



Ersta diakoni

Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2020

Ersta Linnégården

Datum och ansvarig för innehållet
2020-02-26
Anna Lidback Verksamhetschef
Sophie Arvidsson Tf 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. Versamheten 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

Under större delen av 2020 har pandemin ställt ökade krav på verksamheten i stort vilket lett till omprioriteringar och införande av nya arbetssätt vilka varit nödvändiga för att bedriva ett patientsäkert arbete. Arbetet under året har varit i huvudsak handlat om fokus på basala hygienrutiner för att skydda våra äldre från smitta, att försöka ge våra äldre en meningsfull tillvaro och bedriva en trygg och säker vård. Vissa planerade utvecklingsprojekt har inte kunnat genomföras då resurserna har fått prioriteras om med fokus på pandemin.

Arbetet med att förebygga och förhindra smittspridning har inneburit ett ökat ansvar för våra sjuksköterskor gällande kliniska medicinska bedömningar, kontakt med oroliga anhöriga under besöksförbudet, samt extra tydlighet i kommunikation och dokumentation. Rutiner har under året i snabb takt implementerats, reviderats, utvecklats och följts upp allt eftersom nya riktlinjer och direktiv tillkommit. Snabba omställningar har krävt stor flexibilitet i arbetsgruppen. Kompetensutveckling har skett löpande. De extra hygienkrav i form av skyddsutrustning som införts under hela arbetspass har förändrat miljön för både personal och boende.

Riskbedömningar, individuella bedömningar, hälsoplaner har utförts under året. I egenkontrollen av dokumentationen som utfördes i september månad syntes en tydlig utveckling av den palliativa vården och effektivisering av dokumentationen runt denna. Kvaliteten på dokumentationen ökat som helhet. Fokus under året har legat att rikta insatser för att nå individuella mål.

Uppföljning av kvalitet och säkerhet har skett genom egenkontroller och analyser inom områden som basala hygienrutiner, läkemedel, delgeringar, riskbedömningar, läkemedelshantering, kvalitetsregister etc. Nattfastemätning, dokumentationsgranskning, har utförts. Enheten registrerar i kvalitetsregistren palliativa registret, senior alert samt BPSD registret. En planeringsdag har utförts under hösten. Demensdockor har köpts in i verksamheten och ett gym har byggts. En ny sjuksköterskeexpeditionen och ett nytt läkemedelsrum har även invigts på verksamheten.

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 hälso och sjukvård vård. Masens interna tillsyn visade ett resultat på 1,69 av 2,0. Dokumentationsgranskning har utförts under hösten. Resultatet visar att dokumentationen har utvecklats och kvaliteten på dokumentationen som helhet har ökat. Ett projekt i nutrition har genomförts på ett av våra demensplan vilket resulterat i viktuppgång hos samtliga boende som ingick i projektet.

Riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens, ADL och munhälsa har utförts på samtliga boenden. Där risker identifierats har hälsoplaner upprättats. Verksamheten har även kommit i gång med registrering i senior alert. Som ett resultat av kvalitetsarbetet kan vi se att antal rapporterade avvikelser både ökat och förbättrats i kvalitet under året.

En blick framåt

Vi hoppas att vi under 2021 succesivt kommer kunna återgå till en lite mer normal tillvaro igen. Inte minst med tanke på våra äldre som nu är vaccinerade och som givetvis längtar efter att få krama sina nära och kära. Verksamheten fortsätter att arbeta lika intensivt som tidigare med följsamhet till basala hygienrutiner och skyddsutrustning för att minimera risken för smitta och smittspridning.

Under 2021 kommer verksamheten lägga stort fokus på aktiviteter och träning, både individuellt och i mindre grupper för att minska känslan av ensamhet och isolering samt att arbeta fallförebyggande. Fokus kommer även ligga på digitalisering för att säkerställa informationsöverföring med ökad patientsäkerhet som mål.

