl biträdande chefer som SoL-personal för att öka kunskapen kring varför man mäter nattfastan, hur blanketterna fylls i på ett korrekt sätt samt hur man kan förkorta nattens fasta. Höstens mätning sammanställdes mestadels av de biträdande enhetscheferna utifrån dietisternas råd om att en självständig beräkning ger ökad möjlighet till insyn i verksamheten och ökad förståelse för hur man kan arbeta med måltidsordningen och valet av livsmedel under hela dygnet. Syftet var att minska risken för undernäring hos de äldre.

Totalt hade Mälarbacken 132 dietistkonsultationer under 2021 jämfört med 65 konsultationer under 2020. Det är en ökning med 30 % och bedöms vara en effekt av att dietisterna varit synliga och tillgängliga i verksamheten. I takt med att Covid-restriktionerna släppte har dietisterna kunnat öka sin fysiska närvaro. Ett flertal olika utbildningar för både HSL- och SoL personal genomfördes också under senhösten, vilket ökade antalet dietistkonsultationer.

Två utbildningstillfällen hölls på temat ”Nutrition, fokus undernäring” där man bland annat gick igenom aktuella rutiner som förtydligar ansvarsfördelningen mellan dietist och sjuksköterska avseende nutrition. Vid dessa två tillfällen deltog sammanlagt 8 sjuksköterskor. Utbildningarna visade sig vara värdefulla och förhoppningen är att de kommer att erbjudas även under kommande år.

I utbildningen ”Den äldre och nutritionen” som också hölls vid två olika tillfällen, deltog sammanlagt 41 SoL-personal från samtliga avdelningar utom en. Här fokuserade man på att ge en grundutbildning i hur den äldres behov ser ut och varför i syfte att förhindra/ minska risk för undernäring hos de boende. I december kunde även utbildning för måltidsombuden hållas vid två tillfällen. Där riktades utbildningen till att handla om hur man genomför egenkontrollen Måltidsobservationer, något som inte har kunnat göras under de senaste 2 åren pga Covid men som man nu hoppas ska kunna genomföras under våren 2022. Totalt deltog 12 personer. Några enheter saknade måltidsombud vid utbildningstillfället.

Vid samtliga utbildningar presenterades Mat -och Måltidspolicyn med tillhörande Mat -och Måltidshandbok som finns i Staden. Dessa delades ut i fysisk form och medarbetarna informerades om att det även finns en digital utbildning på Stadens Utbildningsplattform som heter ”Mat och måltider för äldre”, vilken bygger på detta material.

Dietisten deltog vid flera ”kostråd” som hölls tillsammans med kostchefen och några av de boende på de somatiska avdelningarna under hösten. Syftet med rutinen ”nutrition med fokus på undernäring” är att säkerställa arbetet med att förebygga, utreda och behandla nutritionsrelaterade problem med fokus på undernäring inom äldreomsorgen.

Ytterligare stöd för att motverka undernäring är kvalitetsregistret ”senioralert.se”, samt webb-utbildningar och broschyren ”mat- och måltider som kan användas som verktyg vid implementering.

För varje enskild individ som har risk för undernäring görs en individuell hälsoplan med utredning, analys och åtgärder samt uppföljning.

Figur 9 illustrerar hur kvalitetsregistret används 2021 som screeninginstrument för att förebygga och motverka ohälsa genom bedömning, åtgärder och uppföljning av vårdåtgärder.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Mälärbackens Vård och Omsorgsboende	280	96% ↑ 447 av 465	94% ↑ 418 av 447	98% ↑ 439 av 447	79% ↑ 350 av 442
Trycksår		39% ↑ 183 av 465	98% ↑ 179 av 183	99% ↑ 181 av 183	77% ↑ 141 av 182
Undernäring		67% ↓ 312 av 465	97% ↑ 302 av 312	98% ↑ 307 av 312	78% ↑ 242 av 311
Fall		84% ↑ 392 av 465	95% ↔ 374 av 392	98% ↑ 385 av 392	80% ↑ 307 av 385
Munhälsa		44% ↔ 204 av 464	93% ↑ 189 av 204	99% ↑ 201 av 204	73% ↑ 146 av 200

