



Patientsäkerhetsberättelse

Rio vård- och omsorgsboende

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-27 Anna-Karin Moritz

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	11
Riskanalys.....	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS.....	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser.....	16
Klagomål och synpunkter.....	18
Händelser och vårdskador.....	18
Riskanalys.....	18
Mål och strategier för kommande år.....	19

Sammanfattning

Rio vård och omsorgsboende ska bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården ska fortlöpande och systematiskt utvecklas i överensstämmelse med gällande riktlinjer och lagstiftning.

Verksamheten följer upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom egenkontroller av utvalda processer, avvikelshantering, hantering av inkomna synpunkter och klagomål, registrering i nationella kvalitetsregister och upprätthållande och utvecklande av kompetens hos samtlig personal. Även riskanalyser ingår i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamheten togs över av Stockholms stad 2018-11-01 och därmed har resultaten inte haft statistik att jämföra med bakåt i tiden. Innan årets slut 2019 hade 100 % läkemedelsgenomgångar gjorts av ansvarig läkare och sjuksköterska. Inga fall av utbrottsbenägna infektioner har noterats under året. Kvalitetsansvarig sjuksköterska anställdes och började sin tjänstgöring i mars 2019. Registrering i Senior alert kom i gång och registrering i Palliativa registret ökade från 50 % till 75 % under året. Avvikelsehantering utvecklades och kvalitetsrådet kom i gång med sitt arbete under året, likaså hygiengruppen. Flera utbildningsinsatser för samtliga yrkeskategorier genomfördes under året, både internt och externt. Sammanlagt sex sjuksköterskestudenter genomförde sin tre veckor långa verksamhetsförlagda utbildning på Rio under höstterminen 2019.

Brukarundersökningen 2019 visade att 75 % av de boende upplever att det är lätt att få kontakt med sjuksköterska respektive 58 % med läkare. Motsvarande siffror i riket är 75 % respektive 54 %.

Rio vård- och omsorgsboende ska fortsätta arbetet med att utveckla och säkerställa patientsäkerheten enligt SFS 2010:659, 3 kap.10§ p1-2.

Flera områden har identifierats utifrån interna och externa granskningar och verksamhetsuppföljningar. Under 2020 ska korttidsavdelningen genomgå en tvärprofessionell genomlysning. Kvalitetsrådet fortsätter med sitt arbete, dock med en del ändringar vad gäller hanteringen av fallavvikelser. Dessa ska i större utsträckning hanteras på teammöten. Teammöten och dokumentation ska fortsatt utvecklas med målsättning att bli en naturlig bas för personcentrerad vård kring den enskilde. Nutritionsfrågor kommer att lyftas fram genom samarbete med dietist. Arbetet med nationella kvalitetsregister fortsätter och statistik från registren kommer att lyftas fram som underlag för förbättringsarbete. Läkemedelshanteringen kommer att förbättras genom ommöblering i läkemedelsrummen och genom att akutläkemedelsförrådet flyttas. Hygiengruppen ska fortsätta med det påbörjade arbetet för att säkerställa god hygien och följsamhet till basala hygienrutiner för att

hindra smittspridning. Kompetenshöjande insatser kommer att genomföras för samtliga yrkeskategorier.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

I kraven på en god vård ingår att den ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard samt tillgodose den enskildes behov av trygghet i vården och behandlingen
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan den enskilde och hälso- och sjukvårdspersonalen
- utformas och genomföras i samråd med den enskilde

Rio vård och omsorgboende har inte tillgång till

Patientsäkerhetsberättelsen från år 2018 varför det finns en svårighet att koppla våra mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet med tidigare aktörs berättelse.

Rio vård och omsorgboende har sin utgångspunkt och målbeskrivning i att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården ska fortlöpande och systematiskt utvecklas i överensstämmelse med gällande riktlinjer och lagstiftning.

Verksamheten följer upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:

-
1. Genomföra egenkontroll av utvalda processer/indikatorer t.ex:
 - Qusta för att identifiera styrkor och svagheter i verksamheten
 - egenkontroll av hälso- och sjukvårds-dokumentation med fokus på t.ex. hälsoplaner och kartlagt hälsotillstånd
 - punktprevalensmätning över utvalda indikatorer
 - riskbedömningar, både på individ- och verksamhetsnivå
 - infektionsregistrering
 - läkemedelsgenomgångar
 - kontroll av delegeringar
 - narkotikakontroll
 - kontroll av basala hygienrutiner
 2. Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser
 3. Registrera i nationella kvalitetsregister
 4. Upprätthålla och utveckla kompetens hos legitimerad personal genom:
 - deltagande vid nätverksträffar för dokumentationsstödjare
 - deltagande på de palliativa nätverksträffarna som anordnas av MAS/MAR
 - deltagande på föreläsningar/temadagar anordnade av Palliativt kunskapscentrum PKC
 - deltagande i utbildning anordnade av Apoteket AB, Vårdhygien Stockholm och andra externa instanser t.ex. Care of Sweden och Etac
 - deltagande i Äldreomsorgsdagar
 - deltagande i utbildning i stadens upphandlingar och beställningssystemet Agresso
 - webbutbildningar anordnade av externa instanser t.ex. Region Stockholm (Symfoni och basala hygienrutiner) och Socialstyrelsen (förskrivning av medicintekniska hjälpmedel)
 5. Upprätthålla och utveckla kompetens för övrig personal genom:
 - utbildning i vad ett kontaktmannaskap innebär. I utbildningen ingick även löpande dokumentation i ParaSoL där patientens hälsotillstånd kan utläsas exempelvis om en patient åter mindre, har smärta, orostillstånd mm.
 - webbutbildning i läkemedelshantering
 - deltagande i utbildningar anordnade av externa instanser t.ex. Vårdhygien Stockholm och Region Stockholm (hygien i förråd och basala hygienrutiner)

Verksamheten har identifierat att en kompetenshöjning av baspersonalens nuvarande kunskapsnivå behöver ske på korttidsavdelning plan 3.

