

Protokoll 5/2020

fört vid Östermalms Stadsdelsnämnds sammanträde
torsdagen den 28 maj 2020 kl. 18:00-19:15, Inte öppet för
allmänheten

Ledamöter	Andrea Hedin (M) Ordförande Henrik Lundquist (M) Mats Hasselgren (L) Rudolf Sjöstrand (S) Göran Ek (SD) Henrika Skott (M) Annika Elmlund (M) Johanna Clarin (MP) Caroline Blomberg (C) Fredrik Boeke (S) Sanna Eliasson (S) Stephanie Branzell (V) Cecilia Enquist (V)
Övriga närvarande	Carolina Bjurling Tjänsteman Sarah Johansson Nämndsekreterare Ulrika Josephson Westberg Tjänsteman Christina Klang Stadsdelsdirektör Roger Melroth Tjänsteman
Justerare	Rudolf Sjöstrand (S)
Datum för justering	2020-05-28
Paragraf	§18
Sekreterare	Sarah Johansson

§ 18**Patientsäkerhetsberättelser för vård- och omsorgsboenden år 2019 (Dianagården, Kattrumpstullen, Linnégården, Kampementet och Rio).**

ÖST 2020/188

Beslut

Östermalms stadsdelsnämnd tar del av redovisningen och lägger ärendet till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Vårdgivare ska årligen beskriva sitt patientsäkerhetsarbete i en särskild patientsäkerhetsberättelse. I berättelsen ska vårdgivaren beskriva vad verksamheten gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt minska risker, tillbud och negativa händelser. Samtliga vård- och omsorgsboenden inom tadsdelsnämndens huvudmannaskap har tagit fram patientsäkerhetsberättelser. För att ge en samlad bild och bedömning gör förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) också en övergripande patientsäkerhetsberättelse för de verksamheter som ingår i stadsdelsnämndens huvudmannaskap.

Beslutsgång

Nämnden ställde sig bakom förvaltningens förslag.

Handlingar i ärendet

- ÖST 2020/188-7 Patientsäkerhetsberättelser för vård- och omsorgsboenden år 2019
- ÖST 2020/188-5.1 Bilaga 1 Patientsäkerhetsberättelser för Kampementet - egen regi år 2019, första halvåret
- ÖST 2020/188-1.1 Bilaga 2 Patientsäkerhetsberättelse för Kampementet år 2019, andra halvåret
- ÖST 2020/188-2 Bilaga 3 Patientsäkerhetsberättelse för Kattrumpstullens vård och omsorgsboende år 2019
- ÖST 2020/188-3 Bilaga 5 Patientsäkerhetsberättelse för Rio vård- och omsorgsboende år 2019
- ÖST 2020/188-4 Bilaga 4 Patientsäkerhetsberättelse för Ersta Linnégårdens vård- och omsorgsboende år 2019
- ÖST 2020/188-8 Bilaga 6 Patientsäkerhetsberättelse för Östermalms stadsdelsförvaltning, äldreomsorg år 2019

Handläggare
Annica Myhr Högström
Telefon: 0850810086

Till
Östermalm stadsdelsnämnd
2020-05-28

Patientsäkerhetsberättelser för vård- och omsorgsboenden år 2019

Förslag till beslut

Östermalms stadsdelsnämnd tar del av redovisningen och lägger ärendet till handlingarna.

Sammanfattning

Vårdgivare ska årligen beskriva sitt patientsäkerhetsarbete i en särskild patientsäkerhetsberättelse. I berättelsen ska vårdgivaren beskriva vad verksamheten gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt minska risker, tillbud och negativa händelser. Samtliga vård- och omsorgsboenden inom stadsdelsnämndens huvudmannaskap har tagit fram patientsäkerhetsberättelser.

För att ge en samlad bild och bedömning gör förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) också en övergripande patientsäkerhetsberättelse för de verksamheter som ingår i stadsdelsnämndens huvudmannaskap.

Ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 210:659) ska varje verksamhet årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig senast den 1 mars varje år för den som vill ta del av den.

Berättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår. Vårdgivaren ska beskriva vad verksamheten har gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt minska risker i vården för att minska antalet tillbud och negativa händelser.

Stadsdelens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har i Patientsäkerhetsberättelse för Östermalms stadsdelsförvaltning, äldreomsorg, gjort en samlad bedömning av hälso- och sjukvården i de verksamheter som ingår i stadsdelsnämndens huvudmannaskap.

Bedömningen grundar sig på genomförda verksamhetsuppföljningar under 2019 samt insamlade uppgifter från verksamheterna. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att vårdgivare ska ha kontroll över sitt patientsäkerhetsarbete.

Marianne Wikander
Avdelningschef

Bilagor

1. Patientsäkerhetsberättelse Kampementets vård- och omsorgsboende År 2019, första halvåret
2. Patientsäkerhetsberättelse Kampementets vård- och omsorgsboende År 2019, andra halvåret
3. Patientsäkerhetsberättelse för Kattrumpstullen År 2019
4. Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare År 2019 Ersta Linnégården
5. Patientsäkerhetsberättelse Rio vård- och omsorgsboende År 2019
6. Patientsäkerhetsberättelse för Östermalms stadsdelsförvaltning, äldreomsorg År 2019

Attesterat av

Detta dokument har godkänts digitalt av följande personer:

Namn	Datum
Marianne Wikander, Avdelningschef	2020-05-07



Patientsäkerhetsberättelse

Kampementets vård- och omsorgsboende

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

190626 Petra Nilsson

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll.....	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	11
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser – vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12
RESULTAT OCH ANALYS.....	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser.....	13
Klagomål och synpunkter.....	13
Händelser och vårdskador.....	14
Mål och strategier för kommande år.....	14

Sammanfattning

Kampementet är ett vård- och omsorgsboende med 96 vårdplatser för personer över 65 år som har en demenssjukdom eller somatisk sjukdom. 48 lägenheter är fördelade på tre våningar med inriktning somatisk sjukdom och 48 lägenheter är fördelade på tre våningar med inriktning demenssjukdomar. Enhetens mål har varit att bedriva vård och omsorg så att den uppfyller kraven gällande patientsäker vård.

Kampementets vård- och omsorgsboende drevs av Östermalms stadsdels förvaltning till och med 190610. A&O Temabo tog över verksamheten 190611.

Verksamheten har under perioden 190101-190610 arbetat med:

- Förbättra informationsöverföringen mellan alla professioner men specifikt mellan baspersonal.
- Förbättrat kvalitén på teammöten
- Ökat registreringar av avvikelser
- Förbättrat kvalitén på Kvalitetsråden där bl.a. avvikelser tagits upp
- Säkerställt hälso- och sjukvården, inför överlämnandet av verksamheten till A&O Temabo

Alla synpunkter och klagomål från boende och närstående har tagits på största allvar. Enhetschef och Bitr. Enhetschef har haft som målsättning att återkoppla inom 24 timmar till den som framfört synpunkten/klagomålet. Alla inkomna avvikelser, synpunkter och klagomål har behandlats i Kvalitetsrådet till och med april 2019. Under våningsmöten som inträffade efter kvalitetsrådet, togs synpunkter/klagomål upp som berörde våningens boende samt specifika avvikelser som var av lärande karaktär eller för att undvika att avvikelserna inträffade igen.

Mellan 190101-190610 har inga händelse föranlett utredning om vårdskada eller risk för vårdskada.

Inledning

Kampementets vård- och omsorgsboende drevs av Östermalms stadsdelsförvaltning till och med 190610. 190611 tog A&O Temabo över verksamheten. Vilket bl.a. innebar att vi arbetade med en övertagandeprocess under ca två månader, där vi bl.a. säkerställde hälso- och sjukvården för de boende på Kampementets vård- och omsorgsboende, i samband med överlämnandet av verksamheten till A&O Temabo. För att säkerställa hälso- och sjukvården arbetade vi utifrån Medicinsk ansvarig sjuksköterskas direktiv bl.a. med att skriva epikriser, säkerställa att nödvändig information fanns tillgänglig osv.

Vi säkerställde att de medicintekniska produkter som fanns på Kampementets vård- och omsorgsboende vid överlämnandet till A&O Temabo var funktionsdugliga och säkra för användning. De medicintekniska produkterna

blev bl.a. besiktigade av fackmän och ev. fel blev åtgärdade alternativt nya produkter köptes in t.ex. 16 liftmotorer, sex örontempår, sex stetoskop, en elektronisk blodtrycksmatch osv.

Vi arbetade utifrån Patientsäkerhetslagen och andra för verksamheten gällande lagar och föreskrifter. Vi arbetade för att motsvara eller helst överträffade de boendes och anhörigas förväntningar, på den vård- och omsorg som de äldre fick.

Vi har varit öppna med eventuella misstag och försökt lära av de misstagen som uppkommit. Vi har uppmuntrat till att rapportera avvikelser och att alltid ”tänka ”risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits med **nollvision**, d v s målet är noll vårdskador.

Utifrån att vi upptäckt brister angående informationsöverföringen under 2018 har vi arbetat med att förbättra den. Deltagarna i kvalitetsrådet tog fram en ny lokal rutin samt en agenda över vad som skulle tas upp mellan baspersonal vid överrapportering samt vad baspersonal skulle överrapportera till tjänstgörande sjuksköterska, rutinen och agendan godkändes av ansvarig Enhetschef och arbetet med att implementera den lokala rutinen och agendan för överrapportering påbörjades.

Utifrån att vi under 2018 hade få skrivna avvikelser både manuellt och i Vodok, arbetade vi med att öka antalet skrivna avvikelser under 2019. Vi kunde se att de skrivna avvikelserna ökade mellan januari till början av april men sedan minskade i antal fram till överlämnandet.

Vi har arbetat med att säkerställa att varje våning hade teammöten en gång i veckan samt kvalitetssäkrade dessa. Utifrån en muntlig utvärdering från involverade medarbetare så fungerade våra teammöten bra och gav en bättre samsyn än tidigare om vilken vård- och omsorg de äldre behövde samt vilken profession som skulle göra vad.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Verksamhetens övergripande kvalitetsmål var:

Att arbeta med de områden som vi upptäckte fungerade mindre väl utifrån kartläggningen som utfördes av hälso- och sjukvården 2018.

Verksamhetens övergripande strategi var:

Att säkerställa att vi arbetade systematiskt och arbetade utifrån vårt lokala ledningssystem. Vårt lokala ledningssystem möjliggjorde för oss att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen (SOSFS 2011:9). Vidare gav ledningssystemet en tydlig struktur för att arbeta systematiskt med säkerhet, värdegrund, bemötande, delaktighet, uppföljning och utvärdering. Det beskrev också hur medarbetare på alla nivåer skulle kunna vara delaktiga i säkerhetsarbetet.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete byggt på tydliga rutiner och policys, mätbara mål i verksamhetsplan, regelbunden uppföljning genom att följa olika kvalitetsindikatorer. Därtill behövs ett väl fungerande samarbete mellan Enhetschef, Bitr. Enhetschef, samordnare, hälso- och sjukvårdspersonal samt baspersonal och en välfungerande mötesstruktur.

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2019 var att:

- Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL och SoL med resultatet noll vårdskador.
- Förbättra verksamheten på ett systematiskt sätt
- Att uppmärksamma och åtgärda undvikbara risker och brister i verksamheten
- Förbättra innehåll och kvalitén under våra avvikelseråd
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för patientsäker vård genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork via bl.a. temamöten.
- Säkerställa hälso- och sjukvården vid överlämnandet till A&O Teamabo

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef/Enhetschef

Verksamhetschef/Enhetschef ansvarade för att verksamheten tillgodosåg hög patientsäkerhet och god kvalitet, vilket bl.a. innebär att Enhetschef/verksamhetschefen hade det samlade ansvaret för verksamheten, ansvarade för att verksamheten arbetade utifrån gällande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, beträffande hälso- och sjukvård och socialtjänst. Hen skulle fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen och kostnadseffektivitet.

Bitr. Enhetschef

Följde upp att vi arbetade utifrån lagar, föreskrifter och följde lokala rutiner, på våningsnivå. Informerar Enhetschef om vi inte arbetar utifrån dessa och/eller det finns risk för vårdskada eller missförhållanden.

Mas (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)/Mar (Medicinskt ansvarig för rehabilitering)

Mas och Mar hade i tillämplig omfattning ansvar för att patienter/boende i verksamheten, fick en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Enligt patientsäkerhetslagen ska Mas/Mar utreda händelser som har lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada samt fatta beslut om anmälan till IVO (Lex Maria).

Mas och Mar har en stödjande funktion i samband med upprättandet och utvärderingen av ledningssystem för kvalitetsarbete utifrån hälso- och sjukvård samt fortlöpande upprätthålla och utveckla, planera, styra,

kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Må arbetade fram instruktioner och lämnade över dessa till sjuksköterskor och Enhetschef, inför överlämnade och kontrollerade att dessa följdes.

Sjuksköterska

Varje sjuksköterska som arbetade mellan 90-100% hade omvårdnadsansvar för 16 boende var. De som arbetade ca 50% hade omvårdnadsansvar för 8 boende. Den ansvarade för att omvårdnadsarbetet främjade hälsa, förebyggde ohälsa och utfördes inom ramen för fastställda rutiner samt i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterskan ansvarade för planera, åtgärda och utvärdera hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå. Oftast i samarbete med den boende, närstående (om medgivande fanns) och övriga yrkesgrupper inom Kampementets vård- och omsorgsboende. Sjuksköterskans uppgift var att handleda baspersonalen i det praktiska omvårdnadsarbetet vid behov. Dokumentera sina bedömningar, planerade omvårdnadsåtgärder, utförda omvårdnadsåtgärder, sätta omvårdnads mål, samt utvärdera dessa, informera ansvarig läkare vid akuta och succesiva förändringar av den boendes status, utföra läkarens ordinationer samt vara behjälplig vid den årliga läkemedelsgenomgången.

Arbetsterapeut och Fysioterapeut/sjukgymnast

De ansvarade för 96 boende och arbetade efter tydliga yrkesbeskrivningar, utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för leg. arbetsterapeut och leg. Fysioterapeut/sjukgymnast samt utifrån Patientsäkerhetslagen.

Dokumenterade sina bedömningar, planerade omvårdnadsåtgärder, utförda omvårdnadsåtgärder, omvårdnads mål samt utvärderingar av dessa.

Baspersonal (vårdbiträde/undersköterska)

Baspersonal ansvarade för och utförde arbetsuppgifter som kommer av uppdragets art utifrån Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. De ansvarade för att tillämpa beslutade arbetsmetoder, följa fastställda rutiner och instruktioner, arbeta aktivt för att följa Stockholms Stads värderingar och nå enhetens uppställda mål. De rapporterade händelser/avvikelser och missförhållanden samt deltog i förbättringsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Informationsöverföring och tydliga avtal vem som ansvarar för vad är en viktig del för att förebygga vårdskador i samband med utredning vid misstanke på vårdskada eller uppkommen vårdskada. Kampementet hade tydliga lokala rutiner vad gällde informationsöverföring vid:

- Ankomst från hemmet annan vårdinrättning (vid inflyttning)
- Vård eller behandling av annan vårdgivare
- Planerade besök hos annan vårdgivare
- Akuttransport till sjukhus

Av rutinerna framgick tydligt vilka personer som skulle kontaktas och vilken skriftlig och muntlig information som skulle ges eller medfölja den boende.

Överenskommelse kommun och landsting

Det fanns en skriftlig överenskommelse mellan kommun och landsting ”Samverkan vid in- och utskrivning i slutet och öppenvården”. Av överenskommelsen framgick tydligt vem som ansvarade för vad i frågor som t.ex. läkemedel, remisser, informationsöverföring, m.m.

Avtal läkarorganisation

Landstinget har ett avtal med läkarorganisationen Capio Legevisitten, som tillhandahåller läkartjänster. Kampementet och Capio Legevisitten har en överenskommelse där det tydligt framgår vad boende/närstående kan förvänta sig för information, behandling och läkartillgänglighet samt rutiner och samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal på Kampementet och Capio Legevisitten

Avtal Vårdhygien

Verksamheten hade avtal med Vårdhygien och personalen hade på detta sätt tillgång till utbildning i vårdhygien, hygienronder och tillgång till extern hjälp vid utbrott av eventuell smitta. Vårdhygien kunde också vara behjälplig med sak- och hygienfrågor om svårartade infektioner eller om stora utbrott av maginfluensa uppstod samt då boende med MRSA, ESBL Carba och/eller VRE vårdas.

Teammöten

För att de boende inte skulle drabbas av vårdskador arbetade vi bl.a. i professions överskridande team, där teammötet var grunden. På varje våning träffades baspersonal och hälsosjukvårdspersonal en gång i veckan och gick ”djupare” igenom två-tre boende. Vid en ”djupare” genomgång gick de bl.a. igenom genomförandeplan/hälsoplan/vårdplan, de utförde registreringar i Senior alert (riskbedömningar angående trycksår, nutrition, fallrisk, munhälsa och kontinens/inkontinens), vid behov utfördes registreringar i Bpsd-registret (boende med utåtagerande beteende). Ingen boende/patient registrerades i registren mot sin vilja.

För att alla professioner skulle vara väl förberedda, beslutades gemensamt vilka boende/patienter som skulle gås igenom vid nästkommande teammöte. Utgångspunkten för vilka boende/patienter som skulle gås igenom vid nästa möte var:

- Ny boende
- Förändrat status
- Uppföljning av genomförandeplan (följdes upp minst var 6:e månad),
- Uppföljning av hälsoplan och vårdplan,
- Registreringar i Senior Alert (utfördes minst var 6:e månad),
- Vid behov Registreringar Bpsd-registret

Undvika vårdskada i samband med skyddsåtgärder

För att säkerställa att inte någon boende/patient fick en vårdskada p.g.a. en skyddsåtgärd, gjordes alltid en riskbedömning av hälso- och sjukvårdspersonal

som dokumenterades i Vodok, i samband med en ordination av skyddsåtgärd. Ordinationen bröts omgående om den äldre/patienten visade tecken på att inte vilja ha skyddsåtgärden eller risk för skada ökade i och med att skyddsåtgärden användes.

Akuta förändringar hos boende

Vid akuta förändringar hos den boende/patienten samt fall ansvarade alltid tjänstgörande baspersonal för att kontakta tjänstgörande sjuksköterska, för bedömning och eventuell ordination av åtgärder så att inte vårdskada uppstod.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

De boende på Kampementets vård- och Omsorgsboende led många gånger av kognitiv svikt, vilket innebar att de inte alltid kunde medverka i det egna patientsäkerhetsarbetet och då blev kontakten med anhöriga särskilt viktig, men alltid med den boendes samtycke.

Redan i välkomstsamtalet, där boende och ev. anhöriga (efter den äldres medgivande) medverkat, har det framgått om det funnits uppenbara vårdrisker kring den boende, exempelvis risk för fall, undernäring eller liknade, varvid åtgärder tagits fram för att förhindra eller förebygga risker. Detta har dokumenterats i såväl SoL- som HSL-journal.

Kampementets vård- och omsorgsboende hade fram till 190610 gemensamma möten med närstående och boende, dels via ett Förtroenderåd, där frivilliga närstående var inbjudna att närvara, för att föra en dialog kring den vård- och omsorg och utvecklingsarbete som skedde inom Kampementets vård- och omsorgsboende. Dels via två informationsmöten i samband med övertagandet av verksamheten till A& O Teamabo.

För att vi skulle säkra den individuella patientsäkerheten, skedde kontakten och samarbetet med de boende och dess anhöriga genom:

- Daglig, kontinuerlig kommunikation med de boende.
- Regelbunden kontakt med närstående som planeras efter den boendes behov och i möjligaste mån efter de närståendes önskemål.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Med avvikelse menas allt som avviker från fastställda rutiner, kvalitetspolicy och intentioner, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, Synpunkter/klagomål från boende/anhöriga, avvikelser i läkemedelshantering och fall. Med avvikelse menas vidare händelser som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för boende t.ex. brister i information mellan olika vårdgivare i och utanför verksamheten, vårdplanering, felbehandling, närståendekontakter o.s.v.

Vi följde Stockholms stads riktlinje för utredning av vårdskador; rapportering av avvikelser, utredning av händelser och anmälan enligt Lex Maria. Där framgår det klart och tydligt när och hur en anmälan görs. Även ansvarsfrågan, vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada är tydlig. Enhetschef/verksamhetschef påbörjar omedelbart en utredning vid misstanke om vårdskada eller risk för vårdskada utifrån inkommen avvikelse o.s.v. samt meddelar ansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Vid allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador ska Mas/Mar snarast informeras. Verksamhetschef och Mas/Mar samverkar vid utredning av händelser som kan leda till vårdskador eller allvarliga vårdskador. Mas/Mar beslutar efter avslutad utredning om anmälan till IVO ska göras (Lex Maria).

Den boende/närstående informeras alltid vid en vårdskada eller risk för vårdskada

Från 190101 till 190610 har ingen utredning av vårdskada och risk för vårdskada genomförts.

De lokala rutinerna beträffande avvikelshantering (HSL, SoL, Synpunkter och klagomål m.m.) beskrev tydligt vad, hur och när en avvikelse skulle rapporteras. Den lokala rutinen togs fram under hösten 2018 tillsammans med Enhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal samt kvalitetsombud.

Vi hade en blankett där avvikelser skrevs manuellt av baspersonal. Hälso- och sjukvårdsavvikelser fördes alltid in i vår digitala avvikelsemodul, Vodok av tjänstgörande sjuksköterska.

Alla som arbetade inom Kampementet var skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som hade betydelse för patientsäkerheten till närmsta chef. Händelsen skulle rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt i enlighet med Kampementets lokala rutin. Alla avvikelser lämnades/skickades till tjänstgörande sjuksköterska som åtgärdade HSL-avvikelser direkt vid behov, med andra ord säkerställde att vårdskada inte uppstod, skrev in HSL-avvikelsen i Vodok och lämnade avvikelsern vidare till Bitr. enhetschef/ Enhetschef för kännedom.