Under kommande år kommer även kollegial dokumentationsgranskning införas. Verksamheten kommer arbeta vidare med att öka patientsäkerheten genom att utveckla arbetssätt och öka kompetens gällande inkontinens, BPSD, palliativ vård samt dokumentation. Arbetet fortsätter med bedömningsinstrument, egenkontroller och analyser för att ytterligare höja verksamhetens kvalitet. Fortlöpande utveckling och förbättringsarbete kommer att fortgå med inkomna avvikelser, analyser och uppföljningar. Utbildning av ytterligare BPSD administratörer samt palliativa ombud kommer att genomföras under året. Ett fortsatt utvecklingsområde är smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument i vård i livets slutskede. Vårt pågående nutritionsprojekt för att minska risken för undernäring kommer att fortsätta under året.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Mål och strategier för 2020

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.
- Akutpärm - Vid akut inskick till sjukhus ska alla boende ha ett färdigt kit i sin lm pärm som ska skickas med.
- Fördjupning av arbetet med hälsoplaner, samt kopplade ordinationer och åtgärder. Synliggöra boendes delaktighet i vården i dokumentationen både i paraSol och i Vodok
- Aktivt arbete med smärtskattningar med validerade smärtskattningsskalor.
- Arbeta för fortsatt kontinuitet och stabilitet i HSL-gruppen , framför allt i sjuksköterskegruppen, samt arbetsmiljö.

-
- 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
 - Registrering i kvalitetsregister Senior Alert, palliativa registret
 - 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.
- Samverkan kring den boende sker i teammöten 2 ggr/mån per plan. Omvårdnadsansvarig ssk är sammankallande.
- 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 avvikelse system. Sjuksköterska, verksamhetschef eller rehab tilldelas avvikelsen. 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. Samtliga klagomål, oavsett om de är muntliga eller skriftliga, dokumenteras i avvikelssystemet. De klagomål som inkommer till medarbetare förmedlas också muntligt 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 ska ske enligt Lex Sarah.*

Synpunkter/klagomål analyseras på kvalitetsrådet samt i verksamhetens ledningsgrupp för att kunna se olika mönster och trender, upptäcka brister samt arbeta fram förbättringsåtgärder. Återkoppling/uppföljning sker individuellt, på kvalitetsråd, teammöten, samverkansmöten, boenderåd, arbetsplatsträffar och på planmöten beroende på klagomålets natur.

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. Resultatet analyseras och

		återkopplas på HSL möten. Åtgärdsplan upprättas.
Palliativa registret	1 gg mån	Egenkontroll ssk. Resultatet återkopplas på HSL mötet. Resultatet analyseras och åtgärdsplan upprättas och följs upp.
Punktprevalensmätning (PPM)	2 ggr per år, v 10, v 36.	Socialstyrelsens indikationer för blåsdysfunktion. Skickas in till MAS och MAR.
BPSD -registret	1 gg/mån	Enhetschef HSL tar fram statistik från registret. Återkoppling samt uppföljning sker på HSL möten 1 gg mån.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gg/år	Apoteket. Resultatet redovisas i HSL gruppen, resultatet analyseras, åtgärdsplan upprättas och tas upp på HSL möte. Mas tar del av rapporten.
Hygienrond	1 gg/år	I samarbete med vårdhygien
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.	1 gg/ kvartal	Observation samt självskattningar, samlas in och analyseras, åtgärdsplan upprättas vid behov och resultatet redovisas på plna möte samt APT.
Loggkontroller Vodok	En gång per månad	Utförs av Tf enhetschef HSL. Resultat återkopplas till V.C samt MAS.
Delegeringar	En gång per månad	Egenkontroll omvårdnadsansvarig ssk
MTP	Var 6:e mån	Leg pers enligt rutin.

Fallprevention	1 gg/mån	Sjukgymnast sammanställer antal fall,(skada, fraktur, tid på dygn, plats, inskick till sjuhus.) Analys sker, resultatet redovisas på kvalitetsforum, planmöten, team och APT.
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 sammanställs och tas upp på planmöten, team. Resultat tas del av 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 Erstas MAS samt kommunens 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. Som en konsekvens av pandemin har några utvecklingsprojekt fått prioriteras bort.

Covidpandemin under 2020 har ställt ökade krav på verksamheten som inneburit till omprioriteringar och förändringar vilka varit nödvändiga för att anpassa sig till rådande situation och bedriva ett patientsäkert arbete. Stort fokus under året har varit följsamhet till basala hygienrutiner. Nya arbetssätt har implementerats med social distansiering och det har varit tufft för många av våra medarbetare att använda munskydd, visir samt annan typ av skyddsutrustning under hela arbetspassen. Det har påverkat miljön för både personal och boende.