Måluppfyllelse: Delmål 4 – vidareutveckla akademisk nod

Ett resultat av samarbetet mellan akademi och verksamheten är att en forskargrupp från Karolinska Institutet testat en mobilapplikation som är utvecklad för att ge stöd till anhöriga som vårdar personer med demenssjukdom i hemmet. Applikationen kallas STAV (Stöd Till Anhörig Vårdare) och har testats med anhörigvårdare som har gäster i dagverksamheten. Utvärdering pågår och testningen kommer att fortsätta även under 2022.

Genom ett samarbete mellan akademiska noderna i Stockholms stad, högskolor och Äldreförvaltningen arrangeras en årlig akademisk inspirationsdag. Intentionen är att den ska vara en fysisk mötesplats för olika professioner och ett tillfälle för lärande och inspiration för både anställda och studenter. Pga. pandemin blev den digital med hjälp av äldreförvaltningens tekniska resurser. Högskolorna stod för ett gediget innehåll med intressanta föredrag, Mälärbacken bidrog med föreläsningen ”Nyanser av väntan och sökande” med arbetsterapeut som var nyexaminerad från masterprogrammet i demensvård.

Samarbete med högskolor/universitet, Äldreförvaltningen och nätverk i olika grupperingar pågår kontinuerligt för att upprätthålla en god kvalitet på mottagandet av studenter och elever. Studentmottagande av olika yrkeskategorier sker utifrån en modell som byggts upp under de år som verksamheten varit Akademisk nod.

Trots det ansträngda läget under pågående pandemi kunde alla planerade studenter och elever tas emot i verksamheten. Men specifikt under höstterminen saknades erfarna handledare på flera enheter, vilket skapade en del problem både för studenter och verksamheten. Resultatet av enkäten avspeglar också denna problematik.

Enkät i digitalt format, skickas anonymt till alla studenter samt med en påminnelse, under höstterminen 2021. Möjlighet finns att skriva egna kommentarer till varje fråga. Svarsnivån är ca 67 %, men det ger ändå indikationer på styrkor och utvecklingsområden med VFU-platserna.

Figur 10. exempel på kommentarer

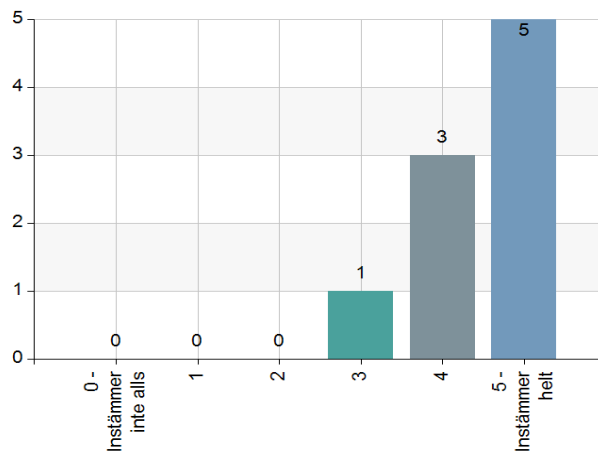
Kommentar från enkät till studenter, hösttermin 2021
Alla lika engagerad. Från verksamhetschefen till de övriga professioner
Väldigt blandat. Ömsom fantastiskt och inspirerande och ömsom katastrofalt.
Alla va super snälla och trevliga. Kände mig välkommen och trygg.
Kommentar från enkät till studenter, höstterminen 2021
Underbar människa, väldigt pedagogisk och hade alltid med sig det lilla extra som ibland man behöver som student
Min handledare har varit fantastisk. Även de andra sjuksköterskorna har varit bra även om det har varit väldigt rörigt eftersom det varit mycket bemanningspersonal.
Hon va otrolig!

