

Patientsäkerhetsberättelse

Väderkvarnens utförarenhet

År 2019

2020-02-07

Ann-marie Henriksson Verksamhetschef Väderkvarnens Vård- och omsorgsboende
Charlotta Johansson Verksamhetschef Malmskillnadsgatans gruppboende
Winnie Nordangård biträdande enhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
VÄDERKVARNENS UTFÖRARENHET.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	9
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	10
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS.....	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser.....	14
Klagomål och synpunkter.....	16
Mål och strategier för kommande år.....	17

Sammanfattning

Väderkvarnens utförarenhet är organiserad under äldreavdelningen på Norrmalms stadsdelsförvaltning. Verksamheten har Hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå för

Väderkvarnens servicehus, Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, Mimer och Klockhusets dagverksamheter samt Malmskillnadsgatans gruppbostad. Väderkvarnens Hälso- och sjukvårdsenhet har utsedd ansvarig sjuksköterska för de olika verksamheterna.

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver verksamhetens processer, rutiner och genomfört patientsäkerhetsarbete. Vidare beskrivs det övergripande kvalitetsarbetet och kompetensutvecklingen. Målet med patientsäkerhetsarbetet är att öka vårdens kvalitet samt att minska risker och förhindra vårdskador.

Väderkvarnen har under året fortsatt arbetet med att utveckla ledningssystemet, egenkontrollen, de lokala rutinerna och det teambaserade arbetssättet. Loggkontroll har genomförts en gång i månaden för uppföljning av åtkomst till journaler. Teammöte har hållits en gång per månad på samtliga avdelningar. Omvårdnadsansvarigsjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, biträdande enhetschef och omvårdnadspersonal deltar på dessa möten.

För att bidra till ökad livskvalité för de demenssjuka arbetar verksamheten utifrån Silviahemmets vårdfilosofi. Under 2019 har verksamheten fortsatt med reflektionsmöten och förnyat sin Silviacertifiering.

För att säkerställa bemanning av sjuksköterska har verksamheten sett över och infört ett nytt schema vilket medfört att fler sjuksköterskor är i tjänst dagtid, minimibemanning är alltid en sjuksköterska på plats i verksamheten.

Analys av verksamhetens avvikelser visar ett behov av att öka följsamhet till riktlinjen för avvikelshantering. Verksamheten har låga siffror för anmälda avvikelser gällande exempelvis läkemedel.

Under 2019 har verksamheten fortsatt att arbeta med de nationella kvalitetsregistren, Senior Alert, Svenska palliativ registret och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom). Resultatet för 2019 visar förbättringar vad gäller antalet registreringar.

Struktur

Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder för att förebygga att patienten drabbas av vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig skada, psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Visionen är noll vårdskador.

Vårdtagare och närstående ska ges möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar och samverkan med vårdtagare ska vara en del i det naturliga utvecklingsarbetet.

Väderkvarnens Hälso- och sjukvårdsenhet arbetar riskförebyggande och har system för patientsäkerhetsarbetet inom följande områden:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Fallolyckor
- Risk för undernäring
- Risk för trycksår
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare
- Brister i kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare
- Brister i medicinteknisk utrustning
- Brister i specifik omvårdnad/rehabilitering

Egenkontroll och uppföljning av avvikelser ingår i verksamheternas kvalitetsarbete.

Kompetenshöjande insatser som till exempel utbildning och egenkontroll med återkoppling till personal används på enheterna.

Organisation och ansvar

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

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas. I ansvaret ingår att se till att verksamheten har ett lokalt ledningssystem samt att personalen har rätt kompetens och att den upprätthålls.

Verksamhetschef ansvarar för att Stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) hälso- och sjukvårdsregler är kända för personalen och att dessa regler efterföljs.

Verksamhetschefen har även ett ansvar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

MAS och MAR ansvarar för att patienten får en god och säker hälso- och sjukvård inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår att bedöma om händelser i verksamheten inneburit risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan enligt lex Maria.