Arbetet med att förebygga och förhindra smitta och smittspridning har inneburit snabba omställningar, kompetensutveckling, implementering av nya arbetssätt och följsamhet till basala hygienrutiner. Nya checklistor och rutiner gällande Covid-19 har införts vid misstänkt smitta, konstaterad smitta, vid kohortvård, transport, dödsfall etc. Riskanalyser, handlingsplaner, individuella bedömningar har utförts. Lokala rutiner har löpande reviderats, implementerats, utvecklats och följts upp efter det att nya riktlinjer har tillkommit. Smittspårningen av både personal och boende har varit tidskrävande.

Sjuksköterskorna har upplevt att det ställts extra höga krav på deras kompetens när det inte funnits läkare på plats i början av pandemin vilket inneburit ett ökat ansvar gällande kliniska bedömningar gällande vårdnivå och samtal med anhöriga. Samverkan externt har skett via telefon, mail samt Skype kontakter som ersatt personliga möten. Vikten av tydlig kommunikation och säker informationsöverföring har varit i fokus under året. Extra säkerhetsmöten har införts varje morgon då avstämning skett gällande pandemin. Nya aktivitetstavlor har införts på ssk expeditionen för att snabbt få en överblick av situationen på verksamheten.

Kvalitetsuppföljning i Qusta

Qusta har genomförts på verksamheten. 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 under 2019 men inte under 2020. 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 hälsoplaner. Riskbedömningar av arbetsmiljön utförs i boendes lägenheter.

Apoteksgransning

Apoteket har granskat läkemedelshanteringen under hösten 2019 men granskningen har uteblivit 2020. Erstas MAS har vid uppföljning granskat nytt läkemedelsförråd samt läkemedel vid ett tillfälle. Förslag till förbättringar har åtgärdats i läkemedelsrum 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.

Vårdrelaterade infektioner

Sjuksköterskorna lämnar in månatlig hälso- och sjukvårdsstatistik och registrerar infektioner (antibiotikabehandlade bakteriella infektioner och utbrotsbenägna virusinfektioner) som redovisas till MAS. Verksamheten har arbetat utifrån myndigheternas och region Stockholms föreskrifter med följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och med rekommenderad skyddsutrustning.

Tydliga rutiner och påminnelse om rutin kring utbrott av covid samt Calici har genomförts. Verksamheten har inte haft utbrott av Calici under året.

Svenska palliativa registret

Alla dödsfall på verksamheten ska 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, lyftekning, 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 sjukgymanst 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 med undantag för 2020. 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.

Under 2020 har säkerhetsmöten införts varje morgon för att stämma av eventuell misstänkt smitta, bekräfrade fall av covid-19 hos boende samt personal.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risikanalys 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 och områdeschef.

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 facebookside 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

Egenkontroller

QUSTA

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen avseende hälso- och sjukvården användes kvalitetsinstrumentet QUSTA. Bedömningen är att verksamheten har förutsättningar att bedriva en god hälso- och sjukvård.

Verksamheten lyfter särskilt fram informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdspersonal och mellan baspersonal som en styrka samt att kvaliteten på dokumentationen har ökat och särskilt inom området vård i livets slut. Verksamheten lyfter även sitt arbete under pandemin som en styrka där man snabbt har omprioriterat och säkerställt kompetensen hos personalen och följsamhet till riktlinjer, rutiner och arbetsätt. Exempel på andra styrkor som identifierats är ett implementerat fallpreventivt arbete som bl.a. inkluderar styrkeoch balansträning samt preventivt arbete för att förebygga malnutrition. De utvecklingsområden som verksamheten har identifierats är utbildning inom området kontinens för både baspersonal och sjuksköterskor samt att implementera användning av validerat smärtskattningsinstrument vid bedömning av smärta. Sjukskötersketeamet är komplett vilket också ökat förutsättningarna. Verksamheten har till följd av pandemin haft ett pågående kvalitetsarbete utifrån nya behov, t.ex. inom området vård i livets slut. Däremot har pandemin till viss del påverkat verksamhetens förutsättningar och möjligheter att upprätthålla och utveckla tidigare identifierade områden. Inom vissa områden har sjuksköterskans ansvarsområde utökats, bland annat då uppsökande verksamhet inte kunnat genomföras vilket medfört att sjuksköterskans ansvar för munhälsan ökat.