Peerlearning är en handledningsmodell som bygger på att handledas i par, dvs en handledare och två studenter. Lärosätena efterfrågar denna handledarmodell vilket anses bidra till personcentrerat lärande och upplevs positivt av studenter enligt flera undersökningar. Att lära i Peer kan innebära att två studenter planerar, utför och reflekterar ett vårdmoment, innan tar handledaren ställning till om momentet är lämpligt att utföra. Studenterna tar reda på teoretiska kunskapskrav, presenterar det för handledaren som korrigerar vid behov, studenterna utför momentet (en student gör och den andra observerar), återkopplar sedan till handledaren för reflektion och kunskapsutbyte.

En annan handledarmodell är ”interprofessionella studentteam”. Budskapet i modellen är att lära med, av och om varandras yrkesprofessioner. Syftet är att förbättra den kliniska kvalitén, patientsäkerheten, patientnöjdheten samt medarbetarnas arbetsmiljö. Som utbildad ”facilitator” i interprofessionellt samarbete och lärande kan facilitatorn initiera och stödja teamsamarbete och grupprocesser samt sätta fokus på ett ökat lärande mellan professionerna för att nå en högre grad av personcentrerad vård. Tre medarbetare har deltagit i en utbildning i ämnet och har för avsikt att testa modellen under kommande år.

Figur 11. Resultat från frågor ställda till studenter efter genomförd vfu (verksamhetsförlagd utbildning)

Fråga 9. Jag har fått möjlighet att omsätta mina teoretiska kunskaper



Kommentar

Det finns gott om utrymme, tid. Även tillgång til en utbildningsrum

Men mest på eget initiativ, vilket iofs är helt okej.

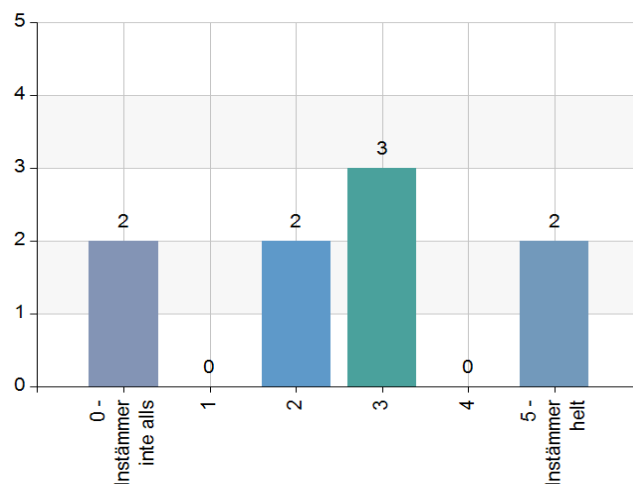
Jag har fått öva och utveckla de områden som jag haft som målbeskrivning och stor hänsyn till min tidigare erfarenhet har tagits. Det har gjort det hela utvecklande.

Lärde mig mycket och uppfyllde alla mål

På Mälarbacken erbjuds peerlearning på vissa enheter och av några handledare. Men handledarnas bristande kunskap om att använda modellen är ett hinder för att genomföra modellen fullt ut.

Figur 12, se fråga 17

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



Kommentar

ja

Ensam student på avdelningen så inte varit möjligt.

delvis

Studenterna får även ett interprofessionellt lärandetillfälle (IPL) under verksamhetsförlagd utbildning (vfu) på Mälarbacken. Där ges möjlighet att få information av legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och sjuksköterska som arbetar i kommunal hälso- och sjukvård. Studenterna får arbeta med ett patientfall där flera yrkeskategorier och i teamsamverkan kan komma fram till den bästa möjliga vården för en fiktiv person. Under den verksamhetsförlagda perioden erbjuds studenterna att delta i en föreläsning i dokumentation i äldreomsorg med dokumentationssamordnare från stadsdelen.

Avtalet för uppdraget som Adjungerad Klinisk Adjunkt tecknas mellan Bromma stf/Mälarbacken och Karolinska Institutet och är förlängt i två år till 2023.