Hälso-och sjukvårdspersonal hade ett ansvar för att:

- Omedelbart bedöma och åtgärda de brister som rörde hälso- och sjukvård som kom till deras kännedom, muntligt och/eller skriftligt.
- Att utförda bedömningar, åtgärder och ev. resultatet av dessa dokumenterades i boendes patientjournal (Vodok).
- Enhetschef/verksamhetschef kontaktades omgående om hälso- och sjukvårdsavvikelsen var av den karaktären att det förelåg risk för allvarlig skada eller allvarlig skada hade uppstått.
- Närvara på kallade kvalitetsråd och vara delaktig i förbättringsarbetet kring de patienter där hen hade ett omvårdnadsansvar.
- Vid behov samt vid utebliven/felaktig medicinering informera läkare.
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande medicintekniska produkter.

Under 2019 hade vi tre kvalitetsråd där Enhetschef/verksamhetschef, Bitr. enhetschef, sjuksköterska, rehab-personal och kvalitetsombud (en från varje våning) träffades. Ett kvalitetsråd där Enhetschef inte var närvarande. Under kvalitetsråden gick föregående månads avvikelser igenom, rutiner togs fram, alternativt reviderades. ”Lärande avvikelser” med vidtagna åtgärder valdes ut,

dessa gicks igenom på våningsmöten, (en gång/månad) för att förhindra upprepning av avvikelser. Har avvikelser/avvikelserna gällt enskilda boende, tas dessa upp i samband med teammöte och ev. vårdplanering utfördes.

Utöver riskanalys har vi även utfört händelseanalys, när:

- En händelse inträffat som skulle kunna ha gett mycket allvarliga följder
- Risken för upprepning av händelsen är mycket stor
- Händelsen bedöms leda till en anmälan enligt Lex Maria eller Lex Sarah.

Analysen ska svara på frågorna:

- Vad hände?
- Varför hände det?
- Hur kan vi undvika att det händer igen?

Åtgärderna skulle rikta sig mot:

- De bakomliggande orsakerna, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas
- Enhetschef/Verksamhetschef ansvarade för att fatta beslut angående vilka åtgärder som skall vidtas och när de skall vara genomförda samt utse person som var ansvarig för att åtgärderna genomförs
- Vid bedömning av vilka åtgärder som verksamheten borde arbeta med, upprättades en riskanalys enligt mall
- Uppföljning av åtgärderna skulle ske efter överenskommen tid för att säkerställa att de haft avsedd effekt.

Klagomål och synpunkter

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

Kampementets vård- och omsorgsboende såg synpunkter och klagomål som positiva, utifrån att det är ett viktigt led i att säkra och utveckla verksamhet. Det var nödvändigt för ett förebyggande arbete, att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förts fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter gav verksamheten möjlighet till ständig förbättring.

Kampementet hade en lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. Information om var boende och närstående skulle vända sig med sina synpunkter och klagomål fanns i våra hissar samt vid dörren in till varje våning. Vi hade som rutin att kontakt den som framfört sin synpunkt/klagomål inom 24 timmar vardagar och första vardagen efter en helg. Vid kontakt med den som lämnade synpunkten informerade ansvarig chef för vilka åtgärder som ev. var utförda samt vilka åtgärder som var planerade, vid vissa tillfällen när kontak togs med den som framfört klagomålet/synpunkten skapades en överenskommelse om vilka åtgärder som skulle vidtas och ev. bokning av datum för uppföljning.

Kontaktmannen ansvarade för att nödvändig information dokumenteras i Sol-dokumentationen beträffande synpunkten/klagomålet (uppdatering av

genomförandeplan skedde parallellt vid behov).
Arbets terapeut/sjukgymnast/sjuksköterska ansvarade för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentationen, utifrån synpunkten/klagomålet.

Egenkontroll

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

Mellan 190101.190610 har vi följt de infektioner som uppstått på Kampementets vård- och omsorgsboende en gång i månaden samt sammanställt resultatet vid verksamhetsövergången. Utifrån de inkomna uppgifterna kan vi konstatera att vi inte haft någon smittspridning eller att vi haft ovanligt många infektioner.

Under vecka 11 gjorde vi en sammanställning av indikatorer rörande hälso- och sjukvård, där vi kunde konstaterade att vi måste bli bättre på basal utredning avseende blåsdysfunktion samt individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Bli bättre på att inte använda begränsningsåtgärder/skyddsåtgärder i så hög utsträckning.

Utifrån mätning av nattfasta, kunde vi konstatera att vissa våningar inom Kampementets vård- och omsorgsboende har en nattfasta som är längre än 11 timmar. Utifrån det resultatet skapade vi en blankett för att registrera det senaste intaget av mat och dryck på kvällen/natten och tidigaste intaget av mat och dryck på morgonen.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Mellan klockan 8:15-8:30 vardagar, har hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetschef, när hon varit på plats, haft ett kort möte för informationsöverföring och dagplanering, med syfte att säkerställa informationsöverföringen och se till att kontinuiteten av sjuksköterskor blev så hög som möjligt utifrån de förutsättningar som fanns.

En gång var 14:e dag hade vi ett hälso- och sjukvårdsmöte med tjänstgörande hälso- och sjukvårdspersonal och Enhetschef samt Bitr. Enhetschef. Under mötena gick vi bl.a. igenom lokala rutiner, skapade nya och reviderade vissa lokala rutiner som var inaktuella, vi gick igenom hur vi arbetade på Kampementet utifrån ett hälso- och sjukvårds perspektiv, tog upp allvarliga avvikelser som rörde hälso- och sjukvård, för att avvikelserna inte skulle inträffa igen.

Tiden innan överlämnandet prioriterades skrivande av epikriser för att säkerställa hälso- och sjukvården vid övertagandet.

Risikanalyt

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

En riskanalys är en systematisk bedömning som görs föra att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas samt för att ta fram konkreta åtgärder som minskar dessa risker. En riskanalys innebär att olika sannolikheter till att en negativ händelse inträffar identifieras.

Risikanalyser kan göras på verksamhetsnivå eller på organisatorisk nivå. Några exempel på tillfällen är:

- Vid återkommande rapporter om en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering
- Då medarbetare upplever ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
- Inför organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
- Vid införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter
- Då en allvarligare händelse inträffat och händelseanalys görs, bör en riskbedömning av åtgärdsförslagen göras.

Processen som analysen gäller ska beskrivas genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Fram till 190610 har vi arbetat med riskanalyser på individnivå och dokumenterat dessa, utifrån riskens storlek och sannolikheten och att risken skulle inträffa igen samt vilken allvarlighetsgrad risken hade, sedan ordinerades åtgärder som sedan följdes upp. Vi tog upp vilka risker som identifierats samt vilka åtgärder som vidtagits, för att minimera att en oönskad händelse skulle inträffa igen, under våra morgonmöten och/eller hälso- och sjukvårdsmöten.

Alla åtgärderna ska:

- Rikta sig mot de bakomliggande orsakerna
- Vara konkreta och realistiska
- Kunna genomföras inom en rimlig tidsplan
- Kunna utvärderas

Utredning av händelser – vårdskador

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

Informationsöverföring och en tydlig ansvarsfördelning om vem som ansvarar för vad är en viktig del för att förebygga vårdskador och utreda oönskade händelser. Kampementet hade tydliga rutiner vad gällde informationsöverföring vid och utredning av händelser. Fram till 190610 har inga avvikelser föranlett utredningar av vårdskada och risk för vårdskada genomförts.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vi hade rutiner som skulle säkerställa informationsöverföringen vid

- Ankomst från hemmet (vid inflyttning)

-
- Vård eller behandling av annan vårdgivare
 - Planerade besök hos annan vårdgivare
 - Akuttransport till sjukhus
 - Kontakt med läkarorganisationen Capiro Legevisitten

Ny lokal rutin beträffande informationsöverföring mellan de olika professionerna inom Kampementets vård- och omsorgsboende skrevs i slutet av 2018 samt en agenda för informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal. Dessa två dokument arbetade vi med att implementera under januari-mars 2019

Vårt mål med informationssäkerheten mellan 20190101-20190610 inom Kampementets vård- och omsorgsboende har varit att säkerställa så att inga vårdskador uppkommit pga. bristande informationsöverföring bl.a. genom att inför en ny lokal rutin samt agenda för informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal, förbättra den skriftliga informationen som sker via genomförandeplan och journalanteckningar och säkerställa den muntliga informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och tillhörande minnesanteckningar från dess överrapporteringstillfällen.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Utifrån att A&O Temabo tog över verksamheten har vi inte utfört några större egenkontroller, förutom att registrera ej signerade läkemedel, följt upp kvalitetsindikatorer och följt inkomna avvikelser varje månad, via bl.a. kvalitetsrådet

Avvikelser

Vi har haft 130 hälso- och sjukvårdsavvikelser mellan 190101-190610.

- 101 fall varav tre sårskador och tre frakturer
- 24 medicinavvikelser,
- 3 avvikelser som berör specifik omvårdnad
- 2 brister i vårdkedjan

Förutom 24 medicinavvikelser hade vi 89 missade signerade läkemedel, varav två våningar inte registrerat missade signeringar av läkemedel. Vilket gör att vi har ett mörkertal beträffande missade signeringar av läkemedel. Utifrån min analys kan jag se att de missade signeringarna av läkemedel minskade under 2019, jämfört med 2018.

Mellan 190101-190610 ökade inkomna avvikelser i jämförelse med 2018 men vi hade troligtvis ett antal avvikelser som inte registrerades. Utifrån min analys av inkomna avvikelser och samtal med medarbetare, kom jag fram till

att det fortfarande fanns medarbetare som inte kände sig bekväma med att skriva avvikelser av olika anledningar t.ex. bristande språkkunskaper, obehags känslor gentemot kollegor (de upplevde att de "skvallrade" på dem) samt bristande förståelse av varför vi skulle skriva avvikelser.

Klagomål och synpunkter

Mellan 190101-190610 har vi haft

- 8 Klagomål och synpunkter beträffande bemötande
- 3 Klagomål och synpunkter angående tvätt av boendes kläder
- 4 Klagomål om att läkaren inte tar kontakt med närstående vid önskemål
- 3 Klagomål och synpunkter angående städning av boendes lägenhet

När vi fått till oss ett klagomål har vi kontaktat den som kommit in med klagomålet inom 24 timmar, under vardagar och närmast vardag efter helgdag.

Vi har skyndsamt arbetat med att identifiera orsaken till klagomålen och sedan arbetat med att avlägsna orsaken till klagomålen samt vid behov haft kontinuerlig kontakt med den som inkommit med klagomålet.

Händelser och vårdskador

Utifrån utförd analys av de händelser/avvikelser som kommit in under 2019, där det funnits en risk för vårdskada på boende, kan vi konstatera att kontinuitet både i sjuksköterskegruppen och bland baspersonal är avgörande för om vårdskada ska uppstå eller inte.

Att kunskap hos tjänstgörande sjuksköterska/baspersonal om lagar, riktlinjer, regler och lokala rutiner av viktigt för att vårdskada ska undvikas, är en kunskap vi tar med oss.

Säker informationsöverföringen mellan hälso- och sjukvårdspersonal, mellan baspersonal samt mellan de olika professionerna är en grundläggande faktor för att undvika negativa händelser som kan mynna ut i en eller flera vårdskador. Att rutinen följs beträffande informationsöverföringen mellan läkarorganisationen och Kampementet har också stor betydelse för att vårdskador inte ska uppstå, utifrån ovannämnda analys. Likaså är det gemensamma teamarbetet mellan de olika professionerna med teammötet som grund och dess kvalitet, en viktig länk för att undvika vårdskador.

Mål och strategier för kommande år

Utifrån att Östermalms stadsdelsförvaltning inte driver Kampementets vård- och omsorgsboende längre, finns inte några mål eller strategier inför 2020.

Patientsäkerhetsberättelse 2020-02-04

Kampementet, Stockholm
A&O Temabo AB

Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet under 2019

Avvikelser

Samtliga avvikelser registrerades och dokumenterades i företagets kvalitetssystemet. Avvikelserna hanterades enligt rutin för avvikelshantering. Falltillbud registrerades i Vodok. Läkemedelsavvikelser rapporterades även till MAS. Varje månad samlas representanter från samtliga avdelningar till ett gemensamt kvalitetsmöte i verksamheten där incidenter och avvikelser tas upp och förbättringar diskuteras som kan ligga till grund för en revidering av rutiner.

Synpunkter och klagomål

Vi uppmanar till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kommit i kontakt med vår verksamhet. Detta kan göras skriftligt på en av företaget framtaget underlag - "Hjälp oss att bli bättre" som finns tillgänglig i entrén. Synpunkter och klagomål kan även lämnas via företagets hemsida www.ansvarochomsorg.se eller muntligt direkt till avdelningschef/verksamhetschef. Synpunkterna hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål och under 2019 har det inkommit 8 skriftliga och några muntliga synpunkter och klagomål och samtliga har åtgärdats. De muntliga synpunkter har handlat mestadels om förslag på nya rutiner i samband med övertagandet, dvs anhöriga har påpekat vad som inte fungerat på Kampementet innan övertagandet och önskemål vad vi ska fokusera på framöver.

Intern kvalitetsrevision

Intern kvalitetsrevision genomfördes den 5 november 2019. Underlaget för den interna kvalitetsrevisionen har följande huvudrubriker: Boende, Livsrum och Personal med underrubriker och frågeställningar kopplade till varje del. Den interna revisionen sker enligt rutin för internrevision och renderar i en handlings- och åtgärdsplan.

Egenkontroll

Under hösten har vi utfört egenkontroll av hälso- och sjukvård där vi har använt kvalitetsinstrumentet QUSTA. Vi har fokuserat på utvecklingsområden och arbetat enligt handlingsplanen.

Apotekets kontroll

Under 2019 har vi inte haft apoteksgranskning på Kampementets vård- och omsorgsboende men detta planeras under 2020.

Läkemedelsrutin

Enhetens lokala läkemedelsrutin revideras vid behov.

Läkemedelsgenomgångar

Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har reviderat boendes läkemedelslistor enligt den rutin som läkarorganisationen Capio-Legevisitten har.

Första läkemedelsgenomgång gör man i samband med inflytten. Därefter skall en fördjupad läkemedelsgenomgång och hälsokontroll ske minst en gång per år. Det vill säga inom 364 dagar efter senaste läkemedelsgenomgång.

Palliativt arbete

Läkarorganisationen Capio-Legevisitten genomför enligt sin rutin ett avslutssamtal när palliativ omvårdnad skall påbörjas och sjuksköterska samt omvårdnadspersonal planerar och genomför detta enligt Stockholms stads vårdprogram kring palliativ vård. En av verksamhetens sjuksköterskor och en av våra arbetsterapeuter är huvudhandledare samt ansvariga för att övriga sjuksköterskor och rehabpersonal följer detta i sin roll som omvårdnadsansvariga (ssk) och handledare till omvårdnadspersonalen.

Verksamheten är ansluten till Palliativa registret men på grund av svårigheter med sjuksköterskerekryteringen har vi inte uppnått önskat resultat när det gäller registreringen i kvalitetsregistren. Förbättrings arbete kring detta pågår.

Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och använder registret för att systematiskt dokumentera förändringar som påverkar omvårdnadens genomförande. Även här pågår ett förbättringsarbete som genom systematiska uppföljningar vid TEAM-möten ökar möjligheten att förebygga och öka patientsäkerheten.

BPSD-registret

Verksamheten är ansluten till BPSD-registret. På varje demens avdelning finns en administratör, dvs sammanlagt 3 administratörer. Även omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på demensavdelningar är administratörer. Samtliga administratörer har genomgått grundläggande administratörsutbildning. Fortsatta utbildningar och implementering av BPSD-registrering under 2020.

Hygien

Avtal finns skrivet om vårdhygienisk service med Vårdhygien, Stockholms län.

Krav på all personal, både ordinarie och vikarier att genomföra webb-utbildningen "Basala hygienrutiner".

Sex hygienombud, en på varje våning och en hygienansvarig sjuksköterska finns. Hygienrund och hygienobservationer enligt lokala rutiner.

Tandvård



I samband med inflyttning till verksamheten erbjuds samtliga en kostnadsfri munhälsobedömning och en munhälsostatus skrivs och ett intyg för nödvändig tandvård. Munhälsobedömning upprepas en gång per år med munhälsostatus som vägleder omvårdnadspersonalen i sin kunskap om vad den boende behöver hjälp med för att säkerställa en fortsatt god munhälsa. Omvårdnadspersonalen skall erbjudas munvårdutbildning en gång om året.

Introduktion nyanställda

En introduktionsrutin finns med checklista som följs av fadder/handledare. Informationsmaterial lämnas ut till alla som blir nyanställda eller skall finnas i verksamheten som elev/student. Var och en av alla nyanställda får minst två handledda introduktionsdagar beroende på yrkeskategori och erfarenhet.

Sommarvikarier brukar få delta i en särskild introduktionsdag innan semesterperiodernas början. I den introduktionsdagen ingår introducering till företaget och administrativa rutiner, omvårdnadsrutiner, utbildning i förflyttning. Då vi tagit över verksamheten den 11 juni och sommarplaneringen var inte alls klar, har vi inte kunnat genomföra gemensamma introduktioner för samtliga sommarvikarier. Vi har i stället ornat individuella introduktioner för att bemanna raderna så snabbt som möjligt.

Digital rutinpärm

I företagets verksamhetsstöd ligger rutiner digitalt under enhetens namn på två nivåer, central och lokal nivå. Samtliga anställda i verksamheten har tillgång till dator och kan läsa i digitala rutinpärmerna. Uppdateringar och tillägg meddelas personalen genom APT och veckobrev.

Beskrivning vad enheten gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården och för att minska antalet tillbud och negativa händelser.

- Risk för malnutrition: Viktkurvan följs regelbundet och matbeställningar är individuellt anpassade. Möjlighet till dietist konsultation inom företaget. Vid behov proteinberikas och energiberikas maten och om så krävs ges näringsdryck på ordination från sjuksköterska.
- Fallrisk: Varje boende följs av REHAB-personal och har en genomgång av status regelbundet samt får utskrivet hjälpmedel efter behov.
- Risk för trycksår: Regelbunden genomgång av status av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kollegial samverkan med omvårdnadspersonalen gör att risker upptäcks på ett tidigt stadium och åtgärdas.

Varje avdelning har s.k. TEAM-möte (omvårdnadspersonal, ssk och rehab) som hålls regelbundet där en systematisk genomgång efter dagordning hålls runt varje boende. Det skapar en gemensam målbild och omvårdnaden blir strukturerad så som Socialstyrelsen rekommenderar.

En riskinventering görs regelbundet för att eliminera tillbud i de boendes lägenheter som kan innebära tillbud och vård- eller arbetsmiljöskador.

För att stärka personalens dokumentation i det sociala journalsystemet Parasol har vi en dokumentationsombud på varje våning för att uppdatera kunskaperna i socialtjänstlagen enligt de nya bestämmelser som trädde i kraft 2015. Enhetschef SAS och dokumentationsombuden har regelbundna möten. Dokumentationsombud genomför kontroller och ger stöd till övrig personal kring dokumentation. Genomförandeplan uppdateras minst 2 gånger per år.

Vid muntlig informationsöverföring mellan yrkeskategorier som gäller de boende finns lokal rutin implementerat sedan tidigare. Den föreskriver användning av Socialstyrelsen rekommenderad modell för att minimera risken för vårdskada som benämns SBAR (situation, background, assessment, recommendation) så att informationen blir tydlig och budskapet klart för mottagaren. Det gör att risken för missförstånd minimeras och vårdskador förhindras.



Beskrivning av hur och när enheten ska fullfölja de åtgärder som vi inte kunnat göra omedelbart.

Verksamheten har en förbättringsrutin som baseras på en handlingsplan/åtgärdsplan kopplat till ansvarig för varje punkt samt uppföljningsdatum.

Vad gäller specifika åtgärder som beslutats runt en individ för att säkerställa en god patientsäkerhet följs detta upp i de avdelningsvisa TEAM-möten och har enligt ovanstående beskrivning en ansvarig namngiven.

När så påkallas förs frågor vidare till en övergripande kvalitetsdiskussion inom företagets ledningsgrupp som hålls varje månad eller direkt till VD för beslut.

Beskrivning av resultat

- **Fallskador** – verksamheten har under året arbetat aktivt med att förebygga fallskador genom riskbedömning och skyddsåtgärder insatta innan skador uppstått.

Totalt har 60 fall rapporterats under perioden 11 juni-31 december och journalförts.

- **Läkemedelsavvikelse** – verksamheten har varit mycket uppmärksam i uppföljning av de lkm-avvikelse som sker och rutiner ses över med förbättringsåtgärder. Den vanligaste avvikelsen är utebliven signering som är 91,25 % av totalt 425 rapporterade lkm-avvikelse under året.
- **MTP-avvikelse** – under året har en systematisk uppföljning av samtliga MPT-hjälpmiddel genomförts för att öka verksamhetens kvalitet. Två avvikelse som gäller MPT har rapporterats och även åtgärdats utan dröjsmål.
- **Övriga avvikelse** – klagomål och synpunkter har åtgärdats enligt den förbättringsrutin som gäller och en återkoppling har lämnats till berörda så snart besked har kunnat lämnas. Under året har samtal initierats både på individnivå med olika aktörer utanför verksamheten för att när så har varit möjligt kunna se en förbättring.

En avvikelse har lett till Lex Sarah anmälan.

- **Vårdrelaterade infektioner** – inga rapporter finns om uppkomna infektioner under året.
- **Skapade utbildningstillfällen** – Nytt från i år är att all personal skall genomgå webb-utbildningar via gemensamma utbildningsportalen. Ledningen skapar inloggningar för samtliga medarbetare och tilldelar dem olika utbildningar efter lokala planeringen. I verksamheten pågår även ständigt en uppdatering av "Lyftkörkortet".
- **Övrigt** – Ur ett patientsäkerhetsperspektiv ingår verksamheten i samverkansmöten med läkarorganisationen Legevisitten och Östermalms SDF regelbundet.