Dokumentation

Egenkontroller har utförts i september månad. Den senaste dokumentationsgranskningen visade en ökad kvalitet på dokumentationen främst vad gäller hälsoplaner för vård i livets slutskede kopplat till ordinationer och åtgärder. Nya listor för egenkontroller och analys infördes i slutet av året 2020.

Verksamheten arbetar vidare med förbättringsområden som framkommer vid egenkontrollerna för HSL personal. Verksamheten kommer att arbeta vidare med att dokumentera utvärderingar av hälsoplanerna mer tydligt och på samma plats i vodok.

Delegeringar: Samtliga delegeringar är nu aktuella. Delegeringsrutinen uppdateras årligen och har kompletterats med en checklista för ssk. En nytt dokument för egenkontroller månadsvis har skapats för att säkerställa att delegeringar följs upp i rätt tid. Egenkontroll sker månadsvis och kontrolleras av enhetschef HSL.

Hygien Självskattningarna, observationerna visar att enheten har god följsamhet till basala hygienrutiner. Under 2020 har stort fokus legat på basala hygienrutiner och hantering och användning av skyddsmaterial för att förebygga och hindra utbrott av covid-19. Utbildningar i hygien har skett vid ett flertal tillfällen under året. Ett fortsatt utvecklingsområde som framkommit vid senaste observation är spritning av händer innan påtagande av handskar. Ett område som varit ett utvecklingsområde även under tidigare observation. Vid observationer sker en direkt återkoppling till personalen. Alla anställda genomför webb utbildningen i hygien en gång per år.

Hygienrund

En hygienrod utfördes hösten 2019. De sammanfattande rekommendationerna från hygienronden har setts över och har åtgärdats. Under 2020 har ingen hygienrund genomförts.

Medicintekniska produkter

Utbildningar i förflyttningsteknik och lyftkörkort har genomförts under året trots pandemin för att säkerställa att omvårdnadspersonalen har rätt kompetens. Egenkontrollerna har utförts gällande kontroll av hjälpmedel av rehabpersonal.

Teamarbete: Teammöten hade ett uppehåll under våren men togs upp som vanligt igen efter sommaren. Under 2020 har det införts fler men mindre möten i mindre grupper då vi har haft ett stort behov av tydlig kommunikation och informationsöverföring dagligen.

Senior alert: Registrering i senior alert har varit ett utvecklingsområde som nu har åtgärdats. Alla sjuksköterskor har kommit igång med registrering och nu finns alla 84 boende med i registret.

Infektionsregistrering:

Registrering sker varje månad. Under det senaste har det syntts en liten ökning av antal urininfektioner behandlade med antibiotika det senaste året, både vad gäller infektioner hos boende med och utan kateter. Vi kan se antalet pneumoni legat på en jämn nivå senaste två åren.

Till vårdrelaterade infektioner tillhör VRE, MRSA, ESBL och Hepatit. Antal boende med vårdrelaterade infektioner har minskat de senaste åren. Senaste året har vi haft en boende med en vårdrelaterad infektion men just nu har vi ingen.

PPM avseende blåsfunktion Två gånger under året har verksamheten genomfört och redovisat PPM avseende socialstyrelsens indikationer för blåsfunktion som visar att 98% av de som har en blåsdysfunktion har fått en basal utredning och att alla 98 % har fått individuellt utprovat

inkontinenshjälpmedel. Ett förbättringsområde som har åtgärdats är att alla med blåsdysfunktion har en hälsoplan kopplad till ordination och åtgärder. Fortsatt utvecklingsområde är att utvärderingar av blåsdysfunktion görs varje år eller vid förändring som en sammanfattning.

PPM gällande skyddsåtgärder

Inhämtad statistik visar att 86% av brukarna på Linnegården har beslut om skyddsåtgärd vilket är en ökning med 10% från föregående år (76%). Av dessa har 86% dokumenterade samtycken för skyddsåtgärd under rätt sökord. 73% har en hälsoplan som omfattar skyddsåtgärden. 43 % av skyddsåtgärderna gäller beslut om grind, 89% individuellt larm. Andel äldre som har en stående ordination bälte/grensele/brickbord är 7% dvs 5 stycken.