Verksamhetens chefer har samverkat och rådgjort med MAS och MAR under verksamhetsåret i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Biträdande enhetschefer ansvarar för att:

- I samråd med verksamhetschef upprätta och dokumentera samtliga lokala rutiner, regler och arbetssätt
- Se till att rutiner, regler och arbetssätt är tillgängliga för medarbetarna och tillämpas
- Följa upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten
- Försäkra sig om att egenkontrollen är tillräcklig och att arbetsmetoder och arbetsrutiner överensstämmer med krav på en god och säker hälso- och sjukvård

Legitimerad personal ansvarar för att:

- Följa lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten
- Rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt följa upp avvikelsen
- Rapportera i nationella kvalitetsregister
- Medverka till hög patientsäkerhet genom att delta i kvalitets- och utvecklingsarbete

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer, regler och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Stockholm stad har en samlad överenskommelse 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.

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan med läkarorganisationen
- Samverkan nutritionsbehandling
- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning av medicin tekniska produkter
- Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter

Väderkvarnen har under året haft samverkansmöten med:

- Läkarorganisation
- Flexident-tandvård
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Malmskillnadsgatans gruppboende har planeringsmöten med psykiatrisk öppen- och slutenvård vid behov. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har haft en regelbunden kontakt med ansvarig läkare och sjuksköterska från psykiatri.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus.

I samband med att man flyttar in till Väderkvarnens utförarenhet erbjuds den äldre ett välkomstsamtal och ett hälsosamtal. Vid samtalen fokuserar man på den enskildes resurser, önskemål om utförande och delger information om verksamheten. Vid hälsosamtalet deltar utöver den äldre/företrädare, chef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och närstående om den boende så önskar. Samtalet ligger sedan till grund för den äldres hälsoplaner och genomförandeplan. Planerna följs kontinuerligt upp för att säkerställa vården kring den äldre bland annat vid enhetens teammöten. Den boende eller dennes företrädare kan när som helst framföra önskemål om vårdplanering.

Malmskillnadsgatans gruppboende inom socialpsykiatri

Samverkan sker med den enskilde i alla frågor gällande dennes hälsa. Att initiera nödvändiga kontakter kräver både kunskap om bemötande och om motivationsarbete. Medarbetarna kan trots dessa kunskaper i vissa fall få svårt att motivera den enskilde till att upprätthålla kontakter med vårdgivare och ta sin medicin. I dessa fall är kontakt med en anhöriga och/eller företrädare värdefull och kan vara till stor hjälp.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Avvikelsehanteringen är till för att få fram de brister och risker som finns i vårdarbetet och för att kunna åtgärda dessa och därmed öka säkerheten för patienterna.

All personal har skyldighet att rapportera avvikelser och hälso- och sjukvårdspersonal ska registrera inkomna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område i avsedd avvikelsemodul. Verksamheten ansvarar för hantering av avvikelser och att utreda händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vid misstanke om vårdskada eller risk för vårdskada kontaktas MAS/MAR för beslut om utökad utredning och ställningstagande för eventuell anmälan enligt lex Maria.

Väderkvarnen

All personal som upptäcker en avvikande händelse ska omedelbart kontakta tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal som bedömer om fortsatta åtgärder samt kontaktar läkare vid behov. Händelsen och dess konsekvens analyseras, Verksamhetschef/biträdande enhetschef läser och tar del av händelsen i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

MAS/MAR ska omedelbart informeras vid händelse av allvarlig karaktär. Analys av händelser, planering och beslut om åtgärder för att förhindra återupprepning av liknande incidenter sker vid enhetens månatliga kvalitetsråd där chefen tillsammans med samtliga yrkeskategorier diskuterar ärenden. Avvikelser i verksamheten återkopplas till samtliga personal av ansvarig chef och legitimerad personal

Malmskillnadsgatan

All personal som upptäcker en avvikande händelse ska omedelbart kontakta tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal som bedömer om fortsatta åtgärder samt kontaktar läkare vid behov. Då en risk för vårdskada eller en verklig händelse som kunde ha lett till en vårdskada identifieras så kontaktar sjuksköterskan omedelbart ledningen och MAS. Ledningen utreder tillsammans med personal och sjuksköterska händelsen eller risken för att det skall uppstå en händelse, analyserar det som kommit fram i utredningen för att sedan skapa en plan för åtgärder och bedöma risken för att något liknande händer igen samt planera förebyggande åtgärder om så skulle vara fallet.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Klagomåls- och synpunktshantering gällande hälso- och sjukvård ska ingå som en naturlig del i verksamheternas kvalitetsarbete och ska dokumenteras och diarieföras. Klagomål eller synpunkt ska utredas skyndsamt och tas upp i verksamheternas kvalitetsråd samt återkopplas till den person som lämnat in den.