Patientsäkerhetsberättelse för Kattrumpstullen

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-22

Ida Andersson och Håkan Borg

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Patienters och närståendes delaktighet.....	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter.....	12
Egenkontroll.....	13
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	14
Riskanalys.....	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	16
Informationssäkerhet.....	17
RESULTAT OCH ANALYS.....	17
Egenkontroll.....	17
Avvikelser.....	22
Klagomål och synpunkter.....	23
Händelser och vårdskador.....	23
Riskanalys.....	23
Mål och strategier för kommande år.....	24

Sammanfattning

Kattrumpstullens vård- och omsorgsboende har 97 lägenheter med hel- dygnsomsorg fördelat på fem våningar, nio avdelningar. Vårningsplanen är uppdelade i två enheter med åtta respektive tretton lägenheter på varje sida. De som bor på boendet har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen och den övervägande delen är insatser enligt SoL. Kattrumpstullen bedriver både somatisk och demenssjukvård.

Interna revisioner utförs årligen på varje enhet. Norlandia är även ISOcertifierade enligt miljö och kvalitet. Kattrumpstullen fick under 2019 godkänt resultat utifrån extern iso revision. Verksamhetschefer

och sjuksköterskor följer månadsvis upp både avvikelser och följsamhet av rutiner.

Kattrumpstullen har under 2019 fortsatt arbetet med och att utveckla ett teambaserat arbetssätt. Vi har i år valt att samla sjuksköterskor och teamsamordnare på en gemensam planeringsdag för att ytterligare stärka sjuksköterskors och teamsamordnarens roll som arbetsledare. Vi har även under året (1 gång/mån) fortsatt med de mötesforum för sjuksköterskor och teamsamordnare där arbetsledarna tillsammans kan dela med sig av framgångsfaktorer, vilket innebär att arbetet blir så enhetligt som möjligt på de olika avdelningarna, vilket också leder till en kvalitets och patientsäker omvårdnad för den äldre. Teamsamordnare har även uppföljningsmöte med ledningsgruppen regelbundet varannan vecka.

För att arbeta preventivt och systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet samarbetar HsL personal tillsammans med omsorgspersonalen. Fokus i samverkan mellan de olika yrkesgrupperna är fortsatt att identifiera risker, planera åtgärder och följa upp inom områdena nutrition, fall, trycksår, inkontinens och munhälsa. Arbetet i Senior Alert, palliativa registret och BPSD har fortsatt under 2019. Vi fortsätter arbetet med fokus på att teamet ska arbeta med personcentrerad omvårdnad utifrån ett salutogent arbetssätt där vi utifrån redan framtagna rutiner arbetar med dokumentation utifrån IBIC- (individens behov i centrum). Omvårdnadspersonalens dokumentation granskas regelbundet utifrån boendes behov och önskemål i en genomförandeplan/journalanteckningar.

Bemötandeplan och genomförandeplan har ett större fokus än tidigare. Vi har också fortsatt att revidera och utvärdera vår dygnsplanering vilket resulterat i små justeringar för att tydliggöra olika ansvarsområden och eventuella ordinationer med fokus på måltider/mellanmål och att nattfastan kan följas upp på ett tydligare sätt. Resultat av den utvärderingen visar att personalen tycker att den skapar en översyn över hur arbetet ska planeras på ett mer effektivt sätt och att resurser används på rätt sätt. Vi kan även se att våra äldre får ta del av mellanmål och nattmål fördelat över dygnets alla timmar.

Under 2019 har vi fortsatt att arbeta intensivt med att ytterligare säkerställa sjuksköterskans journalföring i Vodok med stöd och hjälp av vår dokumentationsgrupp. För att säkerställa ytterligare har vår dokumentationsgrupp skapat en Vodokpärm som finns placerad på varje sjuksköterskas expedition där olika förbättringsarbeten presenteras i form av olika lathundar, dokumentationsexempel samt ex på hälsoplaner finns att ta del av på nära håll. Detta för att säkerställa att samtlig legitimerad personal dokumenterar på ett enhetligt sätt vilket gör det lättare att hitta information i journalen. Vi fortsätter med möten ca en gång/mån för att arbeta fram en kvalitetssäker journalföring i Vodok. Vi fortsätter även med kollegial journalgranskning (HSL) där varje plan har fått en planering att följa vilket leder till att samtliga boende/sjuksköterskor blir granskade en gång/år. Återkoppling från granskningen lyfter vi på HsL- mötet, och belyser goda exempel. Ett sätt att säkerställa att dokumentationen är av god kvalitet. Analys och resultat återkopplas årligen till Norlandias MAS men även i uppföljningsprocessen i samarbete med Östermalms Sdf. Loggkontroller har utförts enl rutin under 2019 och resultat har återkopplats till MAS.

Målet inom demensvården är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötande-planer för alla boende med demenssjukdom. Arbetet med BPSD utvecklas löpande vilket bidrar till ett aktivt lärande. Under 2019 har arbetet med BPSD utgått från en dokumenterad handlingsplan utformad utifrån behov. Vi har även uppnått vårt mål gällande att säkerställa att samtliga boende med demensdiagnos blivit registrerad och skattad minst 1 ggr under året. I mötesforum för BPSD administratörer som sker regelbundet arbetar vi tillsammans för att säkerställa att de åtgärder vi använder i de boendes bemötandeplaner ger det önskvärda resultat som boende behöver för att kunna leva ett gott liv. Vi arbetar även med att delge alla goda exempel samt handleda/guida varandra i olika svårigheter som kan uppstå. Dessa möten är inplanerade en gång/mån och leds av silviasjuksköterskan på huset. Antal skattningar/registreringar följs regelbundet upp i månadsuppföljningsmallen enligt rutin. Utvärdering av resultat visar att vi ökat antal registreringar under 2019.

Vi följer Norlandias koncept på 5 kvalitetsgrupper (miljö, välbefinnande, kontaktmannaskap, vård, mat och måltid). Arbetet pågår med planerade möten som sker en gång/mån, där chef deltar. Vi har uppdaterat gruppernas medlemmar utifrån intresse och delaktighet för att på det sättet få ett större genomslag för att informationen från grupperna ska delges övriga medarbetare. För att höja kvaliteten ytterligare kring mat och måltid har vi fortsatt med utbildning i Norlandias måltidskoncept (FAMM- fem aspekter utav måltids miljön)

Avvikelse från hälso- och sjukvårdspersonalen behandlas enligt de anvisningar som finns i Norlandias ledningssystem TQM, Total Quality Management med handlingsplan, uppföljning och återkoppling. I TQM registreras även avvikelser såsom tillbud och arbetsskador, synpunkter och klagomål. Genom avvikelsehanteringen som följer de riktlinjer som finns i ledningssystemet följer vi upp patientsäkerheten genom egenkontroll. Riskerna för vårdskador identifieras genom bedömningsinstrument i den legitimerade personalens dokumentationssystem.

När det gäller jämförelser mellan antalet avvikelser inkomna under 2018 och antalet inkomna under 2019 så kan vi göra en analys av att vi har ökat antalet dokumenterade avvikelser i TQM, detta som ett resultat av regelbundna planerade veckovisa utbildningstillfällen under 2019.

Under 2019 har vi regelbundet arbetat med TQM utbildning/handledning för samtlig personal som behöver mer kunskap och handledning. Detta för att säkerställa att våra medarbetare har tillräcklig kunskap för att kunna registrera i och hantera vårt ledningssystem utifrån dess syfte. Vi har också börjat använda ett mätinstrument ”mätparametrar” i TQM där vi kan få fram statistik på olika parametrar som fall, läkemedel och trycksår osv. Vi har också börjat ”mäta effekten” av våra planerade och utförda åtgärder när det gäller avvikelsehantering i TQM. Ett sätt att ta reda på om vi använder oss av rätt åtgärder. Personal uppmanas/uppmuntras att skriva avvikelser, och allvarliga avvikelser tas upp med MAS samt all personal på arbetsplatsträff eller planmöten. Under 2019 har vi inga Lex Maria eller Lex Sarah ärenden.

Under 2019 har det inkommit ett antal klagomål och synpunkter. Verksamhetschef och enhetschefer arbetar regelbundet med återkoppling till

anhöriga och till personalen. Klagomålen har varit av varierande karaktär. Klagomålen/synpunkterna tas upp på aktuell avdelning där klagomålet uppkommit men även på APT för att undvika klagomål av samma karaktär på andra avdelningar. Klagomål och synpunkter redovisas regelbundet på samverkansträffar med SdF Östermalm.

Övergripande mål och strategier

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

Norlandias värdegrund stämmer väl överens med den värdegrund som finns för Stockholms stad. Boende hos oss ska få sin vård och omsorg utifrån sina egna personliga villkor och behov. Under 2019 har äldrepedagog och silviasjuksköterska hållit i reflektionsgrupper för personalen med utgångspunkt utifrån den nationella värdegrunden.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i TQM. TQM är företagets ledningssystem för kvalitet där de fem kvalitetsgrupperna har en stor roll för hur kvalitetsarbetet löper på. Under 2019 har Kattrumpstullen arbetat i Norlandias kvalitetsledningssystem. Företagets ledning fastställer kvalitetspolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvalitén.

På Kattrumpstullen har vi arbetat enligt Patientsäkerhetslagen, det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs i företagets ledningssystem och innefattar riskanalyser, avvikelshantering, rutiner för läkemedelshantering och en struktur i kvalitetsarbetet genom arbetet i kvalitetsgrupperna.

Under 2019 har Kattrumpstullen arbetat mycket med att i arbetet med boende följa de rutiner och riktlinjer som finns. Vi arbetar fortlöpande med att skriva om och uppdatera lokala rutiner och instruktioner för att de ska kunna guida medarbetare med aktuell information och kvalitetssäkra omvårdnadsarbetet.

Verksamhetens övergripande mål och strategier är att:

Sjukskötersketätheten på Kattrumpstullen är hög (vi följer gällande avtal), vi kan även välja att bemanna upp extra om vi anser att behov finns för att säkerställa patientsäkerheten över dygnet.

Resultat: Då vi har bra rutiner och ett tydligt strukturerat arbetssätt så är det också lättare att rekrytera sjuksköterskor till boendet. Vi har tillgång till vikarier som är återkommande vilket i sin tur kvalitetssäkrar omvårdnaden, då dem har kännedom om boende, rutiner och riktlinjer.

· Insatser ska vara av god kvalitet. Målet är att nyanställda samt befintlig personal har lämplig utbildning och erfarenhet.

Resultat: Vi följer vår utbildningsplan och registrerar all utbildning i vårt personalsystem. Vi har under året arbetat aktivt med att uppmuntra personal till att hålla sig ”ajour” med fortbildning av olika slag.

- Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kompetens som krävs samt att de har kunskaper om den nationella värdegrunden. Varje avdelning arbetar regelbundet med reflektion och handledning i värdegrundsfrågor. Vi arbetar aktivt med fortbildning av olika slag för att på så sätt höja kompetensen ytterligare.

- Verksamhetens personal ska arbeta enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Processer och rutiner följs upp regelbundet på avdelningsmöten, teamkonferenser, teamledarmöten och arbetsplatsträffar.

Resultat: Vi ser att fler medarbetare tar ett större ansvar att söka information i TQM för att kunna säkerställa att det arbetar utifrån aktuella riktlinjer och rutiner. Dock behöver vi fortsätta att uppmuntra och handleda medarbetare till att söka information i vårt ledningssystem.

- Kvalitén ska systematisk utvecklas och säkras. Norlandias kvalitetsgrupper arbetar med utveckling och förbättringar. Vi har utvecklat arbetet med ett ”lokalt kvalitetsteam” på Katrumpstullen, Det lokala kvalitetsteamets arbete går ut på att säkerställa att våra 5 kvalitetsgrupper arbetar med avvikelser och förbättringsarbeten samt att rutiner följs upp och arbetas vidare med. Det lokala kvalitetsteamet träffas för utvärdering en ggr/mån tillsammans med verksamhetschef.

Resultat: 3/5 kvalitetsgrupper arbetar aktivt med utveckling och förbättringsförslag. Fortsatt handledning från sammanställande från resterande kvalitetsgrupper att ta sig an utvecklingsområden.

- Samverkan mellan HsL och läkarorganisationen Capio Legevisitten som under 2018 övergått i Capios regi där samarbetet fortsätter som tidigare. Vi träffas på samverkansmöten för att kunna diskutera kring utveckling av patientsäkerheten.

Resultat: Ett samverkansmöten under 2019 där vi diskuterat kring förbättringsområden. Mål är att öka tillgängligheten mellan läkare/sjuksköterskor och boende/anhöriga.

- HSL-personal samt övrig personal utbildas/fortbildas regelbundet.

- Aktiv registrering sker i kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD. Under 2019 har vi fokuserat på att följa upp planerade/utförda åtgärder i senior Alert . Även arbetat aktivt för att säkerställa att samtliga avlidna på Katrumpstullen ska vara registrerade i Palliativa registret. Vi har även anmält Katrumpstullen till Svedem och kommer under 2020 att påbörja arbeta i detta register.

Resultat: Gott resultat på antal registrerade i kvalitetsregister som Senior Alert, antal uppföljningar av planerade/utförda åtgärder i Senior Alert under 2019 har ökat jämförelsevis med 2018. 2019 visar på ett ökat resultat gällande

registreringar av avlidna i Palliativa registret. Regelbundna registreringar i BPSD rapporteras månadsvis.

· Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition och munhälsa och Nikola.

Resultat: Gott resultat på antal boende med aktuell riskbedömning i Vodok.

· Avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras, utredas, sammanställas och följas upp. Sammanställning av dessa görs var fjärde månad och lämnas över till stadsdelen, på samverkansmöten.

Kvalitetsgranskning från apoteket gällande läkemedelshantering har skett under 2019, åtgärdsplan är avslutad och godkänd granskning.

Organisation och ansvar

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget. Regionchef ansvarar för att följa upp varje region månadsvis. Regionchef har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvalitén i varje enskild verksamhet. Regionchef ansvarar i samråd med företagets kvalitetschef för att vid behov vidta kvalitetsåtgärder.

Företaget har uppdraget som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS utarbetar och beslutar om riktlinjer och följer upp att de efterlevs. MAS arbetar fortlöpande med att upprätthålla, utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschefen och enhetscheferna ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen och enhetscheferna har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Verksamhetschefen och enhetschef för HSL-personal ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

På Kattrumpstullen finns verksamhetschef som har de övergripande ledningsansvaret samt två enhetschefer som har det samlade ledningsansvaret kring hälso-och sjukvårdslagen samt kring SoL och chefsansvaret för omsorgspersonalen. Ledningsgruppen på Kattrumpstullen består av de tre cheferna och äldrepedagog och silviasjuksköterska.

Företaget har en MAS utsedd för verksamheterna i Stockholm och ansvarig för regionen, dennes ansvar regleras i HSLF 2017:80 4 kap 6 §.

På Kattrumpstullen har vi i enlighet med det avtal Kattrumpstullen har med Stockholm stad/ Östermalms stadsdel bemannat verksamheten med sjuksköterskor dygnet runt, dag, kvällar, helger och nätter. Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 6 kap. 4 §). Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare. (SFS 2010:659 3 kap. 4 §). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns.

Kattrumpstullen har ett nära samarbete med SLL vårdhygien när det gäller frågor som ev behöver förtydligas och arbetas vidare med.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det förebyggande arbetet och identifieringen av risker involverar hela teamet kring den boende. Vi ser att omvårdnadspersonalen har en mycket viktig uppgift att observera risker eftersom de arbetar nära den boende. Vi arbetar därför aktivt med våra teamkonferenser där samverkan i teamet (ssk, At, Sg och usk) har en betydande roll kring det förebyggande arbetet med trycksårsrisk, fallrisk, undernäring och munhälsa.

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse: Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. På Kattrumpstullen har vi läkarorganisationen Capio Legevisitten som ansvarar för läkarinsatserna genom avtal med Östermalms stadsdelsförvaltning. Läkare finns på boendet två dagar per vecka. Regelbundna samverkansmöten sker mellan ledningen på Kattrumpstullen och läkarorganisationen. Sjuksköterska, paramedicinsk personal samt omsorgspersonal samverkar genom regelbundna veckovisa teamkonferenser där våra boendes hälsotillstånd och övriga aspekter diskuteras.

Samverkan med sjukhus: Sjuksköterskan har ansvarat för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan har också ansvarat för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information enl S-BAR. Om boende har haft pågående behandlingsinsatser av sjukgymnast/arbetsterapeut och bedömning

gjorts att fortsatta behandlingsåtgärder krävs, ansvarar de för att ge den mottagande vårdenheten relevant information. När en boende har skickats in till sjukhus skickas information med gällande den boende. Information som då skickas med är: slutanteckning, ordinationshandlingar samt en akutremiss (gäller akut) där aktuellt status, allergi, läkarfrågeställning och aktuella telefonnummer och adresser. Telefonkontakt tas med mottagande vårdenhet, närstående eller medarbetare som känner boende har följt med och lämnat uppgifter om namn och fullständiga personuppgifter. Vid utskrivning från sjukhus har sjuksköterskan kontrollerat att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmissiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Samverkan med uppdragsgivare: Regionchef, verksamhetschef, enhetschefer och MAS har under 2019 haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren, där man under 2019 har följt upp hälso- och sjukvården när det gäller avvikelser, händelser och risker samt genomförda kvalitetsuppföljningar. Det har skett en omedelbar återkoppling då allvarigare händelser inträffat eller särskilda synpunkter/klagomål från patient eller närstående har inkommit.

På Kattrumpstullen har samverkan under 2019 fungerat bra med uppdragsgivaren. Vi har haft ett kontinuerligt samarbete genom samverkansmöten under vår och höst 2019 samt en avtalsuppföljning under hösten 2019. De avvikelser som framkommit har vi arbetat aktivt med utifrån framtagen handlingsplan.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten: Legitimerade medarbetare har tillsammans med omvårdnadsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Vidare har personalen haft regelbundna temakonferenser tillsammans med teamet som består av sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson och siliviasjuksköterska (demensavd). Samverkan runt patienten har fungerat bra, och vi har under året fortsatt att utveckla dessa temakonferenser genom att arbeta med ”veckans boende”. Vi har reviderat rutiner ytterligare för att säkerställa att den boende får en patient och kvalitetssäker omvårdnad. Vi har även valt att behandla boendes genomförandeplan på dessa teamkonferenser för att säkerställa att planen är aktuell och uppdaterad utifrån status och behov/önskemål hos boende. Omvårdnadspersonalen har haft tät kontakt med sjuksköterska som är på plats dygnet runt. Personalen kontaktar sjuksköterskan då behov uppstår hos de boende. Vid behov har jourläkare kallats till boendet.

Samverkan med Oral Care sker gällande munhälsobedömningar och även tandläkarinsatser och rådgivning om munhygien. Oral Care utför även utbildning för personalen i munhälsa och kommer även fortsätta med detta framöver.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning bjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med kontaktperson in den boende och dess anhöriga till ett inflyttning/välkomstsamtal. Där diskuteras bland annat hur samverkan ska ske under vårdtiden.

Vi har under 2019 reviderat och lagt till information i ”välkomstmappen” där vi samlar all information som kan vara bra att ha vetskap om när man ska flytta in på Kattrumpstullen. Vi ser att alldeles för få uppföljningssamtal inom 2-4 veckor har erbjudits boende och närstående och att vi behöver fortsätta att arbeta mer med att erbjuda dessa uppföljningssamtal. Vi tror att detta gynnar samverkan mellan oss och våra boende och dess anhöriga då vi upplever att boende och anhöriga har mycket frågor initialt, och behöver ta del av information som kan spridas över tid då frågor ofta uppkommer i efterhand. Detta är ett sätt för oss att fånga upp boendes och anhörigas tankar och frågeställningar i ett tidigt skede. Anhöriga uppmuntras till att aktivt delta i uppföljningsmöte kring den äldre. För att öka de anhörigas delaktighet och inflytande över genomförandeplanen förvaras den inne i den boendes lägenhet (om boende samtycker). Vid behov erbjuder sjuksköterska och kontaktperson möte med boende och/eller närstående. Den boende avgör själv vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Ingen information ges utan att först ha den boendes godkännande.

Vid första kontakten med den boende och närstående lämnas informationsbroschyr ”välkomstmappen”. Där finns namn och telefonnummer till enhetschef, verksamhetschef, sjuksköterska och avdelning. I välkomstmappen finns även en beskrivning av verksamheten. Om den boende lämnar samtycke kan den närstående kontinuerligt följa omsorgen via omsorgsdagboken med tillgång till den sociala journalen. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende önskar detta eller när den boende har svårigheter att förstå eller göra sig förstådd. Samverkan med patienter och närstående sker dock mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktperson som tillsammans har det direkta informationsansvaret till patienten och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig mån och tisdagar och däremellan dagligen/telefon. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan anhörig och läkare.

De närstående erbjuds under sjukdomstiden tid för enskilda samtal med sjuksköterska och/eller läkare.

Under året har vi fortsatt ha boenderåd. I boenderådet har deltagandet varit stort. Det förs samtal om den boendes upplevelser av den vård och omsorg som bedrivs på boendet. Under 2019 har Kattrumpstullen genomfört två boenderåd. Deltagande från ledning i boenderådet har varit verksamhetschef, äldrepedagog. Som en ytterligare åtgärd för att de äldre ska få upplevelse av delaktighet så har vi under 2019 infört ett boenderåd/månad på respektive avdelning på önskemål av de äldre. Minnesanteckningar har förts, de förbättringsförslag som tas upp har vi arbetat vidare med.

Vi har även ett förtroenderåd på verksamheten som ska bestå av chefsrepresentanter från enheten, en representant från stadsdelen, representanter från Pensionärsrådet i stadsdelen, politiker från stadsdelen och närstående. Det har under 2019 varit svårt att få medlemmar från

anhörigrepresentanter till rådet, dock har vi haft flerfaldigt deltagande av politiker under 2019. Rekrytering av anhöriga pågår regelbundet. Förtroenderådet leds av verksamhetschefen och rådet har träffats tre gånger under året.

Vi har också fortsatt med våra anhörigrupper under året. Dessa leds av vår Silviasjuksköterska samt av vår Äldrepedagog. Grupperna har haft 2 möten/termin med olika tema tex nationella värdegrunden och den palliativa vårdfilosofin. Ombudens uppgift är att utveckla stödet till anhöriga.

