

Patientsäkerhetsberättelse

Väderkvarnens utförarenhet/Malmskillnadsgatan

År 2021

2021-02-25

Maria Lenner Verksamhetschef Väderkvarnens Vård- och omsorgsboende

Charlotta Johansson Verksamhetschef Malmskillnadsgatans gruppbostad

Joakim Köping-Höggård Biträdande enhetschef

Innehåll

Sammanfattning	3
Struktur	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Risikanalys	11
Utredning av händelser - vårdskador	11
Informationssäkerhet	11
RESULTAT OCH ANALYS.....	12
Egenkontroll.....	12
Avvikelse	13
Klagomål och synpunkter	14
Mål och strategier för kommande år.....	14

Sammanfattning

Väderkvarnen har som mål att erbjuda en likvärdig vård- och omsorg av hög kvalitet genom att arbeta systematiskt och förebyggande.

Verksamheten har under året fortsatt med arbetet kring riskbedömning, avvikelshantering och följsamheten till rutiner gällande bland annat basal hygienrutiner, dokumentation, läkemedelshantering, nutrition, temamöten och egenkontroll.

Covid-19 har fortsatt påverka verksamheten under året. Fokus har fortsatt varit att förlöpande utbildningsinsatser kring basal hygien utbildningar. Verksamheten har även genomfört Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Egenkontroll av personalens användning av skyddsutrustning har skett löpande veckovis under året.

I börjande av året har utbildningar getts i palliativ omvårdnad. Deltagare i utbildningen har varit den lokal ledningsgrupp och lokala palliativa ombud. Efter utbildningen har ett palliativt team bildats.

Under året som har lokala rutiner reviderats som bland annat fotsjukvård, suicid prevention, läkemedelshantering och delegering.

Arbete med att förbättra avvikelprocessen och suicidprevention för äldre har skett under året. All personal har haft ett informationstillfälle om avvikelprocessen och handlingsplan kring suicidprevention.

Rekrytering av biträdande enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar påbörjades under sista delen av 2021, och ny chef är på plats under februari 2022. Under rekryteringsprocessen har verksamheten använt sig av en konsulttjänst.

Att rekrytera legitimerad personal fortsätter att vara en utmaning, där verksamheten för löpnade diskussioner om hur vi som verksamhet vill uppfattas och hur vi skall ses som en attraktiv arbetsgivare. Verksamheten kommer att arbeta vidare på detta under 2022.

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 och förebygga vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig och psykisk skada, sjukdom eller dödsfall, vilka hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Visionen är noll vårdskador.

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

Verksamheten arbetar riskförebyggande och har system för patientsäkerhetsarbetet inom följande områden:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Fallolyckor
- Risk för undernäring
- Risk för trycksår
- Risk för ohälsa i munnen
- 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
- Korrekt ordination och användande av inkontinenshjälpmedel

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:

- Läkareorganisation
- OralCare-tandvård
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Malmskillnadsgatans gruppbostad har teammöten hållits enligt plan.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har haft en regelbunden kontakt med läkare och sjuksköterskor från psykiatrin. Genomfört planeringsmöten med psykiatrisk öppen- och slutenvård vid behov.

Patients och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus.

Verksamheten har under året påverkats av Covid-19 var vid fysiska möten har varit begränsade under året.

Informationsbrev har skickats ut till enhetens anhöriga med verksamhetsinformation minst två gånger i månaden under våren och under hösten vid tre tillfällen.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatrin

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. Då det under perioder varit besöksförbud i äldreomsorgen i samma byggnad har även det socialpsykiatriska boendet avrått från besök. Möten har kunnat ske utomhus.

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

Avvikelser som avser brister och fel i hälso – och sjukvård utreds av tjänstgörande sjuksköterska. Hen gör bedömningen om fortsatta åtgärder samt kontaktar läkare vid behov.

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. Avvikelse 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.

Under 2021 genomfördes av olika anledningar inte uppföljningar av avvikelser på det sätt som rutinen säger. Detta har inneburit att uppföljningen är ett av de områden vi ska utveckla under 2022.

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. Enhetschef ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. 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 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) Diarieförs centralt i förvaltningen. Återkoppling sker alltid skriftligt.

Under 2021 har den lokala rutinen för synpunkt och klagomål reviderats och all personal har fått flera informationstillfällen med genomgång av rutinen och checklistan.

Malmskillnadsgatan

Alla klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Klagomålen diskuteras på enhetsmöten och åtgärder vidtas utifrån de 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. 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	Två gånger 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 prevention	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.

Loggkontroller

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

Dokumentation

Verksamheten har fortsatt med egenkontroll hälso- och sjukvårdsdokumentation genom stickkontroller samt journalgranskningar. Legitimerad personal har i slutet av året fått möjlighet till individuell fördjupad utbildning i dokumentation. Processledare för dokumentation kommer fortsätta detta arbete under 2022.

Implementering av informationsöverföring/överslagsgöring mellan personalkategorier mellan olika arbetspass har påbörjats under slutet av året. Införande av tid för rapportering på morgonen och på eftermiddag har gett möjlighet för uppföljningar som görs på avdelningar av sjuksköterskor dagligen.