Trycksår:

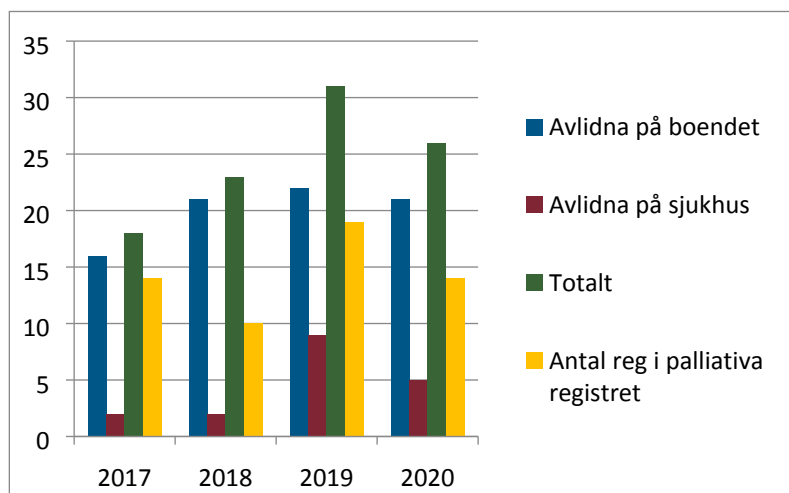
Enheten har haft några få trycksår på verksamheten under året grad 1-2. De flesta trycksår har läkts. Verksamheten arbetar vidare med smärtskattning vid trycksår samt förebyggande arbete för att förhindra trycksår samt att avvikelser skrivs vid trycksår.

Vård i livets slutskede:

Palliativa registret: Andelen registreringar i palliativa registret har uppgått till 14 st av 21st dödsfall registrerade (67%) vilket är en minskning från föregåendeår då 91% av dödsfallen registrerades. Orsaken har varit att vi haft längre sjukdomsperioder i ssk under pandemin i sskgruppen då de boende som avlidit på anvarig ssk plan ej blivit registrerade av annan ssk.
Åtgärd: Uppdaterad rutin för registrering i palliativa registret. Fortsatta egenkontroller enligt checklista för registret varje månad. Kontroll månadsvis av införda personer i registret.

På verksamheten finns flera palliativa ombud som arbetar med att utveckla rutiner för att förbättra och säkra vården i livets slut. Lokala rutiner för verksamheten har utvecklats under 2020. Ett nytt ombud har tillkommit under året. Vidare kommer fler ombud att utbildas.

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 helst vill somna in i sitt eget hem om de får välja. Antalet avlidna har sjunkit något 2020 i jämförelse med 2019, men vi ser samtidigt en ökning i jämförelse med 2017 och 2018 vilket vi tror beror på att de som flyttar in på äldreboenden blir allt sjukare.

Apoteksgranskning:

Kvalitetsgranskning görs två gånger per år. Den senaste granskningen 2019 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 narkotikahandling 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 har utförts under 2020. Rutinen för läkemedelshandling har uppdaterats under året och implementerats i ssk gruppen. Vi fortsätter att räkna antal missade signeringar och arbetar vidare för att förbättra oss och sätta in punktinsatser där det behövs. Vi har även byggt en ny ssk expedition och läkemedelsrum under 2020, köpt in nytt kylskåp och ökat säkerheten med läkemedelshandlingen totalt sett.

Riskbedömningar: Egenkontroller gällande riskbedömningar sker en gång per månad och visar att det finns fungerande rutiner för uppföljning. I nuläget är 100% av riskbedömningarna aktuella. ADL bedömningarna låg något efter precis efter pandemin men det är nu åtgärdat och alla bedömningar ligger i fas. Analysen visar att rutinen har implementerats väl på verksamheten. *Åtgärd:* Säkerställa att alla nyinflyttade får sina bedömningar gjorda inom två veckor även om omvårdnadsansvarig är sjuk. Fortsatta egenkontroller enligt checklista. Kontrollera checklista vid inflytt så att alla bedömningar görs inom 2 veckor.