Verksamhetschefen har under 2019 skrivit månadsbrev som lagts ut på hemsidan. Brevet innehåller kortfattad information om verksamheten, viktiga förändringar och annat av intresse.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal har rapporteringsskyldighet när de upptäcker en avvikelse eller ett tillbud. Genomgång med personal om rapporteringsskyldigheten genomförs vid nyanställning.

Rapportering av händelser/ Avvikelser: Alla medarbetare har kunskap om hur våra rutiner för rapportering av avvikelser ska ske samt har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivare ska göras. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till MAS.

På Kattrumpstullen har under 2019 hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterat risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vård skada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i ledningssystemet. Processansvariga (medarbetare ur ledningsgrupp samt sjukgymnast) analyserar regelbundet inkomna avvikelser samt beslutar om åtgärdsansvarig samt avslutar händelser vartefter. Vid allvarliga risker eller vårdskador är MAS delaktig och går regelbundet igenom dessa avvikelser i TQM tillsammans med chefer och avslutar dessa.

Nyanställda har fått information om arbetet med avvikelser i TQM inklusive rutiner för Lex Sarah och Lex Maria.

Uppföljning: Sjuksköterska/Fysioterapeut följer upp alla fall och har ansvaret att kontakta läkare om konsultation behövs.

Sjukgymnast/Fysioterapeut/arbetsterapeut ska ha kännedom om alla fall och fysioterapeuten är processansvarig för samtliga fall. Ansvarig fysioterapeut återkopplar dessa fall till ansvarig sjuksköterska. Fysioterapeut/arbetsterapeut tillsammans med teamet ansvarar sedan för uppföljning och fallpreventiva åtgärder.

Vid allvarlig händelse kontaktas MAS. Se Ledningssystemet TQM samt dokument Lex Maria samt Lex Sarah ger vidare instruktioner gällande detta.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna klagomål och synpunkter registreras i ledningssystemets avvikelsemodul. Verksamhetschef gör kvartalsvis en analys av det som inrapporterats för att ta fram statistik, kunna se trender och göra analyser av orsaker. Utifrån analysen tas sedan fram förbättringsförslag och åtgärder för verksamheten. Klagomål och synpunkter ses alltid som ett led i vårt kontinuerliga kvalitetsarbete och hanteringen av klagomål/synpunkter ska alltid syfta på att rätta till eventuella systemfel.

Alla medarbetare har kunskap om Kattrumpstullens hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd har skett inom kort tid utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen, enhetschefer och legitimerade medarbetare har informerats snarast. Om klagomålet bedömts som allvarligt har det rapporterats direkt till överordnad chef, MAS och uppdragsgivaren.

Närstående och boende är alltid välkomna att lämna in synpunkter till enhetschef eller till verksamhetschef. Information om hur synpunkter kan delges verksamheten har lämnats till boende och närstående i samband med inflyttning. Synpunkter kan även lämnas skriftligt genom brevlådor som finns i foajén eller genom att maila till enhetschef eller verksamhetschef. Under 2019 har vi tagit emot synpunkter/klagomål som dokumenterats och utretts i TQM.

Synpunkter och klagomål har även lämnats muntligt genom möten, mail eller genom telefonsamtal. Synpunkter och klagomål tas alltid upp på samverkansmötena med stadsdelen. Allvarligare synpunkter/klagomål rapporteras utan dröjsmål till stadsdelen. Synpunkter och klagomål från närstående och boende har hanterats på olika nivåer beroende på om klagomålet/synpunkten rör hela verksamheten, enskild enhet eller enskild boende. Den som lämnat synpunkten har fått återkoppling. MAS har informerats om synpunkter och klagomål som rör HSL.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Antal genomförda E-utbildningar i basala hygienrutiner	1 ggr/år	Hogia
Självskattning/följsamhet i Basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år	Årshjul Norlandia, månadsuppföljningsmallen

Luftmadrasser	3 gånger per år/el vid behov	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Händelsemodulen i TQM
Trycksår	1 ggr/mån och 2 gånger per år	Månadsuppföljningsmallen, Senior alert, PPM
HsL journalgranskning	1 ggr/mån	Protokoll/ Månadsuppföljningsmallen
Delegeringar	3 ggr/år	Protokoll
Narkotikajournaler	1 ggr/mån	Protokoll
Nattfasta	4 ggr/år	Månadsuppföljningsmallen
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Händelsemodulen i TQM
Palliativa registret/Senior Alert	1 ggr/mån	Månadsuppföljningamallen
Antal Lex Maria/Lex Sarah samt ärenden till IVO, Patientnämnden	1 ggr/mån	Händelsemodulen i TQM

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under år 2019 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom att aktivt rapportera olika händelser i TQM samt systematiskt följt upp dessa i systemet. Analys och sammanställning av händelser sker kvartalsvis för att uppmärksamma trender.

MAS har under året i samverkan med verksamheten reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter samt checklistor angående patientsäkerhet. Lokala instruktioner och rutiner har uppdaterats och revideras enl rutin. Rutinerna är baserade på ledningssystem där vi har gjort lokala justeringar. Ledningssystemet och de lokala rutinerna stämmer mot SOSFS 2011:9. Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser samt systematiskt följt upp dessa i ledningssystemet. Vi har deltagit i PPM-studier gällande vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår, även deltagit i registrering i Svenska HALT.

Dokumentation HSL: Den boende har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Denne har ansvaret för att tillsammans med den boende (och eventuellt närstående) och berörda medarbetare analysera, planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodoses. Ansvariga arbetsterapeuter och sjukgymnast har samverkat med sjuksköterska samt omsorgspersonal kring de boendes patientsäkerhet. Verksamhetens medicinskt ansvariga sjuksköterska har utifrån genomförd granskning, godkänt dokumentationen av hälso- och sjukvård.

Register: Verksamheten har under år 2019 fortsatt att arbeta med registreringar i Senior Alert samt Palliativa registret. Sjuksköterskor med omvårdnadsansvar på demensavdelningarna är utbildade BPSD administratör. Under 2019 har vi arbetat i registret och med BPSD åtgärder för boende med demensdiagnos. Silviasjuksköterskan ansvarar för handledning och utbildning av befintlig och ny personal. Silviasjuksköterskan har också ett uppföljningsansvar gällande följsamheten till registreringar/åtgärdsplaner i BPSD register.

Fall: Arbetsterapeut och Sjukgymnast har följt upp alla fall efter sjuksköterskans bedömning. Varje vecka har vi haft teamkonferenser ”veckans boende” där alla professioner deltar och där bla veckans fall avvikelser behandlas och följs upp. Fall registreras samt dokumenteras i Vodok, TQM, Parasol och i Senior Alert.

Läkemedelshantering och delegeringar: Det har under 2019 funnits en tydlig och säker ansvarsfördelning och rutiner gällande läkemedelshantering och delegering. Uppföljning sker regelbundet genom egenkontroll. Samtlig personal som har delegeringsansvar har genomgått webutbildning i ”att jobba säkert med läkemedel”. Vi har parallellt arbetat med ett uppdaterat kompletterande kunskapstest i form av aktuella frågor från Apotekets kunskapsbank för medarbetare för att säkerställa en patientsäker läkemedelshantering i delegeringsförfarandet.

Nutrition: Katrumpstullen har som rutin att kontrollera den boendes vikt 1 gång/månad. Vid BMI under 22 ska det alltid göras en bedömning om eventuell nutritionsplan. Under 2019 har Katrumpstullen fortsatt att arbeta utifrån denna rutin. Vi har under året arbetat vidare utifrån Norlandias rutin för egenkontroll av nattfastemätning och utfört dessa kontroller/analyser av resultat fyra gånger under 2019. Resultatet visar att arbetet med att implementera dygnsplaneringen som ett uppföljningsverktyg under arbetspassets gång visar att våra äldre får ta del av mellanmål och nattmål, vi kommer dock att fortsätta arbeta med detta område då nutritionen fördelat över dygnet är en viktig del.

Munhälsa: Alla sjuksköterskor har gått utbildning i munhälsobedömning. Alla boende har anmälts in till tandvårdsstödsenheten ”Symfoni-registret”. Alla boende har fått årlig munhälsobedömning samt munhälsobedömning vid inflyttning.

Basala hygienrutiner: Katrumpstullen har avtal med Vårdhygien för att säkerställa en god hygienisk standard på boendet. Vi har en särskilt utsedd hygiensjuksköterska. Viss omsorgspersonal har även fått utbildning och har ett hygienansvar på respektive enhet/avdelning. Under 2019 har vi fortsatt via vårdhygien utbildat våra medarbetare i basala hygienrutiner och fokuserat på dess olika smittvägar och hur vi kan förhindra att smittan förs vidare. Vi fortsätter årligen våra egenkontroller utifrån självskattning och observationer i basala hygienrutiner.

Förändrat vårdbehov: Vid förändrat vårdbehov som exempelvis vård i livets slut och ökad vårdtyngd har det gjorts en analys av resursbehov gällande personal. Extra vak har satts in vid livets slut och vid behov.

Utbildning: Ytterligare 10 undersköterskor påbörjade och har avslutat sin internutbildning i demens under 2019.

Samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeut har under 2019 utfört webbutbildning i 0-vision för en demensvård utan tvång och begränsningar. Personalen gör årligen den webbaserade utbildningen i basal vårdhygien. Sjukgymnasten och arbetsterapeuterna har utbildat personalen regelbundet i hantering av lyft och lyftselar samt belastningsergonomi. HLR utbildning är utförd enligt rutin vartannat år. Utbildning i mellanmål och nattfastans betydelse. Äldrepedagogen handleder personal vid behov när det gäller SoL-dokumentation. Semestervikarier får introduktionsutbildning innehållande moment som kontaktmannaskap, dokumentation, vårdhygien, delegering, värdegrund, livsmedelshygien, brandsäkerhet och allmän vård och omsorg.

Risakanalys

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

Kvalitetsbedömningsregister för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde sker i Senior Alert, Palliativa Registret och BPSD-registret. Dessa register medför att framkomna brister och risker hos den boende leder till åtgärder som regelbundet följs upp. Alla boende som ger sitt godkännande är registrerade i Senior Alert, där analys görs regelbundet. Målet är att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssjukdom registreras i registret för BPSD utifrån givet samtycke. Ansvarig för registrering i Senior Alert är sjuksköterska. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är sjuksköterskan. I BPSD-registret utförs registreringarna av dem som är utbildade till BPSD-administratörer, dessa kan vara en sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller en undersköterska. Alla boende blir tillfrågade om de vill delta i de olika kvalitetsregister innan registrering, dokumentation kring samtycke sker i Vodok.

Riskbedömning i Vodok: Vid inskrivning i Vodok sker riskbedömning enligt norton, downton, inkontinensutredning samt ROAG och MNA löpande inom två veckor.

Sunnås: 1 gång/år eller och vid behov

Risakanalys vid verksamhetsförändringar: Vid verksamhetsförändring ska verksamhetschef/enhetschef eller annan av chef utsedd göra en riskanalys med en sannolik konsekvensbedömning göras. Under året har det gjorts riskanalys inför sommaren samt Jul/Nyår/sommar med semestrar. Vi har även utfört den enligt rutin årliga riskkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten.

Analys av klagomål och synpunkter: Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2019 fyra gånger sammanställt en rapport utifrån registreringar i TQM till varje samverkansmöte med inkomna synpunkter/klagomål. Dessa lämnas vid samverkan över till stadsdelen och det görs en bedömning om det finns någon övergripande brist i verksamheten. Klagomål, synpunkter och avvikelser lämnas av såväl medarbetare som boende och närstående.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under 2019 har vi inte behövt utreda vårdskada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vi arbetar aktivt med att göra olika sorters riskanalyser både i boendes hem, för att minimera att boende samt personal utsätts för olika faror eller risker. Vi har under 2019 även arbetat med ytterligare en riskbedömning för enskild boende där ställningstagande tas till olika frågor som kan vara av vikt att veta vid inflytt.

God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. Samtliga sjuksköterskor har verktyget SBAR och arbetar aktivt med det exempelvis på rondan. Samtliga sjuksköterskor har gått webutbildning i S-BAR.

Vi genomför loggkontroller samt granskar boendes journal för att se att det dokumenteras enl riktlinjer och påtalar eventuella brister, men även följer upp och granskar journaler för att se att det dokumenteras och håller en god kvalitet. Vi har under året arbetat tillsammans med ett dokumentationsstöd för att ytterligare säkerställa en god kvalitet i boendes journaler. Även den kollegiala journalgranskningen utgör ett underlag för att kunna utveckla dokumentationen ytterligare, lära av varandra.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Att samtlig personal följer rutiner för basala hygienrutiner	Att det finns produkt och material tillgängligt, har utökat detta till tvättsugor och skjöljar	Samtliga har utb i basal hygienrutiner 1 ggr/år	God följsamhet i basala hygienrutiner	Vi fortsätter påminna om att följa hygienrutiner då detta är ett ständigt pågående arbete
Att säkerställa att luftmadrassen fyller sin funktion	Egenkontroll utifrån en checklista	Egenkontroll utifrån checklista	God följsamhet i kontroll av luftmadrasser	Efter avvikelser, ingen mer avvikelser när det gäller luftmadrasser

Säkerställa att avvikelser registreras i TQM	Avvikelsehanteringen sker i TQM, avvikelser tas upp på teamkonferensen	Den som upptäcker avvikelser dokumenterar i TQM. Utbildning i TQM	God följsamhet på registreringar i TQM	Fortsätta uppmuntra personal till registrering i TQM Analys och mäta effekt av åtgärder
Antal trycksår på verksamheten	Kontroll utifrån nyckeltal månadsvis	Senior Alert, PPM riskbedömningar	Gott resultat där trycksår är ej vanligt förekommande	Riskbedömning samt god hantering av luftmadrassen
En godkänd Hsl Journalgranskning	Månadsvis kollegial journalgranskning, journalgranskning av enhetschef	Kollegial granskning utifrån ett schema, återkoppling på HsL möten, handledning/utbildning av dokumentationsgruppen	Godkänd dokumentation utifrån uppföljning.	Fortsatt uppmuntran till kollegial granskning. Lära av varandras dokumentation
Att medarbetares delegeringar är aktuella	Kontroll av delegeringar enl schema, att göra web utb "att jobba säkert med läkemedel"	Kontroll enl schema	God följsamhet på delegeringar	Arbete med delegeringsmodul i Vodok påbörjat under 2019
Att samtliga boende ska ha en aktuell riskbedömning	Registrering i Senior Alert Samt i bedömningsinstrument i Vodok	Ec granskar i Vodok och Senior Alert	God följsamhet i vodok, Bättre följsamhet i Senior Alert under 2019. Vi har dock ökat antal registreringar i Senior Alert	Resultatet visar att vi kan bli bättre på att följa upp åtgärder i Senior Alert. God följsamhet på riskbedömningar i Vodok
Att identifiera ev svinn i narkotikajournaler	Månatlig kontroll av journaler	Enl schema	God följsamhet gällande narkotikakontroller	Inga avvikelser gällande narkotikakontroll inget svinn
Säkerställa att våra boende erbjuds mellanmål under dygnet samt bryta nattfasta	Enl årshjul	Uppföljning dagligen på dygnplanering	Resultat visar att vi behöver fortsätta med egenkontroller för att säkerställa att boende inte överstiger 11 timmars nattfasta.	Vi behöver fortsätta tydliggöra vikten av mellanmål under dygnet
Att förebygga vårdrelaterade infektioner på verksamheten	Mätning av vri på verksamheten månadsvis, arbeta preventivt med basal hygien, minska antalet kvarliggande KAD, följa upp hälsoplanen i Vodok.	Följa rutiner för att säkerställa att vri inte uppkommer	God följsamhet i det preventiva arbetet, uppföljning i månadsuppföljningsmallen månadsvis. Utifrån resultat så ser vi ett bättre resultat under 2019 jämfört med 2018.	Samarbete med läkare för att arbeta med preventiva åtgärder för att förebygga vri på enheten

Egenkontroll har genomförts under det gångna året. Syftet med egenkontrollen har varit att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen utgör ett underlag för MAS inför tillsyn.

Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av hur riktlinjer, rutiner, och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Kattrumpstullen har vi under 2019 arbetat med egenkontroll enligt följande:

Avvikelsehantering: Alla avvikelser som uppstår i vardagen, skall dokumenteras i TQM. I omedelbar anslutning till händelsen fattas beslut om akuta åtgärder för att hantera händelsen. Därefter samlar verksamhetschefen och enhetschefer upp och analyserar vissa allvarligare händelser, tar ställning till vilka ytterligare åtgärder som krävs. Särskilda rutiner finns i TQM för hantering av avvikelser, Lex Sarah och Lex Maria. För Lex Maria ärenden och allvarliga avvikelser deltar MAS i utredning, analys och åtgärdshantering.

Riskbedömningar: Regelbunden egenkontroll utförs på genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår görs per enhet/plan. Vi har god följsamhet gällande riskbedömningar.

Hygien: Verksamheten har avtal med Vårdhygien som vi tar hjälp av när situationer kräver handledning. Egenkontroll utförs gällande självskattning, förutsättningar och följsamhet av basala hygienrutiner. Web utbildning i basala hygienrutiner utförs 1ggr/år för samtlig personal. Vid egenkontroller påvisas god följsamhet till basala hygienrutiner.

Livsmedelshygien: Varje avdelning genomför egenkontroll av livsmedelshygien. Stort fokus på egenkontroller av livsmedelshygien har under 2019 visat på gott resultat utifrån följsamhet av kontroller. Miljöförvaltningen har gjort en kontroll av livsmedelshantering och rapporten därifrån har analyserats och brister har åtgärdats.

Infektionsregistreringar: Har gjorts månadsvis och sammanställs i slutet på varje månad i månadsuppföljningsmallen som företags Ec/MAS följer upp regelbundet. Under 2019 var målet att minska antalet antibiotikabehandlade infektioner och enl nedan har vi lyckats till viss del.

Infektioner i särskilt boende

Statistik Plan 1-5 / år - Kattrumpstullen VOB
Norlandia

	<i>Antal</i> 2019	2018
Summa totalt		
1. Antibiotikabehandl: Pneumoni	17	42
2. Antibiotikabehandl: Urinvägsinfektion suprapubisk urinkateter	0	1
3. Antibiotikabehandl: Urinvägsinfektion urinkateter via urinröret	7	4
4. Antibiotikabehandl: Urinvägsinfektion utan kateter	14	19
5. Antibiotikabehandl: Sårinfektion	37	48
6. Antibiotikabehandl: Annan hud- & mjukdelsinfektion	10	9

7. Antibiotikabehandl: Clostridium difficile-diarré	6	0
8. Antibiotikabehandl: Annan infektion	11	4
9. Utbrottsbenägna virusinfektioner: Influensa	5	7
10. Utbrottsbenägna virusinfektioner: magsjuka	0	0

Senior Alert: Riskbedömningar och åtgärder samt uppföljningar dokumenteras i registret.

Arbetet i Senior alert har fungerat mycket bra under året. Arbetet fungerar helt enligt rutin att utföra riskbedömningar minst två gånger per år och däremellan uppföljning.

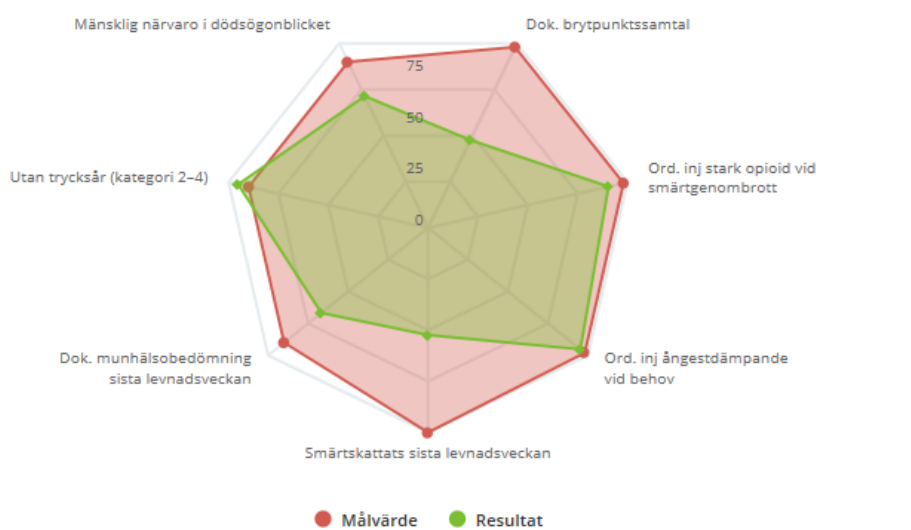
2019	Antal personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Kattrumpstullen	102	98%	88%	94%	71%

Palliativa registret: Samtliga avlidna ska registreras.

2019	Antal registreringar i palliativa registret	Närvarande vid dödsögonblicket	Erbjudande om efterlevandesamtal
Kattrumpstullen	24	71%	50%

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12



Detta är en modif

BPSD registret: Boende med demensdiagnos skattas och registreras minst 1 gång/år eller vid behov. Bemötandeplaner upprättas. Regelbunden uppföljningen sker. Uppföljning sker i BPSD registret månadsvis.

2019	Antal patienter	Antal registreringar
Kattrumpstullen	33	76

Kvalitetsgranskning av läkemedel: En gång om året utförs en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Granskning utförd i oktober

2019. Ändamålsenliga lokala rutiner finns för boendet och läkemedelshanteringen upplevs mycket väl fungerande. Resultat/återkoppling av denna rapport med förslag till förbättringar går igenom vid HSL-möten på enheten. Endast ett fåtal åtgärder till handlingsplan som är åtgärdad.

Dokumentation: Företagets MAS/enhetschef HsL genomför granskning av HSL journaler varje år. Egenkontroll av verksamhetens HSL journaler granskas också parallellt genom kollegial granskning samt av enhetschef. Enhetschef för HSL ska genomföra loggkontroll. Godkänd dokumentation utifrån uppföljning från stf och MAS under 2019. Loggkontroller är utförda enligt rutin under 2019, resultatet är återkopplat till MAS. Inga avvikelser i loggkontroll funna vid årets granskningar.

Klagomål och synpunkter: Alla kunder, anhöriga, närstående och personal informeras vid ankomstsamtal om att de kan lämna in synpunkter för att förbättra verksamheten. På varje avdelning samt i entrén finns blanketter och brevådor där synpunkter kan lämnas in. Inkomna synpunkter följs upp och återkopplas till synpunktslämnaren av verksamhetschef/enhetschef.