Femtiofem studenter som studerar vid högskola/universitet har gjort VFU i verksamheten under 2021. Perioderna är mellan 2-5 veckors VFU beroende på yrkesprogram och utbildningsnivå. Mälarbacken tar emot studenter både i grundutbildning för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut och på avancerad nivå (specialistsjuksköterska i vård av äldre) samt kompletteringsutbildning till svensk legitimation för både sjuksköterska och fysioterapeut. Det ställer högre krav på yrkeshandledaren att ha olika nivåer på studenterna eftersom lärandemålen skiljer sig mellan de olika utbildningsprogrammen och längden på VFU-perioden. Det väcker tankar och funderingar kring hur yrkeshandledarna kan stärkas i sin viktiga roll som bör beaktas i framtiden. Dietisterna hade även en student som auskulterade under två dagar i Bromma stadsdelsförvaltning.

I syfte att göra den akademiska noden tydligare för medarbetare har en broschyr samt en film tagits fram i samarbete med Äldreförvaltningen. Materialet är ännu inte färdigt men kommer förhoppningsvis ut i början av år 2022.

Avvikelser

Trots ett ansträngande år har avvikelser fortsatt registrerats vilket gynnar patientsäkerhetsarbetet. Det gör att händelser uppmärksammas, kan åtgärdas och förebyggas. Det visar också på transparens och öppenhet och strävan mot förbättring i verksamheten.

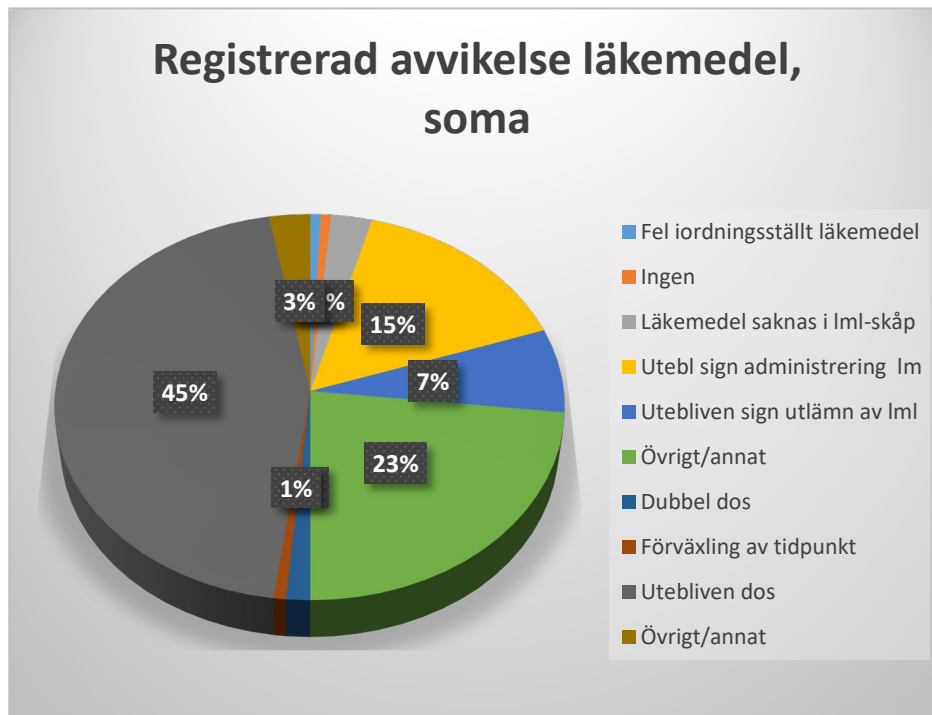
Ett av målen för 2021 var att implementera en ny lokal läkemedelsrutin som syftade till att förhindra allvarliga avvikelser. Under året har det nya konceptet införts med ett stort antal olika blanketter för läkemedelshanteringen med syfte att samtliga enheter ska ha samma system. Utvärdering av blanketterna har visat att det ännu inte finns någon tydlig koppling mellan det nya blankettsystemet och avvikelserna avseende minskat antal eller innehåll. Vissa användare uppfattar blanketterna som bakåtsträvande eftersom de skrivs förhand istället för att printas från journalsystemet VoDok. Det finns också risker med handskrivet ifyllda blanketter såsom svårsläslig personlig handstil samt risk att skriva fel. En del av användarna av samma system tycker det fungerar ganska bra och att det blivit tydligare och säkrare samt att man har lättare att följa upp vid eventuell avvikelse.