Väderkvarnen

Verksamhetens klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Synpunkter och klagomål hanteras av biträdande enhetschef som utreder ärendet och ger feedback till den som lämnat klagomålet. Utifrån klagomålet eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschef en bedömning om ett analysteam ska tillsättas. Verksamhetschef ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas.

Policyn är att ta upp en incident eller ett klagomål snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med bristen. Återkoppling med redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder lämnas inom 14 dagar till den som inkommit med synpunkt/klagomål.

Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården ska verksamheten informera MAS/MAR. Inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden och IVO diarieförs centralt i förvaltningen. Återkoppling sker alltid skriftligt.

Malmskillnadsgatan

Alla klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Klagomålen diskuteras på enheten och eventuellt på äldre- och socialtjänstavdelningens ledningsgrupp. Åtgärder vidtas utifrån eventuella brister i verksamheten som framkommer. Den som mottar en muntlig synpunkt eller klagomål ska registrera denna och överlämna blanketten till ansvarig chef.

Enhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. Klagomålet eller synpunkten diskuteras på närmaste enhetsmöte som sker varje vecka. I de fall något ska åtgärdas dokumenteras detta och ansvariga utses.

Återkoppling med redovisning över vidtagna åtgärder lämnas inom 14 dagar till den som har lämnat klagomål eller synpunkter. Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården rapporteras detta till MAS.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård inhämtas i verksamheten med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Väderkvarnen

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Dokumentation	En gång per år	Egenkontroll enligt framtagen struktur/mall
Loggkontroller	Månadsvis	Logglistor i Vodok 2.0
Riskbedömningar fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	Två gånger per år Samt oftare vid behov	Sammanställning i journalsystemet Vodok 2.0
Infektionsregistrering	Månadsvis	Framtagen mall
Basala hygienrutiner	Två gånger per år	Självskattning
Nattfasta	Två gånger per år	Framtagen mall
Vård i livets slut	En gång per år	Svenska palliativregistret
Funktionsbedömning ADL	En gång per år	Sammanställning i journalsystemet Vodok 2.0
Avvikelser	Månadsvis	Sammanställning i journalsystemet Vodok 2.0
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	Två gånger per år	Punktprevalensmätning
Indikatorer för skyddsåtgärder	Två gånger per år	Punktprevalensmätning
Uppföljning av hälso- och sjukvården	En gång på år	Mall för verksamhetsuppföljning
Läkemedelshantering	En gång per år	Protokoll extern granskning

Malmskillnadsgatan

Dokumentation	En gång per år	Egenkontroll enligt framtagen struktur/mall
Basala hygienrutiner	Två gånger per år	Självskattning
Avvikelser	Månadsvis	Sammanställning i journalsystemet Vodok 2.0
Läkemedelshantering	En gång per år	Protokoll från extern granskning

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Arbetet med att revidera och se över rutiner och verktyg för att få en helhetsbedömning av patienten har fortsatt även detta verksamhetsår. Arbetet i team fortsätter, alla i teamet kring patienten bidrar med sin specifika kunskap. Teamet består av biträdande enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, omsorgspersonal och patient.

Loggkontroller

Rutinmässiga kontroller av åtkomst av journaler har utförts regelbundet av biträdande enhetschef.

Dokumentation

Verksamheten har utfört egenkontroll och analys avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation. Analysen visar på att det finns utvecklingsområden som verksamheten behöver arbeta med. Arbetet med att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen har under året fortsatt. Verksamheten har en ICF (*Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*) handledare på plats.

Avvikelsehantering

Verksamheten har en inarbetad rutin för avvikelsehantering. Inlämnade avvikelser har omgående hanterats och lyfts på enhetens månatliga kvalitetsråd.

Läkemedelshantering

En kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts.

Vårdhygien

Arbetet med att minska risken för att drabbas av vårdrelaterade infektioner har skett kontinuerligt. All personal har genomgått den årliga webbutbildningen gällande basala hygienrutiner. Väderkvarnen arbetar aktivt med basala hygienrutiner, detta för att ytterligare öka följsamheten till de basala hygienrutinerna hos hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal.

Teamarbete

Utveckling av teamarbetet har fortsatt under 2019. Teamet består av biträdande enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonalen. Under året har rutinen för teamarbete reviderats och arbetstidsscheman har setts över för att all personal kring de boende ska kunna närvara.