Kvalitetsgrupper: Består av fem grupper, vård, mat och måltid, kontaktmannaskap, välbefinnande och miljö. Förslag från medarbetare, avvikelser, synpunkter från närstående och boende sorteras till respektive område och gruppen analyserar alla förslag som kommer in, och föreslår förbättringar. Grupperna kan besluta själva om förbättringar i kontakt med verksamhetschef eller enhetschef.

Under 2019 har vi valt att utvärdera 2018-2019 års arbete med vår handträningsgrupp som leds av arbetsterapeuterna på Katrumpstullen. Resultatet visar på ett stort deltagande från våra boende, regelbundna sammankomster hittills med ca 3-13 deltagare/gång 1 ggr/v. Träningen har resulterat i bättre kordination, rörlighet och styrka i händer, fingrar och leder. Många av de boende har efter deltagande i träningen kunnat utföra fler delar av sin personliga hygien självständigt, inta måltider självständigt samt uppta förlorade förmågor vilket bidrar till en större självständighet och ett aktivt deltagande i det dagliga livet. Flera av deltagarna tränar även på egen hand dagligen med inspiration och guidning från gruppträningen. Framförallt har gruppträningen lett till många goda skratt och en god gemenskap för de äldre.

Avvikelser

Antal avvikelser gällande hälso-och sjukvård

Frågeställning	2017	2018	2019
Läkemedel totalt reg i TQM			
Hantera läkemedel säkert	27	43	55
Utebliven dos	7	29	22

Feldosering	0	0	0
Felaktigt i ordningställande	0	0	0
Fall registrerat i TQM			
Fall i verksamheten	103	140	142
Fraktur pga fall	7	9	10
Synpunkter och klagomål	23	18	12

Klagomål och synpunkter

På Kattrumpstullen har inkomna klagomål och synpunkter utretts, analyserats och återkopplats av respektive chef. På enheten diskuteras och analyseras allvarigare och generella klagomål och synpunkter på arbetsplatsträffar. Avvikelse och synpunkter kan diskuteras även i den lokala ledningsgruppen som har möten en gång i veckan samt på sjuksköterskemöten, rehabmöten och avdelningsmöten. Vi följer de mål och riktlinjer som har satts upp.

Händelser och vårdskador

Vi arbetar löpande med utredning av händelser, avvikelser eller vårdskador i vårt kvalitetsledningssystem TQM. Analyser av avvikelser/händelser sker regelbundet på våra teamkonferenser tillsammans med teamet. Om risk för vårdskada eller att vårdskada uppkommer så ansvarar omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att starta en utredning i TQM samt delge MAS och ansvarig chef om uppkommen händelse. Det vi kan se som förbättringsområde är att det är viktigt att återkoppla information om uppkommen avvikelse/händelse samt den planerade åtgärden till samtliga medarbetare.

Riskanalys

Riskbedömningsregister för att främja den boendes hälsa och minska risker för den enskilde är Senior Alert, Palliativa Registret och BPSD-registret. Dessa register medför att framkomna brister och risker hos den boende leder till åtgärder som regelbundet följs upp. Alla boende som ger sitt godkännande är registrerade i Senior Alert, där analys görs regelbundet. Målet är att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Inom våra demensenheter arbetar vi med BPSD vilket innebär att de boende med demenssymtom registreras i registret för BPSD utifrån givet samtycke. Ansvarig för registrering i Senior Alert är Sjuksköterska samt Fysioterapeut och Arbetsterapeut. Ansvarig för registrering i Palliativa registret är sjuksköterska. I BPSD-registret utförs registreringarna av dem som är utbildade till BPSD-administratörer, dessa kan vara en sjuksköterska eller en undersköterska. Alla boende blir tillfrågade om de vill delta i de olika kvalitetsregister innan registrering.

Risakanalys vid verksamhetsförändringar: Vid verksamhetsförändring ska verksamhetschef/enhetschef eller annan av chef utsedd göra en riskanalys med en sannolik konsekvensbedömning göras. Under året har det gjorts riskanalys inför sommarensamt Jul/Nyår med semestrar. Vi har även utfört den enl rutin årliga riskkartläggning utifrån olika riskfaktorer i verksamheten.

Organisationsförändring i verksamheten?

Analys av klagomål och synpunkter: Verksamhetschefen och enhetscheferna har under 2019 fyra gånger sammanställt en rapport till varje samverkansmöte med inkomna synpunkter/klagomål. Dessa lämnas vid samverkan över till stadsdelen och det görs en bedömning om det finns någon övergripande brist i verksamheten. Klagomål, synpunkter och avvikelser lämnas av såväl medarbetare som boende och närstående.

Mål och strategier för kommande år

Dokumentation: Fortsatt arbete med att upprätthålla en god och kvalitetssäker dokumentation i Vodok och Parasol. Fortsätta arbetet med den kollegiala journalgranskningen i Vodok för att kunna lära av och ta del av goda exempel från dokumentationen. Fortsätta den kollegiala journalgranskningen utifrån mallar framtagna av MAS samt följa upp tankar och förbättringsområden utifrån granskning på våra HsL-möten 1 ggr/mån. Implementera och börja arbeta aktivt med delegeringsmodulen i Vodok. Vi kommer även fortsätta att arbeta aktivt med att höja kvaliteten i genomförandeplaner och i dokumentationen i Parasol. MAS kommer fortsätta ha utbildningstillfällen under 2020 i IBIC- Individens behov i centrum. Äldrepedagog kommer att utbilda/stödja personalen i hur man skriver en genomförandeplan och vad som ska stå i planen, och vad som ska stå i journalen utifrån utformad lathund.

Riskbedömningar: Alla boende ska ha en riskbedömning i Vodok. Alla boende ska ha aktuella riskbedömningar avseende fall, trycksår, nutrition, inkontinens och munhälsa samt uppdaterade hälsoplaner i de fall risker upptäcks. Riskbedömningarna ska kopplas till Senior Alert. Vi kommer arbeta mer aktivt med att följa upp de åtgärder som kopplats samman med riskbedömningen. Arbeta för att riskbedömningarna och dess åtgärder i Senior Alert följs åt och blir tydlig i aktuell hälsoplan i Vodok.

Strategi: Varje månad följer Ec upp hur många aktuella riskbedömningar som finns i Senior Alert och återkoppling till ansvarig sjuksköterska sker i samband med uppföljning. Detta för att säkerställa att de är uppdaterade och aktuella. Sjuksköterskorna har som arbetsuppgift att uppdatera riskbedömningarna var tredje månad el vid behov utifrån förändrat status från teamkonferensen.

Fallprevention: Målet med minskat antal fall kvarstår under 2020. Fallpreventionsarbetet med parkinssongruppen fortsätter samt att vi kommer starta en promenadgrupp till våren -20.

Strategi: Fortbildning för personalen i fallpreventionsarbete. Fysioterapeuten fortsätter erbjuda viss utvald grupp med risk för fall specifik gruppträning för att förbättra balans och muskelstyrka. Uppmuntra personalen till att anordna aktiviteter på avdelningen där fokus är aktivitet och rörelse.

Register: Att alla avlidna ska registreras i Palliativa registret. Boende med demenssjukdom ska (om samtycke) registreras i BPSD-registret efter skattning. Fortsatt arbete med att registrera och följa upp åtgärder i Senior Alert.

Strategi: Koordinator för de olika registren är Katrumpstullens silviasjuksköterska. Hon ansvarar för att behörig personal får behörighet och inloggningsuppgifter. Silviasjuksköterskan och enhetschef gör regelbundna kontroller på att registreringar sker i de olika registren.

BPSD: Målet inom demensvården på Katrumpstullen är att alla boende med en demensdiagnos ska vara skattade i BPSD-registret samt att vi ska arbeta med bemötandepå plan för alla boende med demenssjukdom.

Strategi:Handledning av Silviasjuksköterska görs på demensavdelningar och vid behov även på somatiska avdelningar.

Trycksår och sår: Att registrera antalet uppkomna sår på enheten i TQM samt att aktivt arbeta förebyggande och följa upp ev uppkomna sår samt skapa åtgärdsplaner för att motverka försämring av såren på teamkonferensen på ”veckans boende”.

Strategi: Vid inflytt görs en kontroll av hudkostym på boende. Riskbedömningar utförs samt ställningstagande till eventuellt insättande av avlastande luftmadrass vid inskrivning om det finns risk för trycksår. Genom att identifiera olika riskområden för varje individ minimeras risken för trycksår. Arbeta vidare med kontroll av hudkostym samt delta i PPM trycksår.

Basala hygienrutiner: All personal ska följa basala hygienrutiner i vård och omsorg.

Strategi: All personal ska göra webutbildning i basala hygienrutiner 1 ggr/år. Självskattningar och observationer sker enl årshjul. Utbildning i basala hygienrutiner och dess smittvägar kommer att ske via vårdhygien.

Palliativ vård: Utveckla arbetet med att skapa förståelse för den palliativa vårdfilosofin. Vi fortsätter under 2020 med att implementera NVP (nationell vårdplan för palliativ vård), samt öka antalet registreringar i Palliativa registret.

Strategi: Våra palliativa ombud har som uppgift att handleda/guida och stödja medarbetare, boende och närstående i vård i livets slut. Vi kommer att skapa forum för regelbundna möten med palliativa ombud för att de tillsammans ska utforma en handlingsplan utifrån NVP som ska vara ett stöd i vård i livets slut. Vi kommer att utbilda personalen i NVP och dess kunskapsstöd.

Avvikelser, klagomål och synpunkter och förbättringsförslag: Uppmuntra medarbetare till att rapportera avvikelser och synpunkter.

Strategi: Vid varje arbetsplatsmöte, avdelningsmöte samt ledningsgrupper uppmuntras personalen att skriva avvikelser/tillbud/förbättringsförslag i TQM och att vi ser det som en viktig del i kvalitetsarbetet samt att vi använder oss av informationen för att kunna skapa nya rutiner och utveckla arbetet. Vi kommer under året att ytterligare kvalitetssäkra arbetet i händelsemodulen genom att arbeta med ”mätparametrar”. Vissa avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar som exempel på händelser som har inträffat och vi för diskussioner om det som skett. Anhörig/boende får information vid inflyttning om var man lämnar klagomål samt vikten av att Katrumpstullen får in synpunkter och förbättringsförslag. Det finns brevlådor där man anonymt kan lämna synpunkter.

Kvalitetsgrupper: Kvalitén ska systematisk utvecklas och säkras under kommande år. Varje grupp ska bli mer självständig och komma igång med att arbeta med avvikelser, synpunkter och förbättringsförslag.

Strategi: Bemanningsansvarig planerar löpande in dessa möten i personalens schema, vilket leder till ökad närvaro av deltagare. Synpunkter och förbättringsförslag lämnas till respektive ansvarig kvalitetsgrupp. Verksamhetschef/enhetschef följer upp och medverkar på dessa möten. Minnesanteckningar finns tillgänglig i en pärm där alla kan ta del av informationen från respektive kvalitetsgrupp.

Ledningssystem: Katrumpstullen ska fortsätta med kvalitetsarbetet utifrån vårt ledningssystem TQM. Utbildning och handledning i TQM ska ske fortlöpande under året med de som behöver mer utbildning i TQM samt med nyanställda medarbetare. Alla nya lokala rutiner, instruktioner och manualer ska fortsättas att läggas in i ledningssystemet för åtkomst.

Ett fortsatt förbättringsområde under 2020 är att utveckla arbetet med att fylla i ”mätparametrar” i TQM, detta för att ytterligare kunna mäta och analysera statistik och resultat. Detta leder till att vi kan identifiera riskområden som vi behöver säkerställa genom rutiner och åtgärder.

Strategi: Vi kommer att skapa fler tillfällen för utbildning/handledning i TQM. Utbildningstillfällen kommer att erbjudas personalen under fasta tider och utvärderas löpande i ledningsgruppen. Dessa tillfällen kommer att erbjudas så länge behov och önskemål finns. Till hösten 2020 kommer vi att utöka kunskapen i TQM utifrån mätparametrar och kunna mäta effekten av en åtgärd.

Samverkan: Öka samverkan mellan HSL-organisationen och läkarorganisationen Capio Legevisitten samt med Vårdhygien SLL. Fortsatt arbete med att arbeta för god intern samverkan mellan de olika yrkeskategorier inom Katrumpstullen.

Strategi: Avtalet och samarbetet med Vårdhygien fortsätter. Fortsatt samarbete med läkarorganisationen Capio Legevisitten görs genom i förväg planerade kontinuerliga samverkansmöten. Vi kommer också att ha samverkansmöten

med ansvarig läkare och med våra sjuksköterskor regelbundet ca en ggr/mån. Katrumpstullen fortsätter att arbeta med att säkra teamarbetet runt den boende genom samverkan mellan yrkeskategorierna, exempelvis teamkonferensen, HSL-möten samt samverkan mellan teamsamordnare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska på respektive avdelning.

Egenkontroller: Fortsätta att kvalitetssäkra genom uppföljning av egenkontroller.

Strategi: Att arbeta enligt upprättat årshjul för egenkontroller. Dessa är bl.a infektionsregistrering, läkemedelsgenomgångar, kvalitetsregister, hygienrond, läkemedelsgranskning, basal hygien, avvikelser, delegeringar, MTP och journalgranskning/loggkontroller. Enhetschef HsL utför även löpande egenkontroller på signeringslistor för läkemedel, narkotikajournaler, luftmadrasser och nattfastemätningar.

Ökad brukarnöjdhet: Använda reflektionstillfällen tillsammans med äldrepedagogen till att reflektera kring det fördjupade kontaktmannskapet och dess innebörd. Främja samverkan och öka delaktigheten med boendes anhöriga.

Strategi: Inplanerade reflektionstillfällen tillsammans med Äldrepedagogen. Dessa tillfällen kommer både somatik och demensenheterna till gagn. Bjuda in till månatliga ”anhörigfika”, erbjuda föreläsningar för anhöriga. Ledningen (Vc, Ec) på katrumpstullen kommer att bjuda in till anhörigkväll 1 ggr/termin. Fokus kommer också ligga på att öka brukarnöjdhet när det gäller tillgängligheten på läkare på Katrumpstullen. Tillsammans med ansvarig läkare kommer sjuksköterskan bjuda in boende och anhöriga till den årliga hälsokontrollen som ges av läkaren 1 ggr/år. Där ges tillfälle för boende och anhöriga/närstående att ställa frågor och få ta del av information som gäller hälso- och sjukvården.

Utbildning: Insatser ska vara av god kvalitet. Vårt mål är att all personal har lämplig utbildning och erfarenhet. Äldre ska känna sig trygga med att personalen har den kunskap och kompetens som krävs, samt kunskaper om den nationella värdegrunden.

Strategi: Varje avdelning kommer få utbildning/handledning i det fördjupade kontaktmannskapet.

Utbildning kommer att ske utifrån Norlandias Värdegrund.

Under 2020 Kommer arbetet med ”stjärnmärkt” inledas. Stjärnmärkt innebär en certifiering inom demensvård.

Handledning på demensavdelningarna ansvarar Silviasjuksköterskan för.

Årlig uppdatering gällande kunskaper i basala hygienrutiner samt ytterligare utbildning i basala hygienrutiner och dess smittspridning kommer ske under 2020 av hygiensjuksköterska på Vårdhygien.

HLR utbildning planeras för samtlig personal under 2020.

Munvårdsutbildning i ROAG för sjuksköterskor

Munvårdsutbildning hos döende personer

Ergonomi/förflyttningsutbildningar sker regelbundet varje år för samtlig personal.

NVP- Utbildning i arbetet kring nationell vårdplan för palliativ vård

Utbildning/handledning i TQM samtlig personal

Anhörigutbildning/föreläsningar

Dokumentation av all utbildning samt personlig utbildningsplanering registreras i personalsystem Hogia. Vi kommer även att upprätta en utbildningsplan för 2020 där samtliga utbildningar sammanställs utifrån personalen och ledningens behov och önskemål.



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2019

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet
2020-02-26
Anna Lidback Verksamhetschef
Sophie Arvidsson Tillförordnad Enhetschef HSL

Innehåll



Ersta diakoni..... 1

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE..... 1

SAMMANFATTNING:..... 2

Övergripande mål och strategier.....	3
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Uppföljning genom egenkontroll.....	8

**PROCESS – ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA
PATIENTSÄKERHETEN..... 9**

Risikanalys.....	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12

RESULTAT OCH ANALYS..... 13

Egenkontroller.....	13
Avvikelser.....	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Händelser och vårdskador.....	18
Risikanalys.....	18

**ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE
ÅR..... 19**

Sammanfattning:

Mål

Huvudmålet för patientsäkerhetsarbetet på Linnegården är en trygg och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten strävar efter att undvika och förebygga vårdskador genom ett systematiskt och strategiskt kvalitets- och utvecklingsarbete.

*Ersta diakonis värdegrund "att se människan" ska genomsyra allt vi gör och vårt arbete ska alltid präglas av våra värdeord: **Tillit, hopp och professionalism.***

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Verksamheten har under 2019 implementerat "göra listan" i Vodok. Under 2019 har verksamheten infört strukturerade kvalitetsråd och arbetar aktivt med kvalitetsutveckling och genomgång av antal inkomna avvikeser. Rutiner för blås och tarmdysfunktion har upprättats. Hälso och sjukvårdsrutiner har setts över, kompletterats och implementerats i personalgruppen. Uppföljning av kvalitet och säkerhet sker genom egenkontroller och analyser som tex. basala hygienrutiner, läkemedel, delgeringar samt riskbedömningar. Apoteksgranskning, nattfastemätning, dokumentationsgranskning och hygienrond har utförts. Enheten registrerar i kvalitetsregistren palliativa registret, senior alert samt BPSD registret. Två planeringsdagar med fokus på vård i livets slutskede genomfördes under 2019.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Vid den årliga kvalitetsuppföljning avseende hälso- och sjukvården användes kvalitetsinstrumentet QUSTA. Resultatet visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Linnegårdens resultat vid uppföljningen 2019 visade på 97 % vilket är en förbättring sedan föregående år (2018 = 91%).

Dokumentationsgranskning utförs två gånger per år. Analysen visade en ökad kvalitet på dokumentationen främst vad gäller hälsoplaner samt kopplingar till ordinationer och åtgärder. Apoteksgranskningens resultat visade att verksamheten har patientsäkra rutiner, ordning i läkemedelsförrådet samt bra narkotikahantering.

Fokus och utveckling av de tvärprofessionella teamen har resulterat i effektivare möten, uppföljningar samt ökad identifiering av risker hos den boende. Under året har antal gruppträningar samt individuella träningar på verksamheten ökat. Riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens, ADL och munhälsa har utförts på samtliga boenden. Där risker identifierats har omvårdningsplaner upprättats. Som ett resultat av kvalitetsarbetet kan vi även se att antal rapporterade avvikelser ökat i slutet av året.

En blick framåt

Under kommande år ska kollegial dokumentationsgranskning införas. Verksamheten kommer arbeta vidare med utveckling av arbetssätt och utbildningsinsatser inom kontinens, demens och BPSD. Fortsatt fokus kommer ligga på team, bedömningsinstrument, egenkontroller och riskanalyser. En utmaning är fortfarande att minska antal missade signeringar vilket innebär mer insatser på

analyser av resultat och uppföljningar. Ett fortsatt utvecklingsområde är smärtskattning med validerat smärtskattningsskalor i vård i livets slutskede.

Övergripande mål och strategier

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

Mål och strategier för 2019

- Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete samt införandet av reflektionsmöten för samtliga plan samt HSL gruppen. Mötet syftar till att diskutera vad vi gör bra och vad vi behöver bli bättre på i arbetssätt, rutiner, ansvar, samarbete etc.
- Arbeta för fortsatt kontinuitet och stabilitet i HSL-gruppen, framför allt i sjuksköterskegruppen, samt arbetsmiljö.
- Fortsatt arbete med vårdplaner och uppföljningar av dessa.
- Utbildningsinsatser gällande munhälsa, vårdhygien, inkontinens, undersköterskans initiala bedömning planeras för samtlig omvårdnadspersonal samt utbildning av 1 sjuksköterska i fördjupade kunskaper i sårbehandling hos äldre.
- Utveckla palliativa vården ytterligare hos omvårdnadspersonalen och sjuksköterskegruppen.
- Aktivt arbete med smärtskattningar med validerade smärtskattningsskalor.
- Kontinuerliga självskattningar och hygienronder.
- Fortsatt revidering av Hälso- och sjukvårdsrutiner och arbetssätt inom sjuksköterskegruppen.
- Små utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen i smärta, fall, olika psykiatriska sjukdomar, infektioner, palliativ vård, sårvård etc
- Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom implementering av palliativa ombud samt webb baserad utbildning
- Fortsatt registrering i kvalitetsregister Senior Alert, palliativa registret

-
- Utbildning gällande förskrivning och ordination av inkontinenshjälpmedel.
 - Implementering av förbättringstavla för sjuksköterske gruppen.
 - Införande av reflektionsmöten.
 - Fortsatt arbete med att räkna missade signeringar vid administrering av läkemedel.

Organisation och ansvar

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

Ersta diakonis styrelse har det övergripande ansvaret för all verksamhet.

Direktorn har det verkställande ansvaret och ansvarar gentemot styrelsen.

Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet.

Kvalitets samordnare har ett övergripande ansvar för utveckling och förvaltning av kvalitets- och miljöledningssystemet. Ansvarar för att ledningssystemet är uppdaterat och att revisioner genomförs för att säkra efterlevnaden av interna och externa krav, inkluderat lagstiftning.

Äldreomsorgschefen ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat. Säkerställer att medarbetare känner till och följer ledningssystemets rutiner, känner till och följer lagstiftning och andra relevanta krav.

Verksamhetschef säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete samt uppfyller MAS krav på en god och säker vård. **Verksamhetschef tillsammans med tillförordnad enhetschef HSL** ansvarar för att de rutiner och riktlinjer väl kända i verksamheten. Ny hälso- och sjukvårdspersonal får den kunskap som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter etc.