Läkemedelsavvikelserna är ett uppmärksammat område då flera av dem har lett till fördjupad utredning av MAS om vårdskada eller risk för vårdskada. Patientsäkerhetsbefrämjande åtgärder har tagits fram av MAS i samråd med verksamhetschef samt berörd personal. En av lärdomarna resulterade i ändrat nyckelsystem för samtliga enheter samt en ny lokal läkemedelsrutin med gemensamma rutiner med samma struktur på samtliga enheter. På enhetsnivå har åtgärder som planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet genomförts. Dessutom översyn av delegering, förändring i nyckelhantering och krav på genomförd e-utbildning ”jobba säkert med läkemedel” för delegerad personal

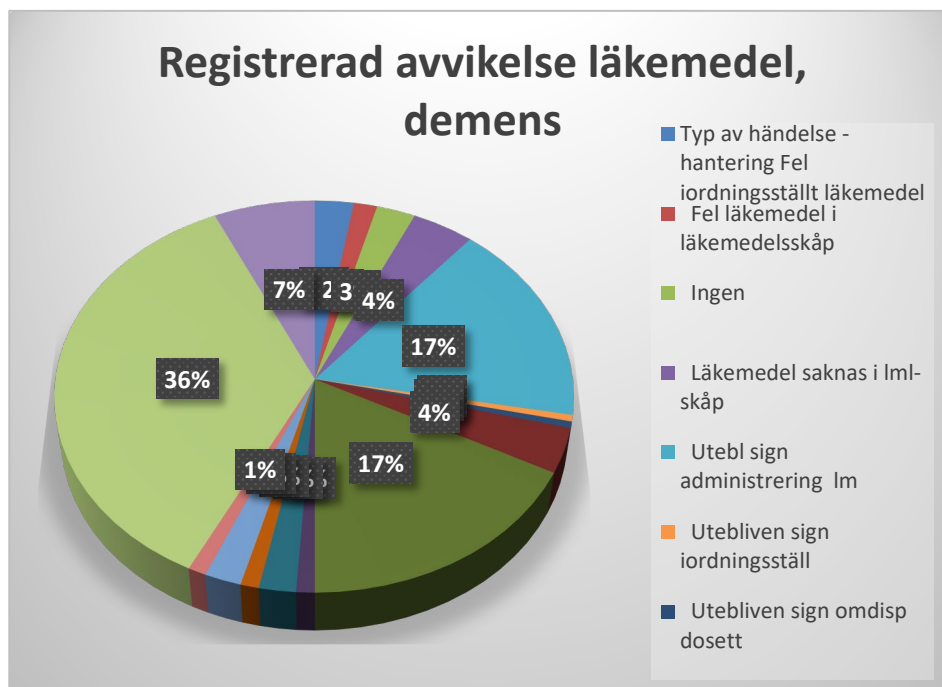
Nedanstående figurer 13-14, visar utdrag från avvikelsemodul i VoDok, vilka beskriver vilken typ av avvikelse och vilka avvikelser som återkommer. En analys är att det är tre olika avvikelser som är återkommande. Men det behövs en noggrannare analys för att förstå de bakomliggande orsakerna. En av åtgärderna bör vara att genomlysa vissa typer av avvikelser då de är registrerade som annat/övrigt och utebliven dos. Dessutom tyder det på att personal registrerar avvikelser på olika sätt, vilket kan snedvrída resultatet. Det är också stor skillnad på antalet avvikelser som registrerats i verksamheterna. Viktigt att framhålla är att varje händelse hanteras av respektive chef i samband med kvalitetsråd på enheten där avvikelserna rapporterats. Varje avvikelse utreds av biträdande enhetschef och åtgärden anpassas utifrån avvikelserns orsak och allvarlighetsgrad. Därefter tas avvikelserna och eventuella nya rutiner som införts för att förhindra liknande händelse upp på APT (arbetsplatsträff) för information. När utredning och åtgärder är klart skrivs även dessa in i avvikelsemodulen så att både MAS