Avvikelsehantering

Arbetet med att utveckla och förbättra avvikelseprocessen har fortsatt under året. Information om avvikelsehantering har genomförts. All personal har haft informationstillfällen och genomgång av rutinen och avvikelseblanketten. Inlämnade avvikelser har omgående hanterats och lyfts på enhetens månatliga kvalitetsråd.

Läkemedelshantering

Rutiner för delegering och läkemedelshantering har reviderats under året.

Digitalt medicinskåp inskaffats under förra året. Driftsättning av digitala medicinskåp har skett under hösten.

Årets läkemedelsgenomgångar har genomförts enligt rutin.

Vårdhygien

Arbetet med att minska risken för att drabbas av vårdrelaterade infektioner har skett kontinuerligt. För att förebygga och minska smitta har all personal genomgått en stationsutbildning i basala hygienrutiner. Utöver den årliga webbutbildningen gällande basala hygienrutiner all personal har genomgått den webbaserad utbildning om basala hygienrutiner relaterad till Covid-19. Verksamheten har även genomfört Punktprevalensmätning (PPM) av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete.

Teamarbete

Enhetens teammöten har genomförts under året med undantag för en period av sjukdom. Då nyckelpersoner varit borta.

Kompetenshöjande insatser

Utöver de årliga utbildningarna i läkemedelshantering och basala hygienrutiner har dessa utbildningar genomförts. En kompetenskartlägningsplan har upprättats för samtliga medarbetare. Vi har en sjuksköterska som går specialistutbildning och gör detta fortsatt under 2022. En sjuksköterska som gått förskrivningsrätt inom inkontinens under 2021.

Väderkvarnen

- *Psykisk ohälsa och åldrande*
- *Hot och våld*
- *Lågaffektivt bemötande*
- *Geriatriska sjukdomar och normalt åldrande*
- *Multisjuka äldre*
- *Personcentrerad vård/bemötande/värdegrund*
- *BPSD- (Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens)*
- *Basala hygienrutiner vid Covid-19*

Malmskillnadsgatan

- *Basala hygienrutiner vid Covid-19*
- *Missbruksutbildning*
- *Utbildning relationsvåld*
- *Föreläsning schizofreni*

Infektioner och antibiotikaanvändning

Verksamheten har även i år fortsatt med registrering av infektionsstatistik och ingen tendens till överanvändning av antibiotika har upptäckts av MAS.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

Verksamheten har utfört riskbedömningar. Under hösten fick legitimerad personal utbildning om koppling av riskbedömningar till hälsoplaner.

Kvalitetsregister

Under året fick stadens SITH´s kort ny programvara vilket medförde att enhetens sjuksköterskor under perioder inte hade full funktion i sina behörigheter till kvalitetsregistren. Enheten kunde lösa tillgången till stadens system genom att utfärda nya SITHs kort.

Medicintekniska produkter (MTP)

För att säkerställa patientsäkerheten, har verksamheten under året upprättat en förteckning av samtliga medicintekniska produkter, genomfört funktionskontroller, dokumenterat och upprättat åtgärdsplan. Vidtagna åtgärder har bland annat lett till inköp och kassering. Uppföljning görs kontinuerligt.

Risikanalyser

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.

Väderkvarnen

- Riskanalys gällande skyddsutrustning vid vård av boende med Covid-19.
- Riskanalys gällande risker vid vårdnära insatser, närmare än en meter, för konstaterat smittade med Covid-19 och misstänkta i väntan på provsvar
- Riskanalys gällande hävt besöksförbud
- Riskanalys vid mötesplats inomhus
- Riskanalys för besökslösning inomhus
- Riskanalys vid förändring av utförande av läkemedelsadministration på Servicehus
- Riskanalys inför värmebölja.
- Riskanalys inför sommaren
- Riskanalys inför jul-och nyår

Malmskillnadsgatan

- Riskanalys och handlingsplan avseende bemanning vid stort medarbetarbortfall.
- Riskanalys för suicid
- Riskanalys vid hotfullt och våldsamt beteende
- Riskanalys inför medarbetares längre frånvaro i samband med semester.
- Riskanalys inför värmebölja.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Inga vårdskador har utretts eller rapporterats i verksamheterna under 2021.

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.

Verksamheten har fortsatt med de rutinmässiga loggkontrollerna av patientjournaler. Kontrollerna utförs regelbundet av biträdande enhetschef. Under året har inga obehöriga varit inne i journalerna. All personal har under hösten genomgått Stadens obligatorisk utbildning om informationssäkerhet.

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.

Väderkvarnen	2018	2019	2020	2021
Fallrisk (DFRI)	90 %	87 %	81 %	80 %
Risk för undernäring (MNA)	60 %	76 %	63 %	60 %
Risk för trycksår (Norton)	59 %	75 %	65 %	55 %
ADL bedömningar	86 %	83 %	62 %	90 %
Munhälsa (ROAG)	52 %	54 %	54 %	50 %
Blåsdysfunktion (Nicola)	54 %	65 %	59 %	50 %

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

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

Granskning av läkemedelshantering av farmaceut

I år har ingen kvalitetsgranskning genomförts, på grund av rådande pandemi och besöksrestriktioner i verksamheten.