Organisation och ansvar

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

På Rio vård- och omsorgsboende arbetade under 2019 en verksamhetschef, två biträdande enhetschefer, kvalitetsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, baspersonal, aktivitetsansvarig personal, ansvarig för personalkläder/tvätt, husvärd och samordnare. Funktioner som dokumentationsstödjare och hygienombud finns i verksamheten.

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Alla verksamheter inom hälso- och sjukvård ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Verksamhetschefen ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada. Verksamhetschefen på Rio vård- och omsorgsboende har uppdragit till kvalitetsansvarig sjuksköterska att starta och samla in uppgifter för händelser som medfört eller kunde medfört en vårdskada, att sammanställa avvikelser som ska diskuteras på kvalitetsrådet samt att vara sammankallande till kvalitetsrådsmöten. Kvalitetsansvarig sjuksköterska har även haft uppdraget att bevaka nya riktlinjer från MAS/MAR och uppdatering av lokal rutiner. Vidare har verksamhetschef uppdragit för kvalitetsansvarig sjuksköterska att implementera den webbaserade utbildningen ”Jobba säkert med läkemedel” som ska genomföras av baspersonal och föregår den delegering som sker av sjuksköterska.

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret men kan inte bestämma över de arbetsuppgifter som en medicinsk ansvarig sjuksköterska MAS, eller en medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR, har enligt lagar och föreskrifter.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten (SFS 2010:659 kap 6. 4§). På Rio vård- och omsorgsboende finns sjuksköterska på plats dygnet runt och arbetsterapeut samt sjukgymnast på alla helgfria vardagar. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar för att följa de riktlinjer som finns inom ledningssystemet för hälso-och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret. Även omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter räknas som hälso-och sjukvårdspersonal när de biträder en legitimerad yrkesutövare och är därmed skyldiga att följa gällande lagar, riktlinjer och rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheten har samarbetat med flera instanser för att förebygga vårdskador.

Lokal samverkan:

Verksamheten har stöd i stadsdelen av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Dietist anställdes i stadsdelen under hösten 2019 och finns tillgänglig 50 % på Rio vård och omsorgsboende; omvårdnadsansvarig sjuksköterska konsulterar dietist vid behov via en särskild remiss som dietist tagit fram. Vidare har verksamheten en samverkansöverenskommelse med Capio Legevisitten för läkarinsatser och med Stockholms sjukhem ASIH dit ansvarig läkare kan, när behov uppstår, skriva en remiss för aktuell patient. Samarbete sker med MediCarrier AB för transporter av prover och riskavfall. Apoteket AB har genomfört en läkemedelsgranskning och Vårdhygien Region Stockholm har genomfört hygienrond under året. Flexident Tandvård stod för uppsökande tandvård till och med slutet av september 2019 och därefter är det Oral Care som står för uppsökande tandvård. Verksamheten har även samverkat med Getinge för service och underhåll av disk- och spoldesinfektorer som finns i verksamheten. Även andra externa aktörer har anlitats såsom städföretag och vaktbolag.

Samverkan med kommun och landsting

I ledningssystemet finns riktlinjer om hur kontakten mellan Rio vård- och omsorgsboende och sjukhus ska utföras. Sjuksköterska ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om patient behöver skickas till sjukhus. Om tillståndet fodrar snabba akuta åtgärder kontaktas ansvarig läkare i efterhand. Sjuksköterska ansvarar även för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. Om patienten har pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning har gjorts om att fortsatta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information. För patient som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd gäller att patienten erhåller ett ID-band, akutrapport medföljer patienten, telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, anhöriga eller baspersonal som har god kontakt med patienten medföljer och lämnar uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter. Patienten ska aldrig skickas till sjukhus ensam.

Vid utskrivning från sjukhus gäller att sjuksköterska kontrollerar att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska och omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som

patienten erhållit. Utskrivningsmeddelandet ska innehålla: resultat av aktuell vård och behandling, ADL-förmåga, kommunikativ förmåga, eventuella komplikationer eller risker i samband med behandlingsåtgärder samt en aktuell läkemedelslista. Även aktuella läkemedel ska skickas med från sjukhuset.