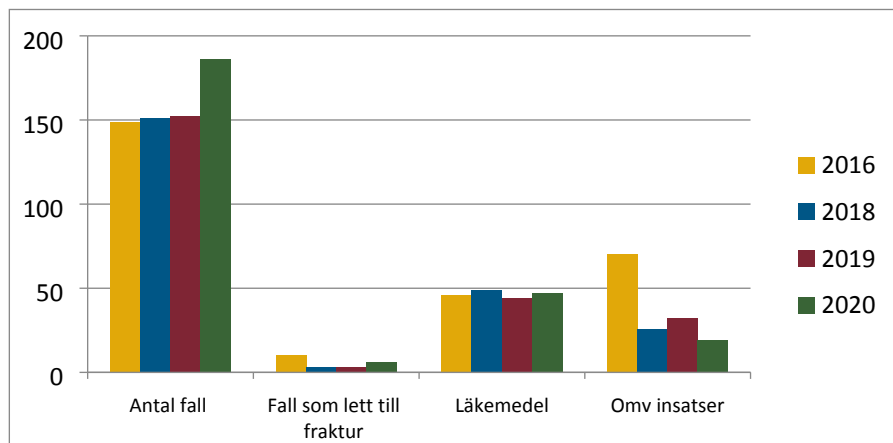
Sammanställning Linnegårdens riskbedömningar 2020- 01-14.

2020	Downton	MNA	Norton	Nikola	Roag	ADL
Totalt: 82	83	83	83	83	83	83
Totalt: %	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Avvikelser

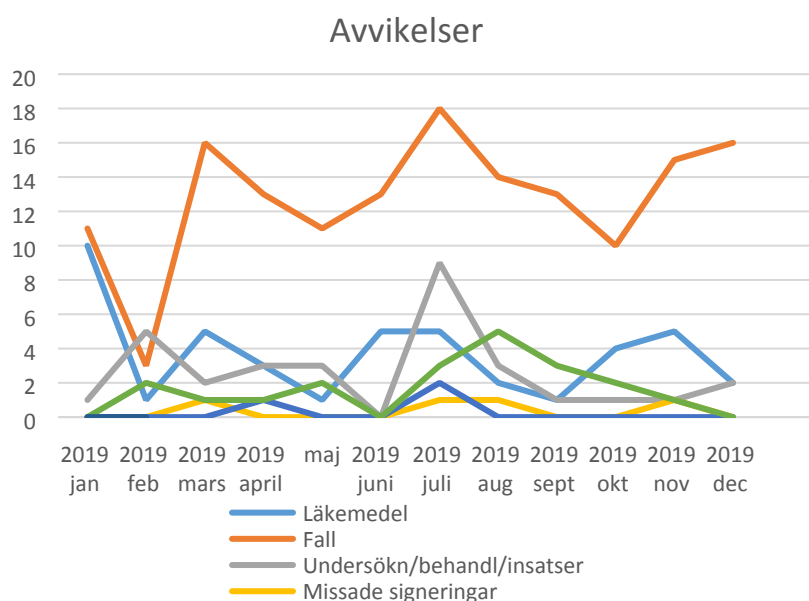
Under 2020 har totalt 181 fall rapporterats vilket är 31 fall mer än 2019. 6 av fallen resulterade i fraktur. En orsak till antal ökade fall är kopplat till en boende som stått för ca 25 fall vilket innebär att fallen de senaste fyra åren legat på en relativt jämn nivå. Antal ökade frakturer kan vara ett resultat av pandemin och ökad oro bland boende, antal aktiviteter har även påverkats av restriktioner som införts på verksamheten. Vi kommer att arbeta vidare 2021 med att öka antalet individuella och gruppaktiviteter för att förebygga negativa konsekvenser av covid-19.

Fall



Läkemedelsavvikelse ligger jämt senaste åren. Omvårdnadsavvikelse har minskat de senaste åren. Det kan bero på att vi fokuserat mycket vid fall och läkemedelsavvikelse men att vi även har lyft andra typer av avvikelser vilket har gjort att avvikelser hamnat under ett annat tema. Personalen har blivit bättre på att skriva avvikelser och att variera sig och lägga den under rätt tema. Vad vi kan det senaste året är att antal avvikelser gällande hygien och bemötande har ökat. Då handlar det mest om att vi ser en ökad medvetenhet över vad som är brister och som ska rapporteras.

Åtgärd: Verksamheten kommer att arbeta vidare med att uppmuntra och uppmåna alla medarbetare att skriva avvikelser. Vi kommer även att arbeta mer med utredningar och med återkoppling på avvikelser på planmöten och på APT.