Nutrition

Fortsatt arbete nattfastamätningar enligt rutin även i år. Enligt resultat har det skett en viss förbättring med nattfasta som inte överstiger 11 timmar.

Palliativregistret

Fortsatt förbättringsområde kring registrering i det palliativa registret samt brytpunktsamtal. Under 2022 kommer de nyutbildande palliativa ombuden ta fram sin roll i verksamheten och bygga upp ett nätverk tillsammans med legitimerad personal och chef.

Dokumentation

För att säkerställa dokumentation har dessa åtgärder vidtagits:

- Utbildning av sjuksköterskor av extern utbildare med fokus på hälsoplaner.
- Framtagande av arbetsbeskrivning för utsedda dokumentationsombud.
Dokumentationsombud har tydliggjort schema och upplägg för sitt uppdrag samt fått avsatt tid för uppdraget.
- Egenkontroll, framtagande av mall för granskning av SOL journaler.
- På servicehuset har hälso- och sjukvårds insatser finns med på arbetskortet. Det görs av planerare av insatserna på servicehuset och omvårdnadsansvarigsjuksköterska.

Vårdhygien - Basala hygienrutiner

Utöver den årliga webbutbildningen gällande basala hygienrutiner, all personal har genomgått den webbaserad utbildning om basala hygienrutiner. Fortsatt följsamhet har genomförts genom egenkontroll.

Infektioner

Under året har flera boende drabbats av Covid-19.

Covid-19 vaccinering

Under året har verksamheten vaccinerat mot Covid-19, med stor framgång. Större delen av de boende har nu erhållit dos 3.

Influensavaccinering

Upp till 85 % har fått vaccinerats mot influensan.

Munhälsa

Under en del av året har endast akuta behandlingar och undersökningar utförts då det under vissa perioder varit besöksförbud relaterad till Covid-19. Detta har gjort att sjuksköterskan fått ett utökat ansvar över munhälsan i och med pandemirestriktionerna.

Läkemedelsgenomgång

De årliga läkemedelsgenomgångarna har genomfört på de flesta patienter på boendet.

Avvikelser

Avvikelsehanteringen är ett led i verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Verksamheten har sett över avvikelshantering processen och har haft en översyn av den lokala rutinen och avvikelseblankett. Fortsatt pågående arbete med sjuksköterska gruppen om rapportering av avvikelser i VODOKs avvikelsemodulen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatans gruppboende har rapporterat avvikelser under 2021 enligt nedan.

Väderkvarnen	2017	2018	2019	2020	2021
Läkemedel	19	18	11	41	92
Fall	138	141	89	100	98
Specifik omvårdnad/rehabilitering	4	3	3	0	1
Vårdkedjan	4	3	1	0	0
Vårdrelaterad infektion *	0	0	0	0	0
Trycksår **	0	0	1	1	0

Malmskillnadsgatan	2017	2018	2019	2020	2021
Läkemedel	9	0	2	4	2
Fall	0	2	5	1	1
Specifik omvårdnad/rehabilitering	0	1	2	0	0
Vårdkedjan	0	1	0	0	0
Vårdrelaterad infektion*	0	0	0	0	0
Trycksår **	0	0	0	0	0

Klagomål och synpunkter

Inkomna synpunkter och klagomål

Under 2021 har verksamheten hanterat flera synpunkter och klagomål från boende/anhöriga. Klagomålen har i stort sätt handlat om bristfällig information och oklara förväntningar på rehabiliteringsinsatser. Samtliga synpunkter och klagomål har hanterats av enhetens ledning och anhöriga har fått återkoppling i de enskilda ärendena.

Mål och strategier för kommande år

Väderkvarnens utförarenhet

- Införande av digital läkemedelssignering kommer att införas under mars 2022, detta kommer verksamheten att arbeta aktivt med under första delen av året.

- Säkerställa följsamhet till de basala hygienrutinerna genom regelbundna egenkontroller av basala hygienrutiner.
- Fortsätta arbetet med dokumentation och informationsöverföring och korrekt omvårdnadsdokumentation för att säkra innehållet i hälso- och sjukvårdsjournalen. På boende där man finner risk ska en hälsoplan upprättas och kontinuerligt följas upp och revideras.
- Fortsätta att aktivt arbeta med uppföljning och revidering av enhetens rutiner.
- Fortsätta arbetet med av utveckling av vården vid livets slutskede med fokus att utveckla det palliativa teamets roll i verksamheten.
- Kompetenshöjning insatser för legitimerad personal i suicidprevention, handledning, förskrivning av inkontinenshjälpmedel och nutrition.

Malmskillnadsgatan

- Utveckla nya och uppdatera befintliga rutiner. Förstärka uppföljningen av rutinerna
- Förtydliga avvikelserutinen
- Kartlägga hyresgästernas vårdkontakter och utveckla samarbetet med psykiatrins öppenvård
- Vidareutbildning i MI (motiverande samtal)
- Utbildning i lågaffektivt bemötande
- Fortsätta utveckla de miljöterapeutiska arbetsätten.