och MAR kan följa upp varje enskild avvikelse för eventuella ytterligare åtgärder. Vid allvarlig avvikelse kontaktas MAS/MAR per telefon för att delta i utredningen utan dröjsmål.

Figur 13. diagram för avvikelser soma



Figur 14. diagram för avvikelser demens

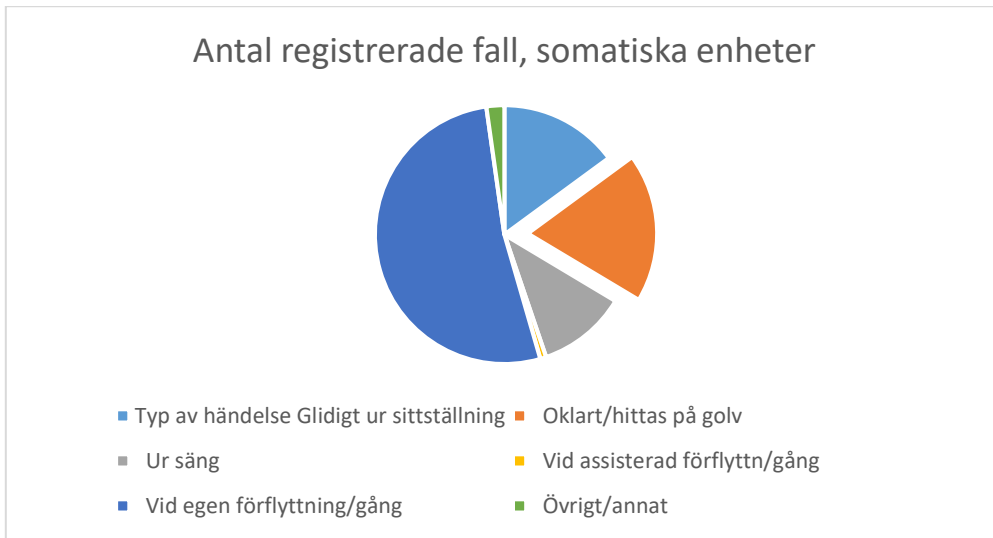


De patienter som haft konstaterad covid-19 infektion har registrerats som en avvikelse under vårdrelaterad infektion (VRI) i journalmodul, VoDok.

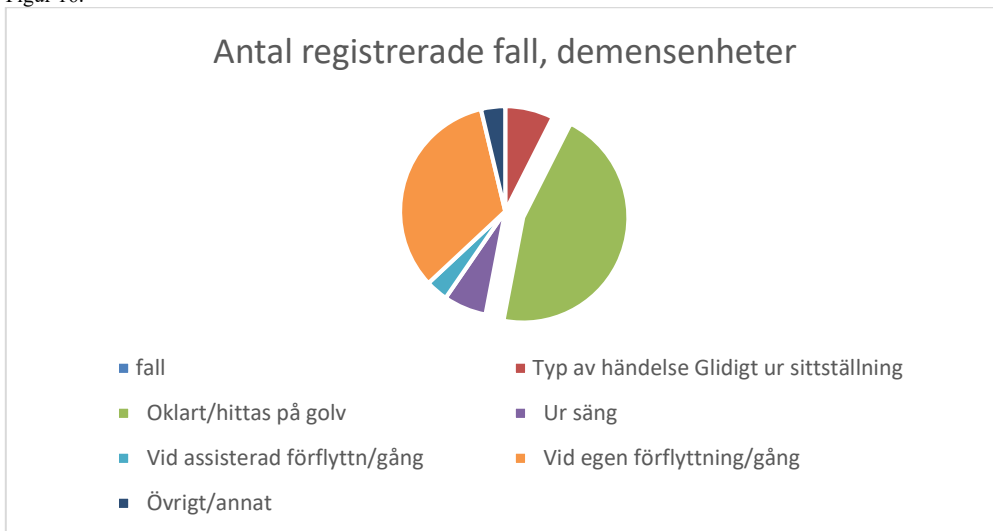
Fallhändelse är den absolut mest frekventa avvikelserna och omfattar personer som oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Det innebär att ett fall inte enbart är när någon snubblar eller halkar, utan även när någon rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol. Alla fallhändelser rapporteras som avvikelser och hanteras personcentrerat i hälso- och sjukvårdsjournal, kvalitetsregister och i teamsamverkan med olika yrkesprofessioner.