På inflyttningsdagen, eller den första helgfria vardagen, träffar arbetsterapeut och sjukgymnast patienten och gör en första bedömning om behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Om inflyttning sker under en helgdag gör tjänstgörande sjuksköterska den första initiala bedömningen angående förflyttning utifrån överrapportering från sjukhuset.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Rio vård och omsorgsboende ska erbjuda en hög grad av delaktighet, tillgänglighet och ett gott bemötande genom god informationsgivning. Verksamheten bjuder in anhöriga, om patienten så samtycker, till vårdplanering, upprättande av genomförandeplan och samordnad vårdplanering där även biståndshandläggare deltar.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska regelbundet kommunicera med anhöriga för att informera samt för att erhålla information som gynnar patienten. I samband med registrering i Senior Alert och BPSD-registret har anhöriga möjlighet att vara delaktiga i identifiering och planering av åtgärder. Det ger stor möjlighet till delaktighet vid patientsäkerhetsarbetet. I samband med utskrivning från verksamhetens korttidsavdelning ska samverkan ske med aktuell verksamhet och den enskilde (patienten) och dess anhöriga för att medicinskt och omvårdnadsbehov säkerställs. Rio vård och omsorgsboende har förtroenderåd 3-4 gånger per år. Anhöriga bjuds in till dessa möten för att tillsammans med verksamhetens ansvariga personer, politiker och representanter från pensionärsföreningar tillsammans diskutera frågor i såväl omvårdnad som patientsäkerhetsfrågor.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada rapporteras av legitimerad personal via avvikelsemodulen i Vodok. Baspersonal skriver avvikelser i en framtagna blankett som lämnas till tjänstgörande sjuksköterska, rehab eller chef. Kvalitetsansvarig sjuksköterska har även bevakat fallolyckorna genom dokumentationen eftersom alla fallolyckor inte registrerats i avvikelsemodulen. Detta på grund av att avvikelshanteringen har inneburit ett nytt sätt att registrera i

avvikelsemodulen för legitimerad personal efter stadens övertagande av verksamheten hösten 2018.

Om en allvarlig händelse har inträffat ska verksamhetschef och MAS/MAR informeras omgående via ett telefonsamtal eller mejl. Avvikelserna har sammanställts av kvalitetsansvarig sjuksköterska månadsvis i ett dokument där avvikelserna presenteras utifrån kategorierna fall, läkemedelshantering, övriga HSL-avvikelser (specifik omvårdnad/specifik rehabilitering) och vårdkedjan. Avvikelserna presenteras våningsvis med datum och klockslag för händelsen, beskrivning av händelsen, konsekvens för patienten, trolig orsak till händelsen samt åtgärd. Statistik utifrån avvikelserna har presenterats i en separat tabell där även avvikelser angående uteblivna signeringar av administrering av läkemedel har tagits upp. Genomgång av avvikelser (förutom fall) från föregående månad har skett av verksamhetschef och kvalitetsansvarig sjuksköterska någon dag innan kvalitetsrådet. Verksamhetschef beslutar om utredningen kan avslutas eller i fall fortsatt utredning behövs.

Kvalitetsrådet har haft möten varje månad sedan mars förutom i september. Kvalitetsombud från varje våningsplan, samtlig tjänstgörande legitimerad personal samt chefer har varit kallade till möten där samtliga avvikelser har tagits upp utifrån sammanställningen. Fallavvikelserna går igenom för att säkerställa att åtgärder är insatta och följs upp av teamen. Därefter har kvalitetsansvarig sjuksköterska avslutat dessa i avvikelsemodulen efter delegering av verksamhetschef. De uppkomna händelserna/avvikelserna har diskuterats på kvalitetsrådet, och även tagits upp på HSL-möten.

Kvalitetsrådet kan föreslå åtgärder på verksamhetsnivå som i sin tur kan leda till revidering av befintliga, eller nya rutiner eller arbetsmetoder. Beslut angående detta har fattats av verksamhetschef. Minnesanteckningar från kvalitetsrådet har mejlats till samtliga medarbetare, sparas i HSL-mappen på datorn samt i skriftlig form i pärmar på varje avdelning.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten på Rio vård och omsorgsboende har inte erhållit några synpunkter eller klagomål från Patientnämnden eller från Inspektion för vård och omsorg IVO.

Utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter

Ledningen är lyhörd för förslag och synpunkter från boende, anhöriga och medarbetare. Rutiner finns för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. Händelser på verksamhetsnivå analyseras på kvalitetsrådet.

Händelseanalys

Vid allvarliga händelser eller vid upprepade avvikelser görs en händelseanalys. Metoden har som syfte att ta reda på vad som hände, orsaker till händelsen och vad man kan göra för att förhindra att händelsen upprepas igen.

Klagomål och synpunkter återkopplas omgående i form av telefon- och/eller mailkontakt eller i förekommande fall på ett möte så snart det går.

Avvikelser inom hälso- och sjukvård och fall dokumenteras och utreds i Vodoks avvikelsem modul. SoL-avvikelser som rör den enskilde dokumenteras på blankett som lämnas till enhetschef samt även dokumenteras i journalsystemet Parasol. Samverkan sker med kvalitetsansvarig sjuksköterska då avvikelser i SoL även kan inverka i den enskildes hälsotillstånd. Avvikelsen utreds och kommuniceras på kvalitetsrådet och så även på verksamhetens APT.

Egenkontroll

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

Följande egenkontroller har genomförts under året:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	1 gång i månaden	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Synpunkter och klagomål (som rör hälso- och sjukvård)	1 gång i månaden	Blankett/telefonsamtal/mejl inkommen till chef
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagen mall
Läkemedelshantering Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av administrerade läkemedel	1 gång i månaden	Narkotikajournaler Signeringslistor
Läkemedelshantering Kontroll av utgångsdatum akutläkemedelsförrådet	1 gång i månaden	
Delegeringar	2 gånger per år	Delegeringspärmar på ssk-expeditioner
Dokumentation	2 gånger per år	Vodok, Checklista – granskning/uppföljning av journal, Stockholms stad
Socialstyrelsens indikatorer	2 gånger per år	Punktprevalensmätning

för blås- och tarmdysfunktion		(PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Vård i livets slutskede	2 gånger per år	Svenska palliativregistret
Förbrukningsmaterial Kontroll av utgångsdatum gemensamma förrådet	2 gånger per år	
Läkemedelshantering Apoteksgranskning	1 gång per år	Protokoll
Riskbedömningar/screening för: fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Självskattning - följsamhet till basala hygienrutiner, SLL
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Verksamhetens kvalitet i hälso- och sjukvård har bedömts av verksamhetsuppföljare i kommunen enligt Qusta där verksamhetens styrkor och utvecklingsområden identifierades. Detta ledde till ett handlingsprogram som verksamheten arbetar efter för att förbättra och utveckla verksamheten. Journalgranskningar har genomförts, likaså apoteksgranskning, hygienrond och självskattning i basala hygienrutiner.

Sammanställningar från dessa granskningar används för att utveckla verksamheten. PPM-mätning med kvalitetsindikatorer har genomförts två gånger under året. Infektionsregistrering och avvikelser i sigringslistor vid läkemedelsadministrering har genomförts 1 gång/månad. Avvikelseprocessen har förtydligats och kvalitetsrådet inledde sitt arbete i mars 2019. Kvalitetsrådet hade möten 8 gånger under året där avvikelser diskuterades. Teamarbete har ändrat form under året genom att personal har infört ett nytt sätt att arbeta på sina teammöten där man fokuserar på några patienter åt gången. Detta ger

möjlighet till fördjupning i varje persons situation, risker och resurser, och ett mer personcentrerat arbetssätt jämfört med tidigare. Processen med införandet av detta nya sätt är fortsatt pågående.

Medarbetare har deltagit i olika utbildningsinsatser, både internt och externt. Sjuksköterskor har gått utbildning i säker läkemedelshantering anordnad av Apoteket AB, och baspersonal och sjuksköterskor har gått olika hygienutbildningar anordnade av Vårdhygien Stockholm. Förflytningsutbildningar och delegeringsutbildningar har genomförts under året och personal har även gjort olika webbutbildningar så som Basala hygienrutiner och Jobba säkert med läkemedel.

En hygiengrupp bildades i slutet av året som kommer att arbeta med hygienfrågor framöver.

Riskanalys

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

Riskanalyser på verksamhetsnivå har gjorts inför sommarperioden samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten bl.a. vad gäller kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, delegerad baspersonal samt tillgång till digitala system för vikarier. Även risker i samband med eventuell värmebölja under sommaren beaktades, likaså inför eventuellt force majeure i verksamheten.

Utredning av händelser - vårdskador

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

En allvarlig läkemedelsavvikelse utreddes under året och utredningen övertogs av läkarorganisationen. Avvikelsen ledde dock även till att rutiner ändrades och förtydligades lokalt. Avvikelser tas alltid upp på HoS-möten samt på kvalitetsrådet.

I verksamheten har ytterligare två händelser utretts enligt lex Maria, gällande avsaknad av eventuell bedömning av hälsotillstånd, kontroll av vitala parametrar och behov av läkemedel av tjänstgörande sjuksköterska nattetid. Ny rutin har skapats för sjuksköterska nattetid som förtydligar bland annat skyldighet för all personal att ta del av viktig information om patienter inför arbetspasset och hur informationsöverföring mellan sjuksköterska och baspersonal ska ske.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Inför planerade driftstopp skrevs journalanteckningar och ”Att göra”-listor ut från Vodok. Inför verksamhetens datorbyte GSIT, som skedde den 1 oktober 2019, skrevs listor, både ”Att göra”-listor och boendelistor, ut för en hel vecka för att garantera att inget viktigt skulle glömmas bort. Även vid detta tillfälle skrevs journaler ut. Nya vikariekort beställdes efter datorbytet och nya manualer togs fram så att

vikarier fick åtkomst till Vodok. Vikariekortet signeras in och ut av användaren på en signeringslista på korttidsavdelningen.

Journalgranskning har utförts två gånger under året kollegialt och en gång av MAS/MAR.

Loggkontroller sker en gång per månad av verksamhetschef både i Vodok och i NPÖ. I slutet av året delges loggkontrollerna till MAS med medföljande analys.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Antalet registrerade avvikelser i avvikelsemodulen har ökat under året efter att processen med avvikelshantering har förtydligats och att kvalitetsrådet kom i gång med sitt arbete i mars 2019. Rutinen har omarbetats, medarbetare har lärt sig mer om det nya sättet att registrera och mot slutet av året var det till exempel endast någon enstaka fallolycka per månad som inte registrerades i modulen jämfört med tidigare under året då nästan hälften av fallavvikelserna inte registrerades. Trycksår är relativt ovanliga, dock svårare att bedöma eftersom alla uppkomna trycksår inte har registrerats i avvikelsemodulen.