Kompetenshöjande insatser

Årligen uppdateras all personal i läkemedelshantering samt gör ett skriftligt kunskapsprov för att förnya sin läkemedelsdelegering.

Lyftteknik

Utbildning i lyftteknik sker vid nyanställning, målet är att kunna använda lämpligaste förflyttning utifrån patientens, de egna och omgivningens resurser så att förflyttningen blir saker. Lyftteknik utbildning uppdateras var tredje år. På Malmskillnadsgatan har majoriteteten av personal fått utbildning i lyftteknik.

Infektioner och antibiotikaanvändning

Antibiotika ska endast användas när det är nödvändigt. Detta för att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier. Infektionsstatistik har förts varje månad för att begränsa antibiotikaanvändning. MAS har tagit del av registreringen för att kunna se tendenser och kunna sätta in åtgärder vid behov i ett tidigt skede.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

Verksamheten har utfört riskbedömningar. Riskbedömningarna är en del av det vårdpreventiva arbetet som syftar till att kartlägga de äldres hälsotillstånd och upptäcka eventuella risker så att adekvata åtgärder kan sättas in. Riskbedömningar har erbjudits de boende som är över 65 år samt utförts vid behov.

Kvalitetsregister

På Väderkvarnen vård- och omsorgsboende samt servicehus registrerar man i kvalitetsregistren Senior alert och Palliativ registret. På de fem demens avdelningar tillämpas arbetsmetoden BPSD (*Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom*) med stöd av verksamhetens handledare för BPSD.

Nutrition

Väderkvarnen har även detta verksamhetsår fortsatt att utveckla arbetet kring mat och måltider med syfte att motverka och behandla undernäring. Under verksamhetsåret har stadsdelsförvaltningen anställt en dietist som stöd i detta arbete. Verksamhetens sjuksköterskor har haft regelbundna möten med dietist bland annat för konsultation i enskilda ärenden.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är att alla medarbetare arbetar riskförebyggande. Riskanalys utförs vid förändringar som kan påverka patientsäkerheten, riskanalyser ska följas upp kontinuerligt och utvärderas.

Under året har verksamheten genomfört följande riskanalyser

Väderkvarnen

- Kompetensförsörjning inför sommaren
- Konsekvensanalys för ny organisation, nytt arbetssätt och nytt arbetsschema

Malmskillnadsgatan

- Kompetensförsörjning inför sommaren

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under 2019 har en anmälan enligt lex Maria gjorts om en vårdskada gällande trycksår.
Bakomliggande orsaker till vårdskadan bedömdes vara brist i kommunikation, dokumentation
samt bristande följsamhet till gällande rutiner.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet är hantering av information för önskad tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet. Ett mål för verksamheterna är att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienten som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt. Identifierade risker inom informationssäkerhet är vid informationsöverföring, byte av vårdgivare, otillgänglig vårdinformation och obehöriga.

Verksamheterna arbetar med att förebygga/minska dessa risker genom att skriva avvikelser då annan vårdgivare inte följt överenskommelse gällande informationsöverföring vid utskrivning från slutenvård.

Tillgång till NPÖ- nationell patientöversikt finns där aktuell information samlas. Behöriga vårdgivare kan ta del av denna information efter samtycke. All dokumentation/journalhantering förvaras inlåst och i skydd från obehöriga.

Vid nyanställning får all personal information om tystnadsplikt och sekretess, denna information ges även skriftligt och alla skriver under förbindelsen att följa detta.

Rutinmässiga kontroller av åtkomst av journaler utförs regelbundet av biträdande enhetschef så kallade loggkontroller. 2019 års kontroller visar att inga obehöriga har varit inne i journalerna.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Genomförd PPM och riskbedömning visar att kompetensen inom blåsdysfunktion behöver utvecklas. Mätningar gällande skyddsåtgärder visar att en stor del av de beslutade skyddsåtgärderna inte har en koppling till en upprättad hälsoplan. Detta är ett krav för att ge bättre förutsättningar för att säkerställa användandet och behovet av kontinuerlig uppföljning av åtgärderna.