Vid kvalitetsråd på respektive enhet sammankallar biträdande enhetschef yrkesprofessionerna för att i teamsamverkan arbeta fram förebyggande åtgärder i syfte att händelsen inte upprepas. Fallskada är en fysisk konsekvens som uppstår vid ett fall. I figurerna 15-16 nedan redovisas de orsaker som förekommer och registrerats som fallavvikelse på somatiska samt demensenheter under hela året. Den övervägande majoriteten är fall i samband med egen förflyttning. Det som skiljer är att fallen på demensenheterna utgör en större andel och där det är oklart hur fallet gått till när den boende hittats på golvet.

Figur 15.



Figur 16.



Antal avvikelser och brister som registrerats i modul till VoDok är många och hanteras var för sig på respektive enhet där de uppkommit. Vid sammanställningen kan mönster ses på aggregerad nivå, vilka behöver och kommer att åtgärdas utifrån organisatoriska aspekter.

Klagomål och synpunkter

Ytterligare ett år i pandemi har påverkat inflödet av både synpunkter och klagomål till en mycket låg nivå. Endast sju positiva synpunkter har inkommit till verksamheten och diarieförts under året. De flesta handlar om god omvårdnad och gott bemötande i svåra stunder samt att anhöriga uttrycker att de känner trygghet. Klagomål och synpunkter återförs till personal vid arbetsplatsträffar, APT. Viktiga lärdomar utifrån inkomna synpunkter; är att det är viktigt för anhöriga/närstående med god kommunikation, att bli lyssnade på som anhörig/närstående och att personalen kan förmedla trygghet för att skapa tillit.

Händelser och vårdskador

En händelse som hade kunnat medföra allvarlig vårdskada inträffade i november 2020, men anmälan enligt Lex Maria är daterad och diarieförd 21-12-15 i Bromma stadsdelsförvaltning. Händelsen avser risk för smittspridning av samhällsfarlig smitta. Händelsen avsåg personal som inte följde förhållningsregler och skyddsplikt för hushållskontakter gällande covid-19 för perioden. Det går inte att med säkerhet bedöma hur smittan kom in på enheten och vem som smittat vem, men samlat bedöms händelsen ha utgjort en betydande risk för smitta och smittspridning av Covid-19. Det bedöms vidare ha orsakat en allvarlig risk för vårdskada. Sannolikheten att detta skulle inträffa igen bedöms som medelstor om inte åtgärder genomförs. Utredningen av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) identifierar brister i att säkra ett nära ledarskap för nattpersonalen, samt brister i att säkerställa att personal kände till senaste riktlinjer, regler och rutiner. Vidare är det alla medarbetares ansvar att följa regler, rutiner och riktlinjer samt att hålla sig uppdaterade. Handlingsplan är upprättad och pågående. Ingen återkoppling från IVO har nått verksamheten ännu.