Ersta diakonis interna MAS ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. **Stockholm stads MAS** och **MAR** har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt 11 kap. 4. Och att patienters behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses samt att avtal följs.

Legitimerad personal ansvarar för att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ansvarar för att insatser inom hälso och

sjukvård utförs och följs upp enligt uppsatta mål. De följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utöver hälso och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa styrdokument, riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål.

Enheten har tillgång till en dietist anställd av Ersta som ger stöd och vägledning i nutritionsfrågor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan:

- Samverkansavtal finns med läkare från Legevisitten. Läkare kommer regelbundet på besök till enheten samt vid akuta behov dygnet runt. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker 2 till 3 gånger per år.
- Samarbete med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretag som utför fria munhälsobedömningar.
- Avtal med Apoteket AB som genomför årlig kvalitetsgenomgång av läkemedel och läkemedelshantering.
- Vårdhygien genomför årliga hygienkontroller på verksamheten. De finns även till hjälp för att få råd och stöd samt tillhandahåller utbildning vid behov.
- Avtal för extern kontroll av Medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift. Extern granskning ISO
- Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast sker i samband med skiftbyten samt genom dagligplanering och veckoplanering i varje arbetsgrupp. Vid förändringar skriver sjuksköterskan information till omvårdnadspersonalen via omvårdnadspersonalens dokumentationssystem.
- Vårdplaneringar, där läkare, anhörig, boende, kontaktman och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast medverkar.

-
- Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis Erstas dietist samt fotvårdare.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4§,

Verksamheten arbetar aktivt med boende och anhörigas delaktighet i vården. Boende görs delaktig i sin planering av vård och omsorg i genomförandeplanen. I samband med inskrivning så informeras anhöriga att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet, välkomstsamtal genomförs inom två veckor. För att säkerställa den äldres behov av vård och omsorg arbetar enheten i tvärprofessionella team. Med boendes medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande.

Riskbedömningar görs av legitimerad personal och vårdplaner upprättas vid behov. Vid förändrat hälsotillstånd hos den boende erbjuds vårdplanering, där boende och/ eller anhörig deltar. Alla boende har en kontaktperson och en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid brytpunktsamtal med läkare.

På verksamheten finns flera anhörigombud tillgängliga som en länk mellan personal, boende och anhöriga. Anhörigombudet skapar en tidig kontakt. På enheten anordnas anhörigmöten i olika former, boråd hålls regelbundet och förtroenderådet sammanträder två gånger per år. Nyhetsbrev skickas ut till anhöriga från verksamhetschef en gång per månad. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål. Blanketter, information och förslagslåda finns vid entreerna samt på varje plan.

Verksamheten samarbetar även med närstående via resultat från brukarenkäter, inkomna synpunkter och klagomål via telefon eller mail samt dagliga möten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Avvikelsehantering är en av grundpelarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas till att skriva avvikelser för att uppmärka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra en vårdskada skrivs en avvikelse. Risker och avvikelser rapporteras i Erstas

interna avvikelser system. Sjuksköterska, verksamhetschef eller rehab tilldelas avvikelserna. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp enskilt eller med berörda parter efter behov. Tilldelad person bedömer allvarlighetsgrad. Vid misstanke om allvarlig vårdskada Lex Maria, eller risk för ett missförhållande enligt Lex Sarah kontaktas närmaste chef, MAS, MAR omedelbart. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad.

Alla avvikelser sammanställs månadsvis, hanteras på kvalitetsråd, planmöten samt APT. Resultatet analyseras för att kunna se olika mönster och trender. Förbättningsförslag, handlingsplaner samt nya förbättrade rutiner är ett resultat av inkomna avvikelser.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten har en lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till medarbetare förmedlas till enhetschef eller verksamhetschef beroende på händelsens karaktär.

Verksamhetschef//enhetschef ansvarar för att återkoppling sker till berörd person inom 3 arbetsdagar och efter utredning återrapporteras inom 14 dagar. Om ärendet är mer allvarligt eller har betydelse för patientsäkerheten görs en riskanalys med bedömning *och åtgärdsplan samt ställningstagande till ytterligare utredning.*

Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender, upptäcka brister samt arbeta fram förbättringsåtgärder. Återkoppling/uppföljning sker individuellt, på kvalitetsråd, samverkansmöten, förtroenderåd, arbetsplatsträffar och på planmöten.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt årsplan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa /HUR
Dokumentationsgranskning HSL	2 ggr/år	Görs av SSK samt Erstas MAS. Analyseras och

		skickas in till MAS/MAR
Palliativa registret	1 gg mån	Egenkontroll ssk
Punktprevalensmätning (PPM)	2 ggr per år, v 10, v 36.	Socialstyrelsens indikationer för blåsdysfunktion. Skickas in till MAS och MAR.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gg/år	Apoteket
Hygienrond	1 gg/år	I samarbete med vårdhygien
Basala hygienrutiner	Var 3:dje månad	Observation samt självskattningar, samlas in och analyseras
Loggkontroller Vodok	En gång per månad	Utförs av Tf enhetschef HSL
Delegeringar	En gång per månad	Egenkontroll ssk
MTP	Var 6:e mån	Leg pers enligt rutin.
Infektionsregistrering	1 gg per månad	Egenkontroll ssk, resultat skickas till MAS enligt överenskommelse var tredje månad.
Nattfastemätning	2 ggr per år, görs under 3 dygn.	Resultat skickas in till MAS
Avvikelser Synpunkter och klagomål	1 gg per månad.	Resultat sammanställs av Tf Enhetschef HSL, rapporteras till Vc samt på kvalitetsråd.
Uppföljning av hälso och sjukvårdens kvalitet Qusta	1 gång per år	Qusta(quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar) Verksamhetsbesök, MAS/MAR
Riskbedömningar screening fall,trycksår, undernäring, inkontinens, munhälsa, ADL.	1 gång per månad	Egenkontroller ssk

Patientsäkerhetsberättelse	1 gg per år	Skickas in till MAS/MAR
----------------------------	-------------	----------------------------

PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten *SOS* 2011:93.2

Huvudmålet med patientsäkerhetsarbetet är att arbeta riskförebyggande för att upptäcka, förebygga samt undvika skador och arbeta systematiskt med att utveckla och kvalitetssäkra vården. En viktig del av det strategiska arbetet är att arbeta för en intern samverkan mellan olika personalkategorier för att säkerställa en sammanhållen och god vård och omsorg för den enskilde genom ett tvärprofessionellt arbetssätt.

Kvalitetsuppföljning i Qusta

Qusta har genomförts på verksamheten under året. Qusta används som ett internt revisionsinstrument för att bedöma om verksamheten har förutsättningar att erbjuda en god och säker vård som håller god kvalitet. Uppföljningen ska stimulera till ständiga förbättringar och vidareutvecklingar inom hälso- och sjukvårdens område.

Läkemedel

Extern granskning av läkemedelshanteringen har gjorts av Erstas MAS, Apoteket och från Östermalms stadsdels MAS. Förbättringsförslagen har sammanställts och arbete med revidering av rutiner och struktur har utförts. Läkemedelsordinationer sker i Pascal. Läkemedelsgenomgångar sker en gång per år.

Riskbedömningar

Boendes psykiska, fysiska och medicinska behov kartläggs och följs upp via bedömningsinstrument och vårdplaner. Riskbedömningar av arbetsmiljön görs även i boendes lägenheter.

Apoteksgranskning

Apoteket har granskat läkemedelshanteringen under hösten. MAS har även granskat förråden samt läkemedelshanteringen vid två tillfällen. Förslag till förbättringar har åtgärdats.

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning via staden och att Linnegården följer gemensamt avtal.

Verksamhetsuppföljning

Verksamheten har under året följts upp av MAS/ MAR samt av staden. Resultatet av uppföljningen resulterade i en rapport och utifrån den har verksamheten tagit fram en handlingsplan som sedan följs upp. Vid besöken ses även verksamhetens lokaler över. Personalens bemötande granskas visuellt. Personal intervjuas kring arbetssätt och rutiner.

Vårdrelaterade infektioner

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrottsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS. Tydliga rutiner och påminnelse om rutin kring Calici har genomförts och verksamheten har inte haft utbrott av Calici under året.

Svenska palliativa registret

Alla dödsfall på verksamheten registreras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i palliativa registret.

BPSD

Alla personer med en demensdiagnos registreras i registret av BPSD-administratör i registret

Dokumentation

All legitimerad personal dokumenterar i journalsystemet vodok. Dokumentationsgranskning sker en gång i halvåret internt tillsammans med MAS. Logg kontroller sker varje månad, skickas till MAS en gång per år.

Kunskap och kompetens

All vårdpersonal genomför E-utbildning i basala hygienrutiner, demens ABC, arbetsmiljö, hot och våld, lyfteknik, förflyttningsutbildning, lyftkörkort. Vid delegering görs webbutbildningen arbeta säkert med läkemedel. En förbättrad checklista för introduktion har införts och en gemensam introduktionsdag för sommarvikarier har genomförts med gott resultat.

Avvikelsehantering

Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, läkemedel, fall mm utgående från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser sammanställs av tillförordnad enhetschef HSL

och diskuteras samt analyseras på kvalitetsråd varje månad. Avvikelser dokumenteras i journal samt avvikelssystem. Skadeförekomsten vid fall följs upp av sjukgymnast samt sjuksköterska. Statistik redovisas varje månad för alla medarbetare på APT. Vid allvarlig avvikelse kontaktas Vc samt MAS omedelbart. Verksamhetschef rapporterar antal inkomna avvikelser varje månad.

Risikanalyser

Risikanalyser görs där risker i verksamheten identifierats.

Hygien/ hygienrund

Självskattningar och observationsmätningar av följsamhet till basala hygienrutiner sker var tredje månad. En hygienrund utförts varje år på Linnegården. De sammanfattande rekommendationerna har setts över. En åtgärdsplan har upprättats över de rekommendationer som inte åtgärdats direkt.

Strategiska möten och arbetsgrupper internt och externt

Teammöten sker tre gånger per vecka. HSL möten en gång per månad. Kvalitetsforum en gång per månad. Möten BPSD sker löpande. Läkarrond en gång per vecka. Samverkan med ansvarig läkarorganisation sker en gång per år. Enhetens kvalitetsforum bestående av representanter från de olika yrkeskategorierna träffas en gång per månad med fokus på interna och externa avvikelser, synpunkter och klagomål. Ledningsgruppen träffas en gång per vecka.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalyser görs inför förändringar i verksamheten eller efter införande av nya metoder, processer samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. En riskanalys kan göras på individ eller verksamhetsnivå.

Risikanalyser görs i verksamheten vid inflytt i boendes lägenhet, vid hot och våldssituationer, fall, undernäring, nutrition etc. Vid införande av nya tekniska produkter, inför längre semesterperioder, inför värmeböljor eller dylikt. Vid medarbetares upplevelse att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld. Resultatet kommuniceras ut i verksamheten och vid behov till MAS/MAR.

Utredning av händelser - vårdskador

Under året har inga avvikelser anmälts till IVO enligt Lex Maria. En händelse enligt Lex Sarah har anmälts.

Informationssäkerhet

HSL-FS 2016:40, kap. 1§

Informationsöverföring sker både internt och externt, muntligt och skriftligt och är en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet. Det är viktigt att informationen skyddas från att spridas oavsiktligt samt avsiktligt till fel mottagare. Vid anställning skriver varje medarbetare på vad som ingår i tystnadsplikten. Studenter informeras även om tystnadsplikt. Vid inflytt tillfrågas även boende samt anhöriga om de för synas på foto, vara med på Linnegårdens facebook sida etc. En avvikelse har inkommit under året. En student tog bilder på boende och la ut på sociala medier. Omedelbar åtgärd. Kontakt med elev samt skola togs direkt.

Sjuksköterskor har läsbehörighet i journalsystemet Take care. Vid inflytt tillfrågas brukaren om samtycke till att uppgifter hämtas i Take care. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring sker två gånger per år. För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller i journalsystemet Vodok. Eventuella avvikelser rapporteras och följs upp. Inga avvikelser har uppkommit under året. Under året har en ny skrivare installerats som skyddar från att dokument skrivs ut på fel skrivare.

Resultat och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Egenkontroller

QUSTA

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen avseende hälso- och sjukvården användes kvalitetsinstrumentet QUSTA: Resultatet visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård. Linnegårdens resultat vid uppföljningen 2019 visade på 97 % vilket är en förbättring sedan föregående år (2018 = 91%).

Dokumentation

Egenkontroller har utförts enligt årshjulet. Den senaste dokumentationsgranskningen visade på en ökad kvalitet på dokumentationen främst vad gäller hälsoplaner samt kopplingar till ordinationer och åtgärder. Verksamheten arbetar vidare med förbättringsområden som framkommer vid egenkontrollerna.

Delegeringar: Samtliga delegeringar är aktuella. Bevakningslistan i vodok som skickar ut påminnelse när en delegering behöver förnyas har säkerställt att alla ingen delegering missas. Delegeringsrutinen uppdateras årligen och har kompletterats med en checklista för ssk. Egenkontroll har skett varje månad och följts upp och analyserats av HSL ansvarig.

Hygien Självskattningarna, observationerna visar att enheten följer rutiner för basal hygien med undantag för några få avvikelser, glömt avlägsna ring, haft nagellack inte spritat händer innan handskanvändning. Direkt återkoppling sker vid observationerna. Lokala rutinerna har uppdaterats.

Hygienrond

De sammanfattande rekommendationerna från hygienronden har setts över. En åtgärdsplan har upprättats över de rekommendationer som inte åtgärdats direkt.

Medicintekniska produkter

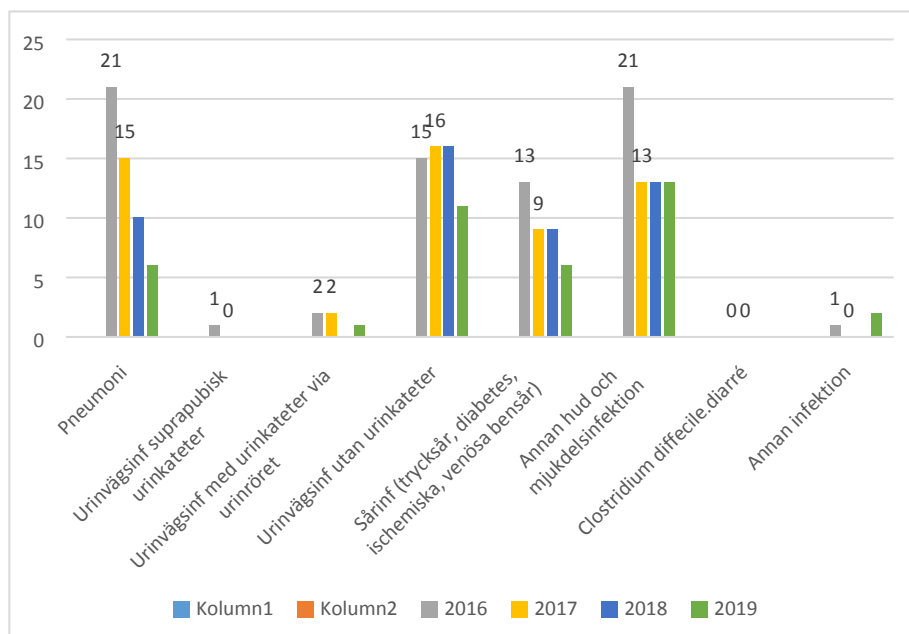
Utbildningar i förflyttningsteknik och lyftkörkort har genomförts för all personal under året för att säkerställa att omvårdnadspersonalen har rätt kompetens. Egenkontrollerna har fyllts i gällande kontroll av hjälpmedel.

Teamarbete: Under året har fokus på utvecklingen av de tvärprofessionella teamen lett till ökad delaktighet, effektivare möten och ökad kvalitet. Man har hittat en struktur på teamen som även inbegriper genomförandeplaner och riskbedömningar i boendes lägenheter. Tydligare ansvarsfördelning har även gjort att dokumentationen efter teamen har förbättrats.

Senior alert: Registrering i senior alert är ett område där registreringar sker men det behöver göras mer kontinuerligt på alla plan i huset. *Åtgärd:* Checklista för egenkontroll har införts som kontrolleras månadsvis

Infektionsregistrering:

Registrering sker varje månad. Om man jämför resultaten syns en succesiv minskning i pneumoni de senaste fyra åren. Vi kan även se en minskning av antal sårinfektioner samt urinvägsinfektioner hos boende utan urinkater.



Tabellen ovan är en jämförelse mellan infektionsregistrering år 2016, 2017, 2018 och 2019.

Till vårdrelaterade infektioner tillhör VRE, MRSA, ESBL och Hepatit. Antal boende med vårdrelaterade infektioner har minskat från 2 st 2018 till 1 st 2019. *Åtgärd:* Verksamheten arbetar vidare med registrering samt egenkontroller

PPM avseende blåsfunktion Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende socialstyrelsens indikationer för blåsfunktion som visar att 94 % av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att alla 94 % har fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel. Ett förbättringsområde som framkommer är att ordinaera hjälp med toalettassistans, att det inte bara står beskrivet i genomförandeplanen utan även som åtgärd i vodok.

PPM gällande skyddsåtgärder

Inhämtad statistik visar att 76 % av brukarna på Linnegården har beslut om skyddsåtgärd. 100 % av dessa har dokumenterade samtycken för skyddsåtgärd. 79% har en hälsoplan som omfattar skyddsåtgärden. 50 % av skyddsåtgärderna gäller beslut om grind. Andel äldre som har en stående ordination sömnmiddel är 45%.

Trycksår: Inga trycksår finns på verksamheten, enheten arbetar förebyggande i team.

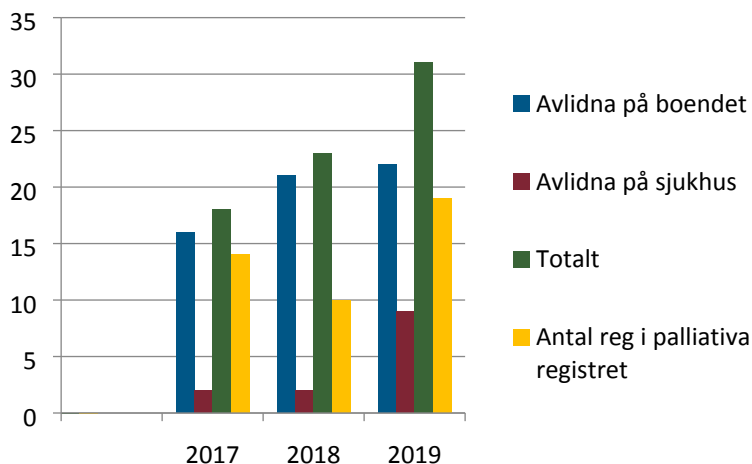
Vård i livets slutskede:

Palliativa registret: Andelen registreringar i palliativa registret har uppgått till 19 st av 23 vilket är bättre resultat än tidigare år.

Åtgärd: Fortsatta egenkontroller enligt checklista för registret.

På verksamheten finns flera palliativa ombud som arbetar med att utveckla rutiner för att förbättra och säkra vården i livets slut.

Avlidna



Statistiken grundas på antal vårdtagare som avlidit.

Målet är att alla vårdtagare som vill ska få stanna kvar i sitt hem vid vård i livets slutskede. Statistiken visar på att merparten av vårdtagarna bor kvar och avlider i sitt hem. Det beror både på att vårdtagarna vill gå bort i hemmet men även att allt sjukare personer flyttar in på äldreboende. Allt sjukare personer flyttar in avlider med kortare vårdtider vilket förklarar att antalet totalt avlida per år har ökat de senaste åren.

Apoteksgranskning:

Kvalitetsgranskning görs två gånger per år. Den senaste granskningen innefattade en genomgång av enhetens rutiner för läkemedelshantering, granskning av kvalitetsdokument samt genomgång av läkemedelsförvaring på expedition samt i lägenheter. Resultatet visade att *”Alla rutiner för läkemedelshantering är tydligt beskrivna i enhetens dokument som finns att tillgå elektroniskt. Det var bra ordning i läkemedelsförrådet, rutiner för narkotikahantering fungerar bra och enheten har patientsäkra rutiner”*. Verksamheten arbetar vidare med följsamhet till de rutiner och riktlinjer som finns för en säker läkemedelshantering.

Läkemedel:

Läkemedelsgenomgångarna under 2019 hamnade efter pga många byten av läkare under första delen av året men extra många läkemedelsgenomgångar gjordes i slutet av året för att hamna i kapp. Egenkontroller visar att verksamheten blir bättre på att signera läkemedel, vissa plan har mer antal missade signeringar än andra och här behöver vi fortsätta arbeta för att förbättra oss och sätta in punktinsatser.

Riskbedömningar: Egenkontroller gällande riskbedömningar sker en gång per månad och visar att det finns fungerande rutiner för uppföljning. Över 94% av alla riskbedömningar är aktuella. Analysen visar att munhälsobedömningarna är de som ligger lägst. Analysen visade att några få boende har fått vänta längre än två veckor på att riskbedömningar har gjorts efter inflytt. *Åtgärd:* Fortsatta egenkontroller enligt checklista. Kontrollera checklista vid inflytt.