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 trettiotal synpunkter och klagomål inkommit till verksamheten muntligt, via brev, telefon eller via mail. Klagomålen i år har i huvudsak rört besöksförbudet och de rutiner och riktlinjer som upprättats för att skydda våra äldre. Å ena sidan har det funnits missnöje hos några få anhöriga om att inte få träffa sina anhöriga eller besöka verksamheten som vanligt och som vid fleratal tillfällen brutit mot de rutiner som verksamheten satt upp för att säkerställa en god vård och omsorg. Å andra sidan har det då inkommit klagomål från andra anhöriga som uppmärksammat att någon anhörig som inte följt besöksförbudet eller hygienrutinerna trots tydliga rutiner. Ett flertal av de klagomål som inkommit har varit från samma anhöriga vilket har krävt mycket tid, engagemang i form av uppföljningar, samtal, möten och gemensamma och tydliga direktiv i hela personalgruppen. Övriga avvikelser som inkommit har gällt läkemedelshanteonr, bemötande, bristande insatser, bristande städning.

Synpunkter/klagomål sammanställs i ett dokument som analyseras av ledningsgruppen för att kunna se olika mönster och trender. Vad vi kan se är de flesta klagomål koncentrerade till några få anhöriga som inkommer med ett flertal avvikelser under året. Vill tillägga att vi under året även fått in många synpunkter och positiva kommentarer om verksamheten och hur glada anhöriga är att ha sina nära på Linnegården.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Under 2020 utfördes riskanalys inom följande områden:

- Riskbedömningar/analys samt handlingsplaner av arbetsmiljö i boendes lägenhet görs i samband med inflytt och vid eventuell förändring i boendes status.
- Riskbedömning och handlingsplan hissproblem Linnegården
- Riskbedömning och handlingsplan organisationsför- städtjänst
- Riskanalys för att säkerställa ssk bemanning samt patientsäkerhet under sommaren 2020
- Riskanalys inför covid-19 utbrott och för att förhindra smitta och smittspridning på verksamheten.

-
- Riskanalys och beredskapsplan vid oväntade händelser nattetid.
 - Riskanalys inför införande av vårdhund på verksamheten
 - Riskanalys inför införandet av tre nya gruppledare på Linnegården.
 - Riskanalys inför besöksstopp pga covid
 - Riskanalys inför införandet av planerade besök i verksamheten.
 - Riskanalys inför införandet av besöksvärdar
 - Riskanalys inför besöksstopps upphörande
 - Riskanalys inför upphörandet av besöksvärdar.
 - Riskbedömning och handlingsplan för att möjliggöra besök av anhöriga efter besöksstopps upphörande.
 - Riskanalys besöksstopp under smittspårning
 - Riskbedömning och handlingsplan hotfull anhörig
 - Riskanalys och handlingsplan inför jul och nyår 2020/2021
 - Riskanalys och handlingsplan för att säkerställa en trygg och säker vård inför eventuellt varsel

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 ska ha utförd munhälsobedömning (abbey pain) sista veckan i livet.
- Fortsatt arbete med patientsäkerhet och att förebygga och minimera risken för smitta och smittspridning av covid-19. Säkerställa att basala hygienrutiner följs på verksamheten, att skyddsutrusning används enligt aktuella rekommendationer, rutiner och riktlinjer.

-
- Alla boende med demensdiagnos ska vara registrerade i BPSD registret och ha en bemötandeplan.
 - Alla boende ska registreras i senior alert.
 - Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete med tydlig ansvarsfördelning samt dokumentation efter teamet.
 - Utveckling av digitalisering och digitala skärmar på varje plan där information från HSL kan skrivas upp.
 - Fortsatt arbete med egenkontroller samt analyser av egenkontroller
 - Utveckla palliativa vården ytterligare för omvårdnadspersonalen och sjuksköterskegruppen. Nya rutiner för arbetssätt för daglig planering med checklistor mm. Ombuden medverkar på nätverksträffar och för information vidare. Nya ombud ska utbildas under året. Nya palliativa ombud ska utbildas.
 - Säkerställ att alla nödvändiga HSL rutiner finns och är uppdaterade.
 - Fördjupning av arbetet med utvärdering av hälsoplaner på samma ställe i dokumentationen. 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 som utförs av ssk.
- Utbildning förskrivningsrätt för ssk

Intern samverkan

- Rapport kl 8:15 samt avstämning 11:30 ssk
- HSL möten en gång per vecka
- Kvalitetsforum en gång per månad
- Teammöten 3 ggr i veckan
- Säkerhetsmöten under fortsatt pandemi varje morgon
- 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.