Brister i vårdkedjan

17 avvikelser som avser brister i vårdkedjan finns registrerade under året. Bristerna avser information, läkemedel och trycksår. Nio av händelserna är registrerade som övrigt/annat och redovisas inte här. Två av händelserna har gått vidare till utredning av MAS/MAR avseende vårdskada.

Risikanalys

Riskbedömningar kopplat till pandemin med covid-19 har varit flera under året. De mest omfattande riskbedömningarna har innefattat smittspridning, besök på vård- och omsorgsboendet samt hantering av skyddsutrustning, personalförsörjning och nära ledarskap.

Stor vikt vid och många resurser har lagts på att hantera skyddsutrustning och att arbeta med basala hygienrutiner och kohortvård samt smittspårning av både boende och personal för att skydda de äldre mot spridning av covid-19.

Under hela året har ”säkra besök” tillämpats. Det innebär att anhöriga anmäler på enheten när besöket ungefär kommer att äga rum. Besökare hänvisas till huvudingång där skyddsutrustning tas på, enhetens personal ledsagar besökaren till den boendes lägenhet. Besökare får inte vistas i gemensamma lokaler inomhus som dagrum, samlingslokaler eller caféverksamheten.

Boende som besökt anhörig i hemmet riskbedöms vid återkomsten och både provtagning och karantän har förekommit efter en hemvistelse. Riskbedömningar har även gjorts på boende som vistats på sjukhus när personen återkommit till boendet.

Mål och strategier för kommande år

Utifrån analysen av året som gått har följande mål utarbetats med hjälp av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Mål

- stärka analys, lärande och utveckling i syfte att nå ökad patientsäkerhet

Övergripande strategier

- öka systemförståelsen
- öka insikten om bakomliggande orsaker

Planerade aktiviteter och egenkontroller

- genomgång av avvikelser
- analysera resultaten från egenkontrollen
- identifiering av mest förekommande riskområden, riskbeteenden, samt skillnader mellan enheter
- öka kunskapsnivån
- egenkontroll - avvikelsemodul
- egenkontroll måltidsobservation
- egenkontroll nattfastemätning

-

Bilaga 1

Resultat från kvalitetsregister Senior Alert

I skärmsklippet från kvalitetsregistret Senior Alert ses att 280 unika personer registrerats på Mälarbacken under året 2021.

Resultatet bekräftar att 447 riskbedömningar är utförda och 96 % av alla registrerade hade minst en, men oftast flera risker, antingen risk för trycksår, undernäring, fall eller ohälsa i munhåla. Bedömningarna är ett screeningunderlag som ligger till grund för utredning och evidensbaserade åtgärder som kopplas till hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournal. Det indikerar att de som flyttar in på vård- och omsorgsboendet är mycket sköra och multisjuka och har omfattande hälsorisker.

Figur 17.

Mälarbackens Vård och Omsorgsboende	280	96% ↑ 447 av 465	94% ↑ 418 av 447	98% ↑ 439 av 447	79% ↑ 350 av 442
Trycksår		39% ↑ 183 av 465	98% ↑ 179 av 183	99% ↑ 181 av 183	77% ↑ 141 av 182
Undernäring		67% ↓ 312 av 465	97% ↑ 302 av 312	98% ↑ 307 av 312	78% ↑ 242 av 311
Fall		84% ↑ 392 av 465	95% ↔ 374 av 392	98% ↑ 385 av 392	80% ↑ 307 av 385
Munhälsa		44% ↔ 204 av 464	93% ↑ 189 av 204	99% ↑ 201 av 204	73% ↑ 148 av 200

HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Metoden används för mätningar i hela Europa (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities). Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämmd dag på vård- och omsorgsboendet. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

Resultaten från samtliga enheter med permanentboende Mälarbacken (mätningen utfördes en dag i november 2021) visar på en låg antibiotika användning (2,4 %) totalt, trots en hög andel vårdtyngdsindikatorer som de boende hade vid mättillfället t ex inkontinens, sängliggande/rullstolsburen, hög ålder, desorientering, kvarliggande kateter och sår.