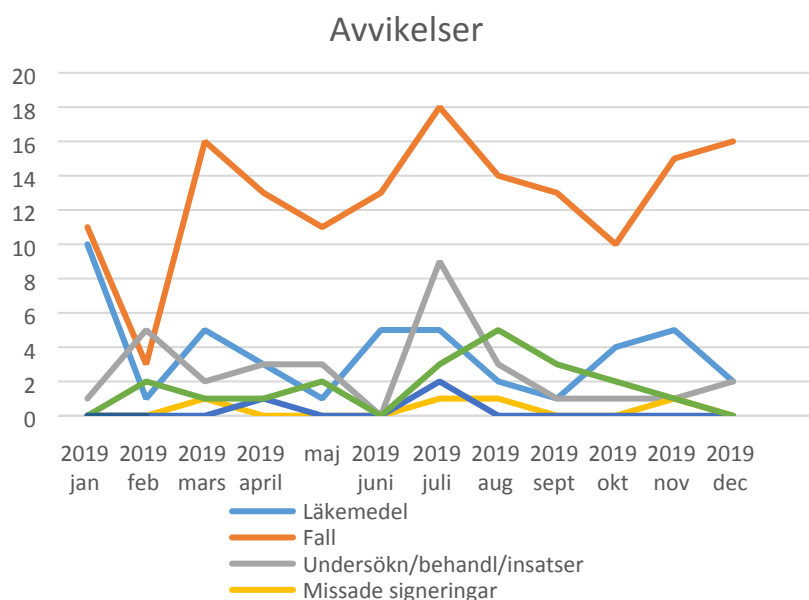
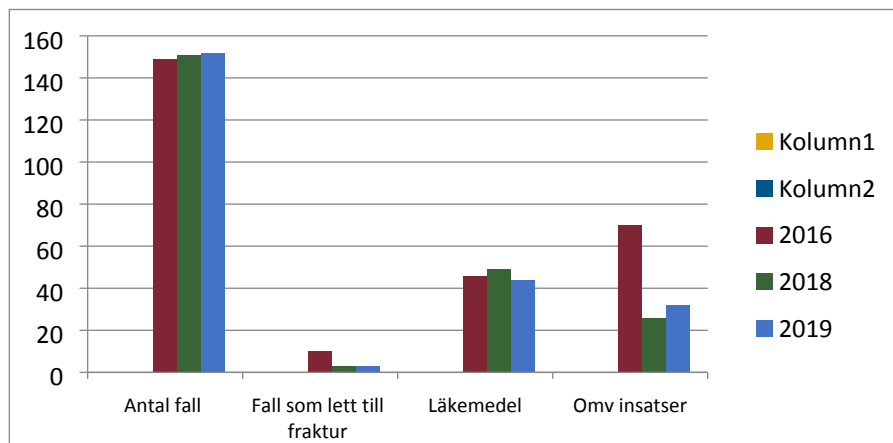
Sammanställning Linnegårdens riskbedömningar 2019.

2019	Downton	MNA	Norton	Nikola	Roag	ADL
Totalt: 82	80	75	78	82	76	82
Totalt: %	98%	95%	94%	100%	93%	100%

Avvikelser

Under 2019 har totalt 153 fall rapporterats, 31 av dessa har resulterat i mindre sårskada/obetydligskada. 3 av fallen resulterade i fraktur. Fallen ligger i relativt jämn nivå i jämförelse med tidigare år, trots ökat antal aktiviteter och ökad individuell träning. Vi tror det kan bero på att de som kommer till äldreboendet är sjukare och att fler faktiska fall rapporteras. Trots en liten ökning av fallen kan vi i alla fall se att frakturerna minskat de senaste två åren.

Inrapporterade läkemedelsavvikelserna ligger på en jämt nivå senaste åren. Omvårdnadsavvikelserna har minskat. Det kan bero på att vi fokuserat mycket vid fall och läkemedelsavvikelser men att vi kan behöva lyfta andra typer av avvikelser. *Åtgärd:* Verksamheten kommer att arbeta vidare med att uppmuntra och uppmana alla medarbetare att skriva alla typer av avvikelser. Det pågår även ett utvecklingsarbete av Erstas avvikelssystem med mål att det ska bli lättare att rapportera, att utreda och att analysera avvikelser för alla medarbetare.



Vad vi kan se i grafen är att antal avvikelser både gällande fall och undersökning/ behandling/insatser har nått en peak under sommarperioden.

Åtgärd: Under våren planeras introduktionsdagar för nyanställd personal för att säkra upp att rätt kompetens finns vid sommarledighet.

Klagomål och synpunkter

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

Under året har ett tjugotal synpunkter och klagomål inkommit till verksamheten muntligt, via telefon, via mail samt i vår klagomålsbrevlåda.

Klagomålen har i huvudsak berört uteblivna insatser, kvalitet på insatser och medicinhantering. Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender.

Ett flertal av de klagomål som inkommit har varit från samma anhöriga vilket har krävt tid, engagemang i form av uppföljningar, samtal, möten och gemensamma och tydliga direktiv i hela personalgruppen.

Händelser och vårdskador

Ingen utredning av händelser har bedömts som risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada under 2019.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Under 2019 utfördes riskanalyser inom följande områden:

- Riskbedömningar/analys samt handlingsplaner av arbetsmiljö i boendes lägenhet görs i samband med inflytt. Uppföljning sker månadsvis. Vid risk för hot och våld, smitta eller dylikt görs en handlingsplan som ska vara känd för varje medarbetare.
- Riskanalys och handlingsplan sjuksköterskebemanningen under sommaren.
- Riskanalys för risker under jul och nyår bemanning.
- Förflyttning av ssk expeditionen
- Riskbedömning och handlingsplan vid obehöriga i verksamheten feb 2019

Övergripande mål och strategier för kommande år

Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet:

- Alla boende ska ha en aktuell riskbedömning - Downton, Roag, Norton, MNA, Nikola, ADL – över 95%

-
- Alla boende med demensdiagnos ska registreras i BPSD registret.
 - Team tre gånger per vecka. Öka patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete med tydlig ansvarsfördelning samt dokumentation efter teamet.
 - Utveckla palliativa vården ytterligare hos omvårdnadspersonalen och sjuksköterskegruppen. Ombuden medverkar på nätverksträffar och för information vidare.
 - Säkerställa att vi arbetar enhetligt i gruppen på samma sätt på varje plan. Säkerställ att alla nödvändiga rutiner finns och är uppdaterade.
 - Vid akut inskick till sjukhus, alla boende ska ha färdigt kit vid sin läkemedelslista i rummet.
 - Fördjupning av arbetet med hälsoplaner, samt kopplade ordinationer och åtgärder. Synliggöra boendes delaktighet i vården i dokumentationen.
 - Aktivt arbete med smärtskattningar med validerade smärtskattningsskalor.

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, delegeringar, inkontinens, riskbedömningar, missade signeringar, skyddsåtgärder enligt checklista. Kontroller sker månadsvis av tillförordnad enhetschef HSL som i sin tur rapporterar vidare till verksamhetschef.
- Verksamheten fortsätter att räkna missade signeringar, analysera resultaten för att uppmärksamma bruiser och utveckla säkrare och tryggare rutiner varje månad.
- Avvikelser rapporteras och sammansälls varje månad. Uppföljning sker på kvalitetsforum.

Kompetensutveckling

-
- Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom att arbeta vidare med palliativa ombud, nätverksatréffar samt spridning den av den kunskap som finns.
 - Utbildningsinsatser i inkontinens för samtlig personal under våren. Säkerställa att alla brukare har rätt inkontinenshjälpmedel vägning/mätning samt beställning och utvärdering.
 - Utbildning i demens samt anhörigstöd för samtlig personal.
 - Små utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen i smärta, fall, olika psykiatriska sjukdomar, infektioner, palliativ vård, sårvård etc
 - Utbildning i ROAG för samtliga ssk.
 - Utbildning i undersköterskan initiala bedömning

Intern samverkan

- HSL möten en gång per månad
- Kvalitetsforum en gång per månad
- Teammöten 3 ggr i veckan
- Reflexionsmöten
- Rond med läkare en gång per vecka
- Ledningsgruppsmöten en gång per vecka
- Planmöten
- BPSD möten

Extern samverkan

- Uppföljningar med läkarorganisationen Legevisitten, MAS/MAR Stockholm stad, MAS Ersta, Ersta högskola, anhöriga, apoteket, vårdhygien, etc.





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 hygienrund 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 signeringslistor 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 narkotikahantering 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:

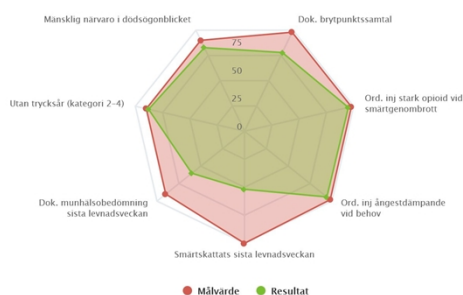
- 81 % av patienter enligt Downton Fallrisk Index
- 70 % av patienter enligt Modifierad Nortonskala (trycksår)
- 79 % av patienter enligt MNA (nutrition)
- 72 % av patienter enligt Nikola (blås- och tarmdysfunktion)
- 58 % av patienter enligt ROAG (munhälsa)
- 35 % av patienter enligt Sunnås ADL Index

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, vikt 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. Bemanningföretag/timvikarier anlitas kvällstid.

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR ÖSTERMALMS STADSDELSFÖRVALTNING, ÄLDREOMSORG

ÅR 2019

Ansvarig för innehållet:

Annica Myhr Högström, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Linnéa Svanström Leistedt, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Innehåll

Sammanfattning.....	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Patienters och anhörigas delaktighet.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	9
Risikanalys.....	13
Utredning av händelser - vårdskador.....	13
Informationssäkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS.....	13
Egenkontroll.....	13
<i>Resultatredovisning egenkontroll.....</i>	<i>14</i>
Avvikelser.....	20
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador.....	21
Risikanalys.....	21
Korttidsvård.....	21
Mål och strategier för kommande år.....	22

Sammanfattning

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att kunna erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Östermalm.

Uppföljningar och kartläggningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet som genomförts visar ett gott resultat. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har väsentliga rutiner och arbetssätt som ger förutsättning att ge en god och säker vård.

En styrka som stödjer ett patientsäkert arbetssätt är att samtliga verksamheter aktivt arbetar med teamarbete och regelbundna möten genomförs, en annan styrka är att sjuksköterska finns på plats dygnet runt i samtliga verksamheter.

Förutom genomförande av individuella riskbedömningar ser vi ett behov av att utveckla det strukturerade arbetet med vårdprevention. Det kan ge förutsättningar för god hälsa och förebyggande av vårdskador. För att följa detta arbete kommer MAS/MAR att utöka årets punktprevalensmätning med nya indikatorer.

Efter genomförd kartläggning av korttidsvården framkom områden att arbeta vidare med. Beslut har tagits om ett utvecklingsarbete under 2020. Målet är att bidra till en effektivare och kvalitetssäkrad korttidsvård.

Inledning

Inom stadsdelens ansvarsområde finns fyra vård- och omsorgsboenden. Rio vård- och omsorgsboende drivs i egenregi, Kampementet drevs i egenregi fram till den 11 juni 2019 då driften övergick till Ansvar & Omsorg Temabo AB. Ytterligare två boenden drivs på entreprenad, Kattrumpstullen (Norlandia Care Kosmo AB) och Linnégården (Ersta diakoni).

Stadsdelens Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har i dokumentet gjort en samlad bedömning av hälso- och sjukvården för de verksamheter som ingår i stadsdelsnämndens ansvarsområde. Bedömningen grundar sig på granskningar och uppföljningar under året samt insamlade uppgifter från verksamheterna. I dokumentet benämns den boende fortsatt som patient.

Då Kampementet bytt regiform under året har vi bedömt att vi inte redovisar inhämtat resultatet i denna patientsäkerhetsberättelse. En anledning är att verksamheten gått igenom en omorganisation som medför att statistiska underlag inte blir tillförlitliga för en helhetsbedömning.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Östermalm.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet 2019:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att;
 - a. genomföra Qusta som egenkontroll och i dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal,
 - b. begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
 - c. granska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egenregi och inhämta entreprenörernas granskningsresultat,
 - d. genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året,
 - e. efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,

- f. genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten,
 - g. följa rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelser och i egenregi samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av vårdskador eller risk för vårdskador av allvarlig grad,
 - h. följa upp att förutsättningarna finns för följsamhet till basala hygienrutiner,
 - i. följa utveckling av teamarbete, samt
 - j. inhämta statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister
2. Analysera och återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.
 3. Ge stöd till ledning och verksamhet i egenregi genom att;
 - a. medverka i olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp,
 - b. följa upp hur den palliativa vården utvecklas samt stödja de palliativa ombuden i deras roll genom nätverksträffar och utbildningsinsatser,
 - c. stöd till chefer att utveckla upprättande av riskanalyser i verksamheten,
 - d. stöd till chefer att ta fram material för egenkontroll av rutiner och arbetsätt,
 - e. erbjuda kompetenshöjande insatser till hälso- och sjukvårdspersonal avseende bland annat samtycke och munhälsa.
 4. Delta vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.

Organisation och ansvar

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

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att tillse att vårdgivaren bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälan (Lex Maria) göras till IVO och ansvarig nämnd informeras.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård, ansvarar för att i verksamheten bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt

att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Verksamhetschef har på uppdrag av vårdgivaren att årligen till 1 mars upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsberättelsen delges och rapporteras som ett anmälningsärende till stadsdelens nämnd.

MAS och MAR har ett ansvar för att säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård ges patienter inom kommunens ansvarsområde.

Det medicinska ansvaret i kommunens hälso- och sjukvård innebär att vissa uppgifter som krävs av MAS och MAR är undandragna verksamhetschefens ledning för hälso- och sjukvård. MAS och MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, granska, dokumentera, följa upp och redovisa arbetet med berörda verksamheters kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. I ansvaret ingår att göra anmälan av allvarlig vårdskada i egenregiverksamheter till IVO. Anmälan som gjorts av entreprenör delges nämnden av stadsdelens MAS och MAR.

MAS och MAR är även en resurs för nämnden i fråga om samverkan med andra huvudmän, upphandling av hälso- och sjukvård, personalens sammansättning, kompetens och kompetensutveckling samt att medverka i kvalitets- och utvecklingsarbete. MAS och MAR medverkar i avtalsuppföljningar inom äldreomsorgens särskilda boenden som drivs av entreprenör i egenkap av sakkunniga i hälso- och sjukvård .

Hälso- och sjukvårdspersonal medverkar till en hög patientsäkerhet genom att i sitt yrkesutövande följa lagar, stadens riktlinjer och MAS/MAR regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Samma ansvar gäller för baspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift.

Stadsdelen har en dokumentationsstödjare som informerar och ger kompetensstöd om Vodok 2.0 till verksamheternas utsedda handledare i dokumentation.

Stadsdelen har avtal med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien Stockholm, Palliativt kunskapscenter (PKC) och Apoteket AB. När behov uppstår kan förvaltningen konsultera Smittskydd Stockholm och Strama.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Med syfte att bidra till att skapa bättre förutsättningar att erbjuda god, trygg och säker vård och omsorg för äldre personer som är i behov av insatser från kommun och landsting finns en sammanhållen överenskommelse.

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan med läkarorganisationen,
- Samverkan nutritionsbehandling,
- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning för MTP
- Kostnadsfördelning av läkemedel

Samverkansmöten som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten har skett med läkarorganisation Capio Legevisitten och Östermalms särskilda boendens chefer och MAS under året.

Samverkan som bidragit till att säkra vården:

- Samverkansmöten med slutenvården och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har genomförts vid ett antal tillfällen under året.
- Samverkansmöten med Vårdhygien Stockholm har genomförts under året.
- Samverkansmöte med Smittskydd Stockholm har genomförts.
- MAS har deltagit i samverkansmöte på Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård avseende nödvändig tandvård och munhälsobedömning.
- Samverkansmöten mellan entreprenörernas MAS och stadsdelens MAS och MAR har genomförts två gånger under året. Löpande samverkan sker för utbyte av information vid olika frågeställningar eller händelser i verksamheter.
- Stadsdelen har under del av året haft tillgång till dietist på halvtid för egenregiverksamheter. MAS har träffat dietisten för samverkan.

Patienters och anhörigas delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

MAS och MAR har en rådgivande funktion, vid frågor som rör hälso- och sjukvården och finns vid behov tillgängliga för patienter och anhöriga.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal i samtliga verksamheter rapporterar avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område samt alla fallolyckor som inträffar, i digitala system. Verksamheterna ansvarar för hanteringen av avvikelser och att utreda händelser som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada. Samtliga verksamheter har forum t.ex. kvalitetsmöte, för sammanställning och analys av rapporterade avvikelser. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska MAS/MAR informeras för fortsatt utredning och ställningstagande om anmälan till IVO.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som rör hälso- och sjukvården och som inkommer till stadsdelsförvaltningen ingår i förvaltningens rutin för klagomålshantering. De förmedlas till respektive verksamhetschef som ska analysera och åtgärda i verksamheterna. Stadsdelens MAS och MAR är delaktiga som rådgivande i specifika frågor.

Egenkontroll

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

Uppgifter inhämtas genom uppföljning och inhämtande av statistik över framtagna indikatorer för hälso- och sjukvård från verksamheterna med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger per år 1 gång per år	Verksamheternas egenkontroll Stickprovskontroll egenregi samt granskningsresultat från entreprenörers MAS

Avvikelser	Fort- löpande	Avvikelsehanteringssystemet Vodok 2.0
Socialstyrelsens indikatorer för blå- och tarmdysfunktion	2 gånger per år	PPM från verksamheterna
Indikatorer för skyddsåtgärder	2 gånger per år	PPM från verksamheterna
Riskbedömningar/ screening (fall, trycksår, undernäring, munhälsa och kontinens)	1 gång per år	Journalssystemets statistikmodul Senior Alert
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Journalssystemets statistikmodul
Infektionsregistrering	1 gång per år	Incidensrapportering över antibiotikabehandlade infektioner samt vissa virus.
Basala hygienrutiner	Minst 2 gång per år	Verksamheternas egenkontroll
Läkemedelshantering	1 gång per år	Extern utförare Verksamhetens MAS
Läkemedelsgenomgång	1 gång per år	Ansvarig läkarorganisation
Vård i livets slutskede	1 gång per år	Svenska palliativregistret

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet

Uppföljning och kartläggning avseende verksameters förutsättningar att bedriva en god och säker vård har genomförts med kvalitetsinstrumentet QUSTA. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. I de olika områdena är maxpoäng 20 förutom områdena demens, dokumentation och mun och tandvård där maxpoängen är 10. Resultatet ska analyseras för att styrkor respektive svagheter/brister ska tydliggöras.

Under 2019 har vi förändrat arbets sättet för uppföljning av hälso- och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA. Verksamheterna har som tidigare besvarat frågorna i QUSTA men i år även analyserat sitt resultat, som en del av verksamhetens kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. Därefter har en återkoppling skett med MAS och MAR som gett möjlighet att ställa kompletterande frågor. En sammantagen bedömning har sedan gjorts av verksamheternas förutsättningar att erbjuda en god och säker vård som håller hög kvalitet.

Dokumentation

Resultat och analys av verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdens dokumentation har begärts in från verksamheterna vid två tillfällen under året.

Avvikelsehantering

MAS och MAR har under året löpande följt egenregi-verksamheternas registrering och hantering av rapporterade avvikelser. Entreprenörerna har rapporterat statistik över verksamhetens avvikelser och utredningar av allvarliga händelser. Det ger möjlighet att följa trender över händelser som kan påverka patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer – Punktprevalensmätning (PPM)

Indikatorer för hälso- och sjukvården har inhämtats från samtliga verksamheter bland annat genom PPM två gånger under året. Resultatet av statistiken ger underlag för bedömningar av kvalitet i olika vårdprocesser samt möjlighet att göra jämförelser både inom och mellan verksamheterna. De områden som mätningarna avsett är blås- och tarmdysfunktion och skyddsåtgärder.

Riskbedömningar

Riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens är ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Statistik över genomförandegrad har inhämtats genom sökning i journalsystemets statistikmodul. Riskbedömningar ska även registreras i Senior Alert i de fall patienten samtyckt till detta.

Vårdhygienisk standard/basala hygienrutiner

Verksamheterna har avtal med Vårdhygien Stockholm. Enligt avtalet erbjuds bland annat utbildning till alla yrkesgrupper, hygienrond samt rådgivning och konsultation. Hygienrond har genomförts under året. Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

Infektionsregistrering

Flertalet verksamheter infektnsregistrerar. Verksamhetens MAS har sammanställt och analyserat resultatet.

Läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts i alla verksamheter under året. Verksamhetens MAS har tagit del av resultat och åtgärdsplan som tagits fram. Intern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har genomförts av MAS i egenregi-verksamhet.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en patients läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Läkemedelsgenomgång har genomförts av ansvarig läkarorganisation.

Vård i livets slut

Verksamheter har registrerat i Svenska palliativa registret. Stadsdelen har genomfört en satsning på att utbilda palliativa ombud som ett led i att utveckla och säkra vården i livets slut. Idag har verksamheterna bildat palliativa team där olika professioner ingår. Teamen träffas regelbundet i nätverk för att bibehålla och utöka kompetensen inom området.

Strategiska möten och arbetsgrupper

Under året har MAS deltagit vid möten inom avdelningsstöd äldreomsorg.

Deltagande vid hälso- och sjukvårdsmöten i egenregi har under året skett för att delge information och föra dialog kring aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor.

MAS och MAR i innerstadens stadsdelar har haft regelbundna arbetsmöten. Under året har revidering av gemensamma regler för hälso- och sjukvården gjorts och den gemensamma hemsidan uppdaterats. Under året har stort fokus legat på revidering och utveckling av uppföljningsunderlaget QUSTA. Vid dessa möten har även samverkan med MAS i entreprenörers verksamhet och andra funktioner inom hälso- och sjukvården skett.

Under året har fem möten med stadens samtliga MAS och MAR och Äldreförvaltningens hälso- och sjukvårdsstrateg genomförts för utbyte av information och gemensamt utvecklingsarbete. Under året har arbete med att ta fram stadsgemensamma riktlinjer pågått.

Samverkansmöten med läkarorganisationen Capio Legevisitten har genomförts tillsammans med berörda MAS och MAR i länet. Samverkansmöten inom stadsdelen verksamheter har även genomförts med läkarorganisationen, verksamhetschefer och MAS.

MAS och MAR har som en del i sin omvärldsbevakning deltagit vid kompetensdagar anordnade av Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering.

MAS och MAR har under året deltagit i samverkansmöten med hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Patientnämnden.

MAS har deltagit i PKC-dagen, en konferens om palliativt arbete och förhållningssätt.

MAS har deltagit som sakkunnig i central upphandling av hjälpmedel och bårtransport.

MAR har deltagit i referensgrupp med HSF (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) och Storsthlm för överenskommelse om ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting avseende hjälpmedel inom LSS och äldreomsorg.