Vad gäller vårdrelaterade infektioner är urinvägsinfektioner de mest vanligt förekommande (29), följd av sårinfektioner (22), pneumonier (12), andra hud- och mjukdelsinfektioner (10) och övriga (7). Inga utbrott av influensa eller virusorsakad magsjuka har förekommit under året. Alla patienter som ville ha vaccination mot influensa vaccinerades snarast efter att vaccin blev tillgängligt i december.

Extern apoteksgranskning genomfördes under september månad och samtliga rekommendationer har åtgärdats/förtydligats i läkemedelsrutinen som i sin helhet har reviderats under hösten 2019. Under våren/sommaren 2019 upptäcktes flera avvikelser/brister i narkotikahandling då bland annat ampuller av morfin försvann. Detta ledde till intensifierade kontroller, periodvis dagligen, och dubbelsignering av uttag av narkotiska preparat under en period. Svinnet polisanmälades. Under hösten återkom bristerna tillfälligt men en förbättring har skett på senare tid. En avvikelse upptäcktes även gällande oral lösning av Heminevrin där två patienter på samma våningsplan hade varsin flaska i kylskåpet. Återstoden av läkemedelsinnehållet stod inte i paritet med ordinationen. Vi kontroll visade det sig att samma flaska hade används för två patienter. Vi räknade om uttagen mängd och fann på så sätt hur händelsen gått till.

Åtgärd: information till HoS personal och en tydligare markering av förpackningarna som även ställdes på olika hyllplan för att minimera risken för att samma händelse skulle uppstå igen.

Rutinen kring narkotikahandling har reviderats i den nya läkemedelsrutinen och nya nyckelknippor har införskaffats för att säkra att endast sjuksköterskor i tjänst har åtkomst till läkemedelsrummen. De nya brickorna på knipporna är spårbara. Alla nyckelknippor hängs in i läkemedelsskåpet på korttidsavdelningen, kvitteras ut och in med signatur. Endast en jourknippa är ”ute” alltid och ska överlämnas från natt till dag och vice versa. Nyckelrutinen har reviderats och både ordinarie och vikarierande sjuksköterskor har vid flertalet tillfällen informerats om reviderade rutiner. Efterlevnad av rutiner är dock en pågående process som kräver att sjuksköterskor fortlöpande sprider kunskapen vidare till nyanställda och vikarier.

Kontroll av delegeringar genomfördes två gånger under året och berörda sjuksköterskor har kontaktats då brister upptäcktes. En del delegeringar hade gått ut och behövde förnyas, listor för signaturförttydliganden saknades samt en del uppgifter som inte får delegeras enligt riktlinjen behövde tas bort. Avvikelse i uteblivna signeringar har kontrollerats av omvårdnadsansvarig sjuksköterska en gång per månad och trenden är att avvikelserna minskar. Under hösten påbörjades även en process med att samtlig baspersonal ska genomföra en webb-utbildning i säker läkemedelshandling för att kunna få delegering. Många medarbetare, ca 47 %, har nu gjort utbildningen som numera även efterfrågas i samband med anställning av vikarier. Arbetet med detta fortsätter och har blivit enklare att genomföra då fler datorer har installerats till baspersonal. En lista har skapats i HSL-mappen för timvikarier där sjuksköterskor lätt kan se vilka timvikarier som har delegering, vem som gett delegeringen och hur länge delegeringen gäller. Även bemanningsansvariga och chefer ska informeras när delegering har getts. Utgångna/ej aktuella delegeringar samlas i en egen pärm hos verksamhetschef.

En kollegial dokumentationsgranskning genomfördes två gånger under året. Sammanlagt granskades 31 journaler enligt en mall/checklista från Stockholms stad. Utifrån granskningarna kunde man identifiera vilka områden som behöver förbättras och vilka sökord som inte används enligt riktlinjerna exempelvis uppgift om huruvida anhöriga ska kontaktas nattetid eller uppdaterade uppgifter om planeringsansvarig personal, eller att bedömningsfaktorer och frastexter inte användes korrekt. Även saknad av Hälsoplan trots risk enligt bedömningsinstrument, brister i utvärdering av insatta åtgärder samt saknad dokumentation kring kartlagt hälsotillstånd är några exempel på områden som framkom under granskningarna. På några områden kunde man se en förbättring mellan de två granskningarna, exempelvis information om personfaktorer och läkemedelshandling samt utvärdering av Hälsoplaner. En positiv utveckling har även skett genom

att teamen har börjat arbeta mer utifrån gemensamma Hälsoplaner. Även MAS/MAR har genomfört en journalgranskning där tretton slumpvis utvalda journaler granskades och områden som kan utvecklas identifierades inom Bakgrundsdata, Bedömningar i ICF-strukturen, Bedömningsinstrument, Kartlagt hälsotillstånd och Hälsoplaner. Dokumentationsträffar har ordnats vid några tillfällen under året så att frågor kring dokumentation har kunnat diskuteras. Även individuellt stöd i dokumentation har givits av dokumentationsstödare och kvalitetsansvarig sjuksköterska.

Punktprevalensmätning av givna indikatorer genomfördes två gånger under året utifrån en mall från Stockholms stad där frågor kring blåsdysfunktion och skyddsåtgärder besvarades. Mätningarna visade att bedömningar i Nikola gjordes i de flesta fall men att basala utredningar ej genomförts enligt gällande riktlinjer. Likaså saknades dokumentation kring insatta åtgärder förutom utprovade inkontinenshjälpmedel, till exempel toalettassistens. Troligen behövs mer utbildning i ämnet inom sjuksköterskegruppen. Vad gäller skyddsåtgärder var dokumentation om samtycke och hälsoplaner kring detta mycket bättre genomförda och riktlinjerna följdes i de flesta fallen.

Kontroll av riskbedömningar genomfördes under våren 2019 men troligen var resultaten missvisande då kvalitetsansvarig sjuksköterska, som inte var anställd under tidigare vårdgivare, inte kunde se alla aktuella bedömningar utan endast de som var registrerade efter stadens övertagande 181101. Kontrollen visade att bedömningar hade gjorts enligt följande:

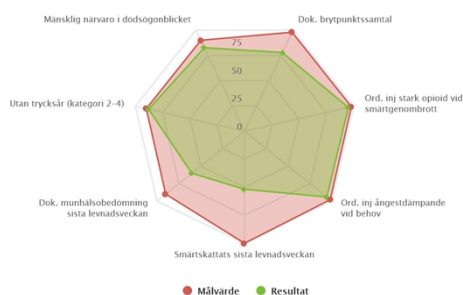
- 81 % av patienter enligt Downton Fallrisk Index
- 70 % av patienter enligt Modifierad Nortonskala (trycksår)
- 79 % av patienter enligt MNA (nutrition)
- 72 % av patienter enligt Nikola (blås- och tarmdysfunktion)
- 58 % av patienter enligt ROAG (munhälsa)
- 35 % av patienter enligt Sunnås ADL Index

Ny mätning genomförd i januari 2020 visar förbättrade siffror.

Registreringar i Palliativa registret har kontrollerats två gånger under året och har ökat från 50 % till 75 %. De vanligaste bristerna handlar om att man inte använder en mätskala för smärtskattning under den sista levnadsveckan (används i 62 % av dödsfallen) och att dokumentation av munhälsobedömning under den sista levnadsveckan saknas (dokumenteras i 38 % av dödsfallen). Målvärden för dessa områden är 100 respektive 90 %. Se bild nedan.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 – 2019-12



Detta är en originalrapport från Svenska Fallskötersregistret

Registrering i Senior alert har kommit i gång under året. I slutet av året hade omvårdnadsansvarig sjuksköterska anställts till samtliga avdelningar och registreringar påbörjats. Detta arbete fortgår.

Självskattning i följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes våren 2019. 37 personer var i tjänst de aktuella arbetspassen, både natt- och dagpersonal. 32 personer (86,5 %) lämnade tillbaka blanketten varav 21 personer (65,6 %) svarade att de hade arbetat enligt de basala hygienrutinerna i samtliga aktuella arbetsmoment inom samtliga områden. Resterande 34,4 % lämnade svar som tyder på att de inte hade fullständiga kunskaper om basala hygienrutiner och klädregler. Under våren 2019 initierades även en webbutbildning i ämnet och ca 38 % av samtliga gjorde utbildningen. Siffran kan dock vara missvisande då flera hade svårigheter med att skriva ut diplomaten.

Hygienrond genomfördes i september 2019 och arbetet med att åtgärda brister utifrån rondens pågår. Service på diskdesinfektor och två av spoldesinfektorerna genomfördes under hösten och service på resterande spoldesinfektorer genomförs under januari 2020. En baspersonal från varje våningsplan och husvärden gick en utbildning kring vårdhygieniska frågor i förråd, och hygienombud ifrån sjuksköterskegruppen och kvalitetsansvarig sjuksköterska gick utbildning i anmälningspliktiga resistenta bakterier. Utbildningarna anordnades av Vårdhygien, Region Stockholm. En hygiengrupp har bildats som ska arbeta vidare med hygienfrågor inom verksamheten.

Avvikelser

Fallolyckor är mest förekommande bland avvikelserna, därefter läkemedelsavvikelser, avvikelser i vårdkedjan samt avvikelser i specifik omvårdnad – se tabell nedan.

De flesta fallolyckor har inträffat i samband med egen förflyttning, att patienten har glidit ner från sittställning/säng, har tappat balansen, eller av oklar orsak hamnat på golvet. Många fallolyckor sker på grund av att patienten har en kognitiv svikt eller nedsatt insikt i sin egen förflyttningsförmåga. Då är det lätt att glömma bort att man ska

använda rollator, larma efter, eller att vänta på hjälp från personal. De flesta fallolyckorna ledde inte till någon skada förutom mindre skrapsår/sår, hematom och/eller smärta. Ett 20-tal fall ledde till sjukhusbesök; i några fall behövdes suturering, i några fall kunde man konstatera en fraktur. Fallavvikelserna har behandlats på team/avdelningsmöten och insatser/åtgärder har blivit insatta och följts upp av teamen. Vid några tillfällen har fallet orsakats av att sängen inte har varit låst eller att rörelselarmet inte har varit påsatt enligt instruktion. Dessa fall har diskuterats på kvalitetsrådet och rutinen har förtydligats.

Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelser är uteblivna doser då baspersonal antingen glömt att ge patienten läkemedel, eller att det varit en oklar ansvarsfördelning eller bristande kommunikation mellan baspersonal. En annan orsak till avvikelser har varit att sjuksköterska delat läkemedel i dosett trots att läkemedlet redan dosdispenserats, viket har lett till dubbeldos. Det har även hänt att medicinkopp inte märkts enligt gällande riktlinjer, att utgångna ögondroppar inte bytts, eller att dokumentation saknats på given läkemedelsdos. Några avvikelser har handlat om smärtplåster som inte har bytts enligt ordination i rätt tid, eller att det gamla smärtplåstret ej tagits bort i samband med byte. Den lokala rutinen för läkemedelshantering har reviderats och förtydligats på flera punkter.

En vanlig orsak till avvikelser i vårdkedjan har varit brister i informationsöverföring. Några exempel är att patient har flyttat in utan att boendet fått biståndsbeslut, att rehab inte fått information om att ny patient flyttat in, eller att baspersonal inte fyllt i olika listor (vätske- eller kostregistreringslista) enligt ordination på grund av att man inte läst på ordentligt den dokumentation/ordinationer som funnits. Några avvikelser har handlat om att patient haft PVK kvar efter sjukhusbesök, eller att läkemedel saknats i samband med inflyttning.

Avvikelser angående specifik omvårdnad och specifik rehabilitering har mestadels varit kopplade till att åtgärder som har ordinerats av legitimerad personal inte har följts av baspersonal till exempel att man inte följt instruktioner i samband med måltid för en patient med svälgsvårigheter, eller att man inte fyllt i olika listor (vätskemätning, kostregistrering, vändschema). Det kan även ha handlat om handhavandefel, exempelvis att tejpa en stomiplatta med kirurgtejp i stället för att byta plattan vid läckage, eller att KAD dragits utan kontakt med ansvarig läkare. Utebliven provtagning har förekommit vid enstaka tillfälle, och några avvikelser har förekommit angående medicintekniska hjälpmedel exempelvis att dyna i rullstol varit utan luft, felvänt eller att fel hjälpmedel funnits hos fel patient.

Brister i kommunikation och informationsöverföring har diskuterats vid flertalet tillfällen både i kvalitetsrådet och i HSL-gruppen, och är en

pågående diskussion inom verksamheten. Enligt lokal rutin ska samtliga yrkeskategorier ta del av viktig information, både muntligt och skriftligt, inför varje arbetspass.

Avvikelse	Antal	Exempel på förbättringsförslag
Fall	149	Den som låser upp en säng är ansvarig för att åter låsa sängen, t.ex. efter städ då man flyttat på sängen. Den som hjälper patient i säng ska alltid kontrollera att rörelselarmet är på enligt ordination, samt att larmet står rätt.
Läkemedel	40	Aldrig lämna kvar en dos i läkemedelsskåpet hos patienten om den ej ges – alltid kontakta sjuksköterska och överlämna dosen till denne. Nya plastmappar med klämma för signeringslistor för läkemedelsadministrering. Schema för genomskinliga smärtpåsar. Byte av ögondroppar skrivs in i ”Att göra”-listan.
Specifik omvårdnad	19	Ny rutin i samband med kostregistrerings- och vätskelistor. Ett personligt ansvar under arbetspasset med avrapportering varje pass till sjuksköterska. Ssk ska efterfråga listan och kontrollera att den har fyllts i. Listorna samlas även in av sjuksköterska dagligen.
Specifik rehabilitering	2	Att alltid ta del av skriftlig information/instruktion angående hjälpmedel.
Vårdkedjan	24	Att alltid ta del av skriftlig information/instruktion angående hjälpmedel.
Vårdrelaterade infektioner	0	

Klagomål och synpunkter

Ett av klagomålen från en anhörig handlade om att en patient hade ätit dåligt under sin tid på Rio med viktnedgång som följd, eventuellt pga. att hade svamp i munnen som konstaterades på det nya boendet dit vederbörande flyttade från Rio. Detta upptäcktes inte hos oss. En annan avvikelse handlade om att baspersonal glömt ge patienten larmet och

lämnat denne sittande kvar på toaletten, vilket kunde ha lett till vårdskada. Rutiner kring larm har diskuterats vid flertalet tillfällen. Ytterligare en synpunkt/klagomål handlade om en anhörig vars närstående vårdades i livets slut. Anhörig var visserligen mycket nöjd med vården på avdelningen i stort men uppgav att det tog väldigt lång tid innan sjuksköterska kom för bedömning efter att vederbörande hade kontaktat baspersonal och bett om att sjuksköterska ska komma. Detta har diskuterats i sjuksköterskegruppen.

Händelser och vårdskador

En allvarlig läkemedelsavvikelse handlade om förnyelse av ordination av läkemedel mot epilepsi som inte hade blivit genomfört, vilket ledde till att patienten i fråga blev utan sin medicin en längre tid. Efter att läkemedlet åter sattes in fick patienten anfall som ledde till sjukhusvistelse, och senare avled patienten på sjukhus. Läkarorganisationen kopplades in i denna avvikelse. Även den lokala rutinen kring mottagande av dosdispenserade läkemedel samt påminnelser från apoteket har förtydligats och pärmarna för läkarbesök/ronder har strukturerats om.

Risakanalys

Risakanalysen för bemanning av sjuksköterskor under sommarperioden medförde att verksamhetschef beslutade om att ordinarie sjuksköterskor arbetade dagtid från v. 26-36. Beslutet fattades på grund av att bemanningsföretagen hade svårt att bemanna så att en kontinuitet kunde skönjas under de semesterperioder som sjuksköterskorna lagt. Bemanningsföretagen fick således bemanna kvällstid och journalanteckningar skrevs periodvis på papper eftersom kunskap i dokumentation i Vodok ej alltid kunde levereras. Verksamheten fick en fördel av att ha ordinarie sjuksköterskor på plats även då rond hölls samt det efterarbete som krävs. Patienter och anhöriga var mycket nöjda över att kontinuiteten upprätthölls dagtid.

Under året har verksamheten även gjort en Väsentlighets och riskanalys (WOR) för att säkerställa tillgång till material i händelse av force majeure. Resultatet av den har medfört att verksamheten införskaffat extralager av produkter exempelvis tvättkräm, handsprit, Virkon, förkläden, andningsskydd, munskydd med visir, näringsdrycker och omlägningsmaterial.

Mål och strategier för kommande år

Under året 2020 kommer verksamheten att göra en genomlysning av korttidsavdelningen på Rio vård- och omsorgsboende. Fokus kommer att ligga på att målen för den enskilde tydligt framgår av beställningen. En tvärprofessionell referensgrupp kommer att arbeta med att

identifiera mål och syfte från beställning och översyn av nuvarande rutiner som eventuellt behöver revideras efter genomlysningen. Problematiken handlar även om avsaknad av medel för patienter som saknar god man alternativt anhöriga för att säkra läkemedel och en problemlösning för fysioterapeut och arbetsterapeut gällande beställning av hjälpmedel som primärvården ansvarar för. Till arbetsgruppen kommer även MAR adjungeras. Vidare ska journalföring utvecklas utifrån den granskning som MAS/MAR har gjort.

I samråd med HoS personal har beslut fattats gällande avvikelshantering om händelser av fall. Avvikelse av denna art kommer att hanteras på teammöten från och med 2020 på respektive våningsplan för att synliggöra mönster som teamet ska arbeta vidare med. Syftet med åtgärden är att arbeta mer individnära och även att identifiera de patienter som uttrycker sitt självbestämmande och motsätter sig förslag på begränsningsåtgärder.

Verksamheten kommer under 2020 att arbeta vidare med att installera 24 stycken takliftar som inköptes i slutet av år 2019. Besiktning av enhetsägda MTP produkter kommer även att genomföras enligt årlig kontroll.

Enligt de parametrar som redovisas i Palliativa registret tom 2019-12-31 behövs åtgärder i syfte att utöka registrering av munhälsobedömning och smärtskattning. På Rio vård- och omsorgsboende finns två sjuksköterskor med rollen som palliativa ombud. Under 2020 kommer mötestid anvisas för ombud i verksamheten så att kunskap sprids till övriga sjuksköterskor om vikten av att registrera i avsett register.

Under år 2019 genomfördes en apoteksgranskning. I utlåtandet bedömdes att de läkemedelsvagnar som finns i läkemedelsrummen ska tas bort pga. av hygieniska skäl. Vidare ska de ytor som är rostfria frigöras och användas som beredningsytor. Verksamhetschef har tillsammans med legitimerad HoS personal även fattat ett beslut om att under VT 2020 inreda ett särskilt avdelat rum i verksamheten med läkemedelsskåp för akutläkemedelsförråd.

Utifrån protokoll från hygienronden ska hygiengruppen arbeta vidare med att säkerställa att hygienrutiner följs i förråd och sköljrum samt övriga allmänna utrymmen. Följsamhet till basala hygienrutiner ska kontrolleras.

Verksamheten ska fortsätta med återkommande dokumentationsträffar för att utveckla dokumentation utifrån de granskningar som har gjorts. Dokumentation om kartlagt hälsotillstånd och hälsoplaner med kopplade åtgärder kan vidareutvecklas för att få en bättre helhetsbild av den enskilde, likaså dokumentation från teammöten där bland annat personfaktorer ska lyftas fram för att utveckla den personcentrerade vården.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård på Rio vård- och omsorgsboende har identifierat att ett behov föreligger att höja kompetensen för undersköterskor och en utbildningsinsats kommer att

ske under 2020. Utbildningen ska innehålla exempelvis kontroller av puls och blodtryckstagning. För sjuksköterskornas del handlar det om kompetenshöjning inom kontinensområdet genom intern utbildning samt säkerställa följsamhet till den lokala rutinen. Möjligheten att använda Guiden som verktyg ska även beaktas.

Verksamheten kommer även att under 2020 fokusera på den enskildes nutrition med hjälp av dietist som från december 2019 finns till förfogande för omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid bedömning av nutritionsstatus som indikerar undernäring eller risk för undernäring ska dietist kontaktas för konsultation.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård kommer liksom föregående år att under sommaren v. 26-34 samt jul v. 53-02 2021, förändra schema för OAS. För att bevara kontinuiteten och säkerställa patientsäkerheten så arbetar OAS dagtid samt helg under ovan nämnda period. Bemanning/företag/timvikarier anlitas kvällstid.