Resultat av mätning av riskbedömningar

Riskbedömningar är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga de äldres hälsotillstånd och eventuella risker inom områden som t.ex. fall, undernäring, och trycksår. Andel genomförda riskbedömningar 2019 i jämförelse med tidigare år:

Väderkvarnen	2016	2017	2018	2019
Fallrisk (DFRI)	89 %	85 %	90 %	87 %
Risk för undernäring (MNA)	88 %	60 %	60 %	76 %
Risk för trycksår (Norton)	88 %	57 %	59 %	75%
ADL bedömningar	90 %	69 %	86 %	83%
Munhälsa (ROAG)	83 %	53 %	52 %	54%
Blåsdysfunktion (Nicola)	85 %	49 %	54 %	65%

Statistik grundas på antal genomförda bedömningar per helår i antal aktiva journaler den 1 januari nästkommande år.

Antal utförda riskbedömningar har ökat under 2019.

På Malmskillnadsgatan finns inga registrerade riskbedömningar gällande fall. Riskbedömning avseende suicid utförs alltid där det anses vara aktuellt.

Granskning av läkemedelshantering av farmaceut

Läkemedelsförrådet granskades i september 2019. Även några av de boendes egna läkemedelsskåp granskades efter samtycke. Rapport från granskningen visade några mindre brister och dessa har åtgärdats enligt åtgärdsplanen.

Nutrition

Nattfasta mättes på alla boende i mars och oktober 2019 och visar på att 15 % har en nattfasta som överstiger 11 timmar dvs. 85 % har en nattfasta som inte överstiger 11 timmar.

Palliativregistret

Resultat från Palliativa registret visar att den palliativa vården vid livets slutskede behöver förbättras och utvecklas, bland annat behöver en validerad smärtskattning utföras i större utsträckning. Registreringen i palliativa registret har ökat.

Dokumentation

Egenkontroll och granskning av journaler visar även i år på att dokumentationen är ett fortsatt utvecklingsområde. Grundläggande information finns men dokumentation under rätt sökord samt en ”röd” tråd genom dokumentationen behöver utvecklas.

Vårdhygien - Basala hygienrutiner

Majoriteten av medarbetarna har genomgått Vårdhygiens webbutbildning i basala hygienrutiner. Följsamheten till dessa rutiner mäts en gång per år och resultatet sammanställs av biträdande enhetschef. Ett arbete ska påbörjas med att arbeta mer aktivt med basala hygienrutiner, detta får att ytterligare öka följsamheten till de basala hygienrutinerna hos hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonalen. Egenkontrollen visar på hög följsamhet men observationer visar på sämre följsamhet till de basala hygienrutinerna.

På Malmskillnadsgatans gruppboende visar egenkontrollen av följsamheten till de basala hygienrutinerna 85 % vilket är en höjning på 10 mot föregående mätning.

Infektioner

Resultat från registreringen under 2019 visar inget anmärkningsvärt gällande infektioner. Resultatet visar att kateteranvändningen minskat i jämförelse med föregående år.

Influensavaccinering

Av de 100 boende så valde 97 % att vaccinera sig mot influensan.

Munhälsa

Under 2019 har 100 % av de som tackat ja till en munhälsobedömning fått denna utförd.

Läkemedelsgenomgång

De boendes läkemedel ska gås igenom av läkare minst en gång per år. År 2019 fick 100 % av de boende en läkemedelsgenomgång enligt ansvarig läkarorganisation Legevisitten.

Avvikelser

Avvikelser är av vikt för att kunna hitta bakomliggande orsaker, se mönster och kunna vidta åtgärder för att minimera risker och vårdskador. Avvikelsehanteringen är ett led i verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Det förändrade avvikelsesystemet i Vodok 2.0 har medfört större krav på samverkan i team med ansvarig chef vid utredning och analys av avvikelser i verksamheten. Verksamheten har påbörjat ett mer systematiskt arbete med avvikelser och arbetet med att utveckla detta fortsätter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatans gruppboende har rapporterat avvikelser under 2019 enligt nedan.

Det finns ett möjligt bortfall av registrerade avvikelser som troligen kan bero på att alla händelser inte rapporteras in i avvikelssystemet och därmed inte blir synliga i statistiken.

Väderkvarnen	2015	2016	2017	2018	2019
Läkemedel	66	25	19	18	11
Fall	158	98	138	141	89
Specifik omvårdnad/rehabilitering	15	1	4	3	3
Vårdkedjan	8	2	4	3	1
Vårdrelaterad infektion *	3	0	0	0	0
Trycksår **	-	-	0	0	1

Malmskillnadsgatan	2015	2016	2017	2018	2019
Läkemedel	5	4	9	0	2
Fall	1	3	0	2	5
Specifik omvårdnad /rehabilitering	1	0	0	1	2
Vårdkedjan	0	1	0	1	0
Vårdrelaterad infektion*	0	0	0	0	0
Trycksår **	-	-	0	0	0

Analys av avvikelserapporteringen under 2019 visar att det troligen är ett mörkertal gällande avvikelser som rör läkemedelshanteringen, verksamheten hanterar dagligen ett stort antal delegerade överlämningar av läkemedel. Gällande fall minskade avvikelserna under 2019.

Klagomål och synpunkter

Inkomna synpunkter och klagomål

Under 2019 har Väderkvarnens utförarenhet hanterat 18 synpunkter och klagomål från boende/anhöriga avseende;

7st	Dåligt bemötande från medarbetare (ett avseende HSL personal)
1st	Ej utförd omvårdnadsinsats
1st	Obesvarat larm
3st	Maten smakar inte bra
1st	Missnöjd med aktivitetsutbud
1st	Hantering av lakan
1st	Söndertvättat plagg
1st	Brister i informationsmaterial
2st	Fastighetens förvaltning

Samtliga synpunkter och klagomål har hanterats skyndsamt av enhetens ledning och möten har genomförts med berörda kunder/anhöriga. Klagomålen har lyfts, diskuterats och hanterats vid enhetens kvalitetsråd. Vidare har en anmälan kommit in till IVO avseende bemanning av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Enheten har lämnat ett skriftligt svar till stadsdelen avseende anmälan. En avvikelse enligt Lex Maria är anmäld till IVO avseende brister i omvårdnaden. Enheten har lämnat avvikelsen till stadsdelsförvaltningens MAS och redogjort för genomförda åtgärder. IVO har avslutat ärendet då de åtgärder som vidtagits av verksamheten anses tillräckliga.

Mål och strategier för kommande år

Väderkvarnens utförarenhet

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska fortsätta utifrån de områden som respektive verksamhet har prioriterat och de områden som har tagits upp vid uppföljningarna.

- Riskbedömningar ska erbjudas alla som flyttar in och genomföras efter samtycke
- Verksamheten ska arbeta med att utveckla egenkontrollen av dokumentation och informationssäkerhet i syfte att utveckla och säkerställa dokumentationen.
- Säkerställa följsamhet till de basala hygienrutinerna genom regelbundna egenkontroller av basala hygienrutiner. Stärka hygienombudens roll i det dagliga arbetet på avdelningarna bland annat genom utbildning och nätverksarbete.
- Utveckla arbetet med senior Alert, svensk palliativ registret och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom).
- Fortsätta arbetet med att öka andelen inlämnade avvikelser framförallt avseende läkemedel. Hantera inkomna avvikelser vid enhetens månatliga kvalitetsråd och sprida kunskap och information kring händelser och vidtagna åtgärder för att förebygga och säkerställa verksamheten.
- Fortsätta utveckla arbetet kring de äldres mat och måltidssituation med syfte att de äldre ska tillgodogöra sig sitt dagliga energi- och vätskebehov. Stärka mat och måltidsombudens roll i det dagliga arbetet på avdelningarna bland annat genom utbildning och nätverksarbete. Säkerställa följsamhet till enhetens rutiner genom regelbundna egenkontroller. Använda stadsdelsförvaltningens dietist som resurs i detta arbete både på avdelnings- och individnivå. Fortsatt mätning av nattfasta två gånger om året, med målet att verksamheten når 100 % gällande nattfasta mindre än 11 timmar (undantaget de boende som själva önskar längre nattfasta).
- Förbättra och utveckla vården vid livets slutskede. Utbilda palliativa ombud och bilda ett palliativt team. Utbildning av enhetens ledningsgrupp och de palliativa ombuden planeras under våren 2020. Verksamheten ska säkra att validerad skattning av smärta utförs. Målet är att alla i livets slutskede smärtskattas, dvs. 100 %.

Malmskillnadsgatan

- Kontakt har tagits med psykiatriska öppenvårdsmottagningen Serafen i syfte att utveckla samarbetet. Främst gällande informationsöverföring, långsiktighet i bedömning och behandling, liksom praktiska rutiner och handhavande.
- Rutin gällande boendes munhälsa kommer att ses över och eventuellt kompletteras.
- Under året kommer det att genomföras en kompetenshöjning av arbetsgruppens kunskaper gällande missbruk.
- Nuvarande rutin gällande handhavande av hjärtstartare kommer att kompletteras.