MAR har under året deltagit som sakkunnig inom hälso- och sjukvård och rehabilitering i projektet ”Modernisering av sociala system” inom Stockholms stad.

MAS är medlem i RKHK (Regional kommunal hygienkommitté) och har under året deltagit i olika arbetsgrupper och möten för att ta fram stödmaterial till verksamheter med syfte att minska risker för vårdrelaterade infektioner.

Under året har fler processer inom hälso- och sjukvården behövt säkerställas i samband med att en verksamhetsövergång från egenregi till entreprenör har genomförts. Detta har skett genom stöd till ledningen och deltagande i olika möten för att informera och säkerställa processer och rutiner, t.ex. läkemedelshantering, informationsöverföring, dokumentation och läkarkontakt.

MAS och MAR har genomfört en kartläggning av korttidsvården utifrån arbetsterapeutens och fysioterapeutens ansvar och uppdrag.

Insatser för kompetensutveckling

Skrivarstuga för verksamhetschefer har genomförts inför upprättande av patientsäkerhetsberättelse.

Risikanalys

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

MAS och MAR har tagit fram ett underlag för riskanalys som ett stöd att bedöma risker i samband med hälso- och sjukvård.

Under året har riskanalyser begärts in från verksamheterna i samband med sommarens semesterperiod och jul- och nyårshelger.

Utredning av händelser - vårdskador

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

I egenregi har tre utredningar har genomförts.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamhetschefen ansvarar för att under året genomföra loggkontroller för att säkerställa att tillgången till patientuppgifter i hälso- och sjukvårdsjournal används enligt regelverket. Vid eventuella avvikelser kontaktas MAS för utredning och sammanställning av loggkontroller, ska inlämnas till MAS vid årets slut. Inga avvikelser har rapporterats under året.

Verksamheten har tillgång till NPÖ och verksamhetschef har granskat loggarna under året, inga avvikelser har rapporterats. Entreprenörverksamheterna har tillgång till uppgifter i läkarjournal och loggkontroller utförs av ansvarig läkarorganisation.

MAS och MAR har genomfört journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i en egenregiverksamhet för att följa upp att kraven på dokumentation av vården säkerställts. MAS i entreprenörverksamheterna har genomfört journalgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation och stadsdelens MAS har tagit del av resultat och analys.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet hos verksamheterna visar sammantaget ett gott resultat. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har ledningssystem med framtagna rutiner som ger förutsättning att ge en god och säker vård.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdens dokumentation har genomförts. Vår bedömning är att verksamheternas analys av egenkontrollernas resultat är ett fortsatt utvecklingsområde.

Genomförandegrad av riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården inom områdena fall, trycksår och undernäring är god och ger förutsättningar att identifiera risker hos patient, men kan ytterligare säkerställas. Vår bedömning är att verksamheterna inte når upp till önskvärd genomförandegrad som bedöms vara 90 %. Området behöver fortsatt säkerställas.

Registrering av genomförda riskbedömningar i Senior alert har ökat men bedömningen är att användningen av resultatet i Senior Alert i större utsträckning bör användas mer strukturerat för teamarbete och dokumentation.

PPM-mätning visar att en hög andel av besluten för användning av skyddsåtgärder kopplats till en hälsoplan vilket ger bra förutsättningar att följa upp och utvärdera beslut och därmed säkra användningen. Målsättningen ska dock vara att det ska gälla för alla beslut.

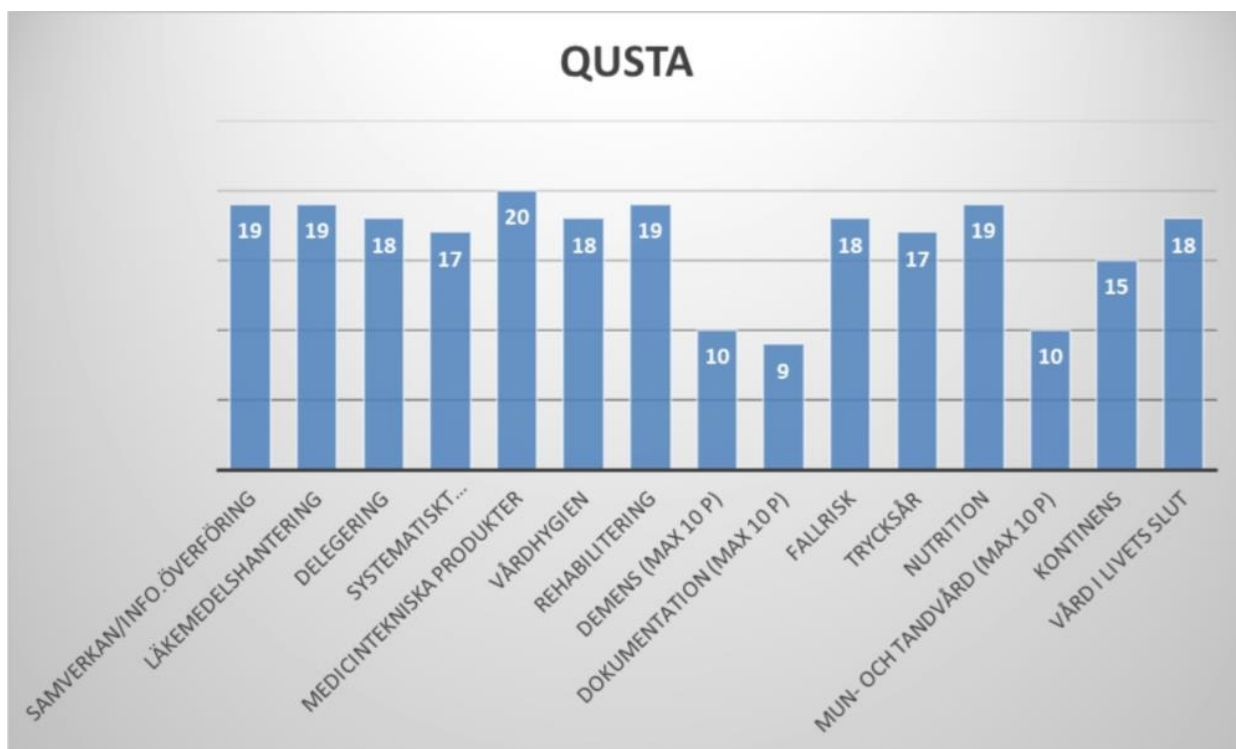
PPM-mätning och genomförda riskbedömningar för blåstarmdysfunktion visar att processer och metod för utredningar och individuell utprovning av hjälpmedel vid inkontinens är ett utvecklingsområde.

Resultatredovisning egenkontroll

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet

Uppföljningar enligt Qusta har genomförts i tre verksamheter. Verksamheterna visar ett gott resultat utifrån de kriterier som efterfrågas i Qusta. Alla har aktivt arbetat med att främst utveckla teamarbete och infört kommunikationsverktyget SBAR för att säkra informationsöverföring. Kvarstående utvecklingsområden för

verksamheterna är t.ex. dokumentation och processer vid blås- och tarmdysfunktion.



Resultatredovisning snittpoäng per frågeområde i QUSTA inom stadsdelen exklusive Kampementet

Dokumentation

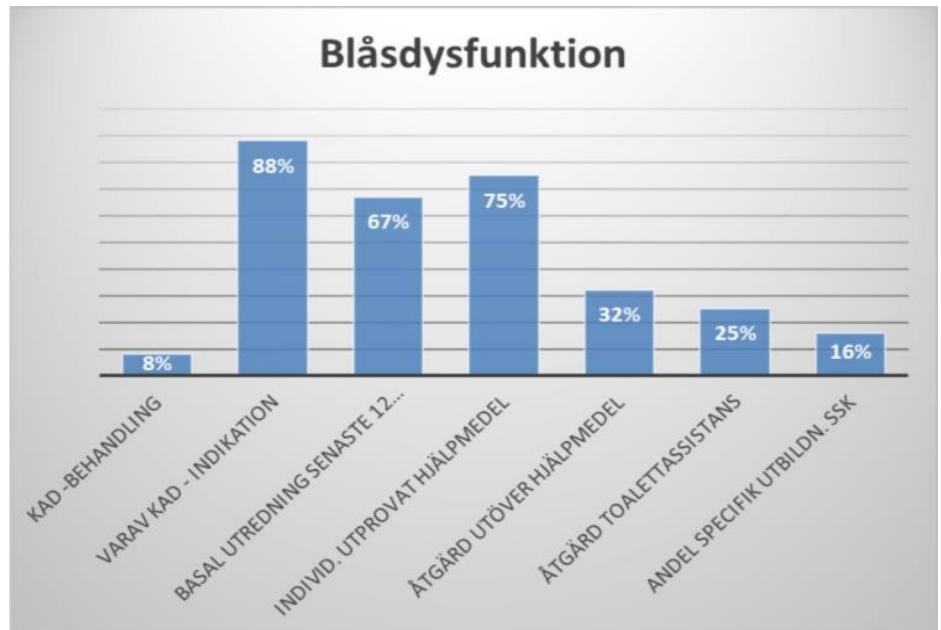
Egenkontroller har inkommit från verksamheterna vid två tillfällen under året. Verksamheterna har i sin analys identifierat utvecklingsområden och åtgärder har planerats.

MAS och MAR har granskat journaler i egenregi och utvecklingsområden har identifierats samt förmedlats till verksamhetschef.

Punktprevalensmätning (PPM)

Blåsdysfunktion

Två gånger under året har verksamheterna genomfört och redovisat punktprevalensmätning avseende socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion.

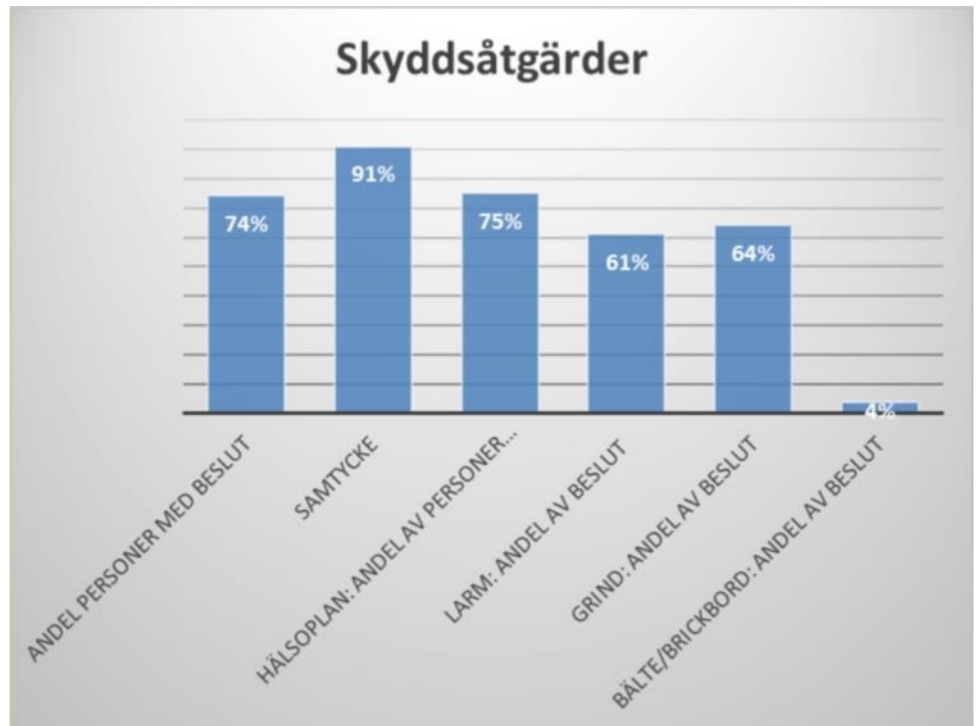


Sammantaget resultat av PPM- mätning, från verksamheterna exklusive Kampementet.

Resultatet visar en låg användning av kateterbehandling vilket är positivt då användning av kateter ökar risken för urinvägsinfektion. Dokumentation om indikation har ökat något sedan föregående år. Process och metod för utredningar och individuellt utprovade hjälpmedel bedöms vara ett utvecklingsområde. Andelen sjuksköterskor med formell kompetens i området är 16% vilket är färre än tidigare. Den reella kompetensen för att få förskriva inkontinensprodukter bedöms av verksamhetschef.

PPM Skyddsåtgärder

Punktprevalensmätning av användning av skyddsåtgärder har gjorts vid två tillfällen under året.



Sammantaget resultat av PPM- mätning, från verksamheterna exklusive Kampementet.

Inhämtade uppgifter visar att 74% av patienterna har beslutat om skyddsåtgärd. Samtycken har inhämtats i mycket hög grad. Då samtycke är en förutsättning för att kunna använda skyddsåtgärder, behöver detta ytterligare säkerställas. Ett annat utvecklingsområde är att åtgärden kopplas till en hälsoplan. Användningen av bälten eller brickbord är fortsatt låg, vilket är positivt, då strävan ska vara att minimera användningen.

Riskbedömningar

Alla som flyttar in på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Riskbedömningar ska följas upp vid förändrat hälsotillstånd eller minst årligen.

Riskbedömningsinstrument som ska användas är:

- Downton Fall Risk Index, för att screena fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assessment), för att mäta näringsstatus
- Norton, för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) bedömning av munstatus
- Nikola, för att screena risk för inkontinens



Sammantaget resultat av riskbedömningar i verksamheterna exklusive Kampementet.

Dessa bedömningar ger underlag för fortsatt utredning vid indikation på risk. För välgrundade bedömningar krävs samverkan i det multiprofessionella teamet. Genom att identifiera patienter som löper risk inom olika områden kan åtgärder från alla professioner planeras och vidtas. Resultatet visar att bedömningar genomförs i varierande utsträckning för olika områden.

Ett relevant målvärde för utförda riskbedömningar bör vara 90%, vilket visar att riskbedömningar är ett område som ytterligare behöver säkerställas.

Senior alert

Samtliga verksamheter är anslutna till registret. Verksamheterna har under året arbetat med metoden och uppnått en hög andel registreringar jämfört med föregående år. Att fortsätta registrera och att använda resultat i det systematiska och strukturerade patientsäkerhetsarbetet är ett fortsatt utvecklingsområde.

Funktionsbedömning, Sunnås ADL index

ADL genomförs för att bedöma den enskildes förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv. Det ger möjlighet att individanpassa stöd och hjälp i vardagen samt besluta om eventuella specifika åtgärder för att stärka eller kompensera för förmåga.

Andelen som under året erbjudits och fått en bedömning ligger sammantaget på 80%. Spridningen är fortsatt stor mellan verksamheterna (39 – 97%). En bakomliggande orsak till det kan vara att för verksamhet som även bedriver korttidsvård tar den stor del av arbetsterapeutens resurser i anspråk, vilket i sin tur kan

påverka att bedömningar i övrig verksamhet inte uppdateras inom årsspannet.

Infektionsregistrering

Statistik över antibiotikabehandlade infektioner har lämnats in under året. Syftet med infektionsregistrering är att ge en bild av hur det ser ut i verksamheten avseende vårdrelaterade infektioner (VRI) och antibiotikabehandling. Att arbeta för en korrekt antibiotikaanvändning är ett viktigt led i detta arbete.

Det sammanställda resultatet för verksamheterna visar att de två vanligaste VRI var hud- och mjukdelsinfektioner samt urinvägsinfektioner. Under året har förekomsten av de antibiotikabehandlade infektionerna minskat något. Av statistiken framkommer att det fortfarande är en högre förekomst av antibiotikabehandlade sårinfektioner. En möjlig orsak kan vara att kontinuitet av läkare i flera av verksamheterna har varit låg. Det kan finnas ett behov av att kontinuerligt säkerställa kompetensen avseende antibiotikaresistens.

Under året har endast två fall av calici rapporterats och ingen smittspridning har skett. Det kan vara en effekt av att man i verksamheterna säkerställt att det finns tillgång till skyddsutrustning och kompetens om basala hygienrutiner.

Vårdhygienisk standard/basala hygienrutiner

I verksamheterna har hygienronder genomförts och åtgärder vidtagits utifrån resultat. I egenregiverksamheten har man intern cirkulationstvätt vilket kvalitetssäkrar hanteringen av arbetskläder. Alla verksamheter har rutiner för att arbeta utifrån basala hygienrutiner och genomför egenkontroller av följsamheten. Verksamheterna beskriver att de kontinuerligt arbetar med att behålla god följsamhet.

Läkemedelshantering

Läkemedelsgranskning av extern utförare har utförts på samtliga verksamheter. Synpunkter som framkom har åtgärdats.

MAS har utfört läkemedelsgranskning i egenregi och synpunkter som framkom har åtgärdats, det har tillsammans med ny stadgemensam riktlinje resulterat i en reviderad lokal rutin.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt

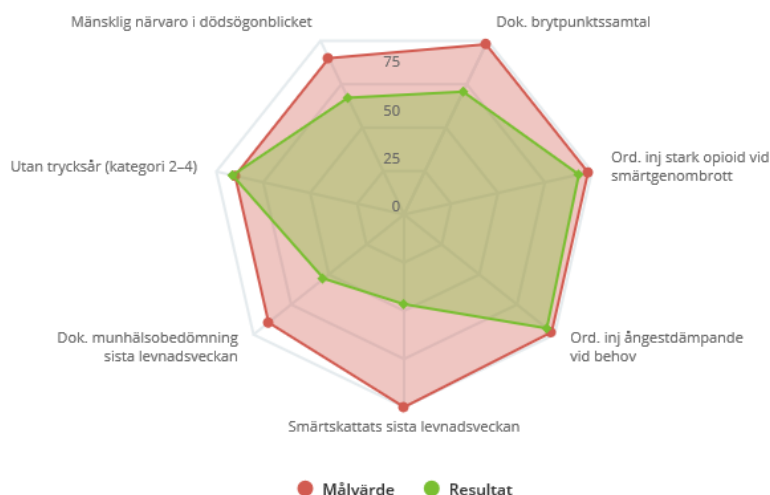
och systematiskt sätt. Syftet med en läkemedelsgenomgång är att kartlägga en persons ordinerade och använda läkemedel, kontrollera att läkemedelslistan är korrekt samt bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker.

Läkarorganisationerna har ansvar för att tillsammans med sjuksköterskan på boendet genomföra läkemedelsgenomgångar. Enligt uppgifter från läkarorganisationen har målet på 100 % uppnåtts.

Vård i livets slut

Samtliga verksamheter registrerar i Svenska palliativa registret. Registreringarna i Svenska palliativa registret visar på en liten förbättring när det gäller att ge ångestdämpande läkemedel. Av resultatet framgår dock att verksamheterna fortsatt behöver utveckla användningen av validerade smärtskalor, bedöma munhälsa, och att erbjuda brytpunktssamtal.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer
Period 2019-01 - 2019-12



De palliativa teamen har samlats i nätverksträffar och har under hösten utbildats i smärta och symtomlindring vid vård i livets slut.

Avvikelser

Samtliga verksamheter har ett digitalt system för avvikelser inom hälso- och sjukvården. Entreprenörerna har lämnat in uppgifter om rapporterade avvikelser och egenregiverksamheterna har rapporterat i avvikelsemodul i Vodok 2.0.

Resultatet visar att flest avvikelser rapporterats inom områdena fall och läkemedel, vanligtvis rörande brister i signering. Verksamheterna arbetar vid olika teambaserade mötesformer med hantering både på individ- och organisationsnivå. En utveckling som kan ses är att verksamheterna mer strukturerat rapporterar avvikelser i vårdkedjan.

Klagomål och synpunkter

Under 2019 har ett klagomål, som rör hälso- och sjukvård inkommit till Patientnämnden. MAS/MAR har inte varit involverade i något ärende under året.

Händelser och vårdskador

Under året har ingen anmälan enligt Lex Maria gjorts till IVO.

Risakanalys

Under året har riskanalyser begärts in från verksamheterna i samband med verksamhetsövergång och inför sommarens semesterperiod och jul- och nyårshelger. Årets analyser har visat på en utveckling i att använda riskanalyser som ett redskap i arbetet med att säkerställa verksamheten under tillfälliga perioder med ändrade förutsättningar. Alla har haft en gemensam struktur genom att använda det framtagna underlaget från MAS och MAR. Det har i sin tur gett en tydligare bild av hur patientsäkerheten säkerställts under sårbara perioder.

Korttidsvård

MAS/MAR kartläggning av korttidsvården visade på områden som är väsentliga att arbeta vidare med:

- Identifiera och utveckla processer, till exempel för inskrivning och utskrivning.
- Förtydligande av roller och ansvarsfördelning.
- Identifiera behov av kompetenshöjning inom hälso- och sjukvårdens område hos baspersonalen.
- Identifiera vilka lokala rutiner inom hälso- och sjukvård som behöver kompletteras för att anpassas till verksamhetens inriktning.
- Revidera MAS MAR regel för korttidsvård

Vi bedömer att ovanstående förslag på åtgärder kan bidra till en effektivare och kvalitetssäkrad korttidsvård där bland annat uppdraget för arbetsterapeut och fysioterapeut blir tydligare. Det kommer i sin tur att frigöra tid för den övriga verksamheten.

Mål och strategier för kommande år

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Östermalm.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet 2020:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att;
 - a. genomföra Qusta som egenkontroll och i dialog med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal,
 - b. begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
 - c. granska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egenregi och inhämta entreprenörernas granskningsresultat,
 - d. genomföra PPM (punktprevalensmätning) över indikatorer två gånger under året,
 - e. efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,
 - f. genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten,
 - g. bevaka rapportering av hälso- och sjukvårdsavvikelser i egenregi,
 - h. inventera att förutsättningarna för följsamhet till basala hygienrutiner finns, samt
 - i. inhämta statistik över registreringar i nationella kvalitetsregister
2. Analysera och återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.
3. Ge stöd till ledning och verksamhet i egenregi genom att;
 - a. medverka i olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp,
 - b. stödja de palliativa ombuden i deras roll genom nätverksträffar och utbildningsinsatser,
 - c. stödja chefer i att upprätta rutiner och arbetssätt,
 - d. samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av vårdskador eller risk för vårdskador av allvarlig grad,
 - e. erbjuda kompetenshöjande insatser till hälso- och sjukvårdspersonal avseende bland annat munhälsa.
4. Delta vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor.