



Stockholms
stad

Östermalms stadsdelsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse

Rio vård och omsorgsboende

År 2020

2021-02-26

Anna-Karin Moritz

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.....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Klagomål och synpunkter.....	10
Egenkontroll.....	11
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	12
Riskanalys.....	13
Utredning av händelser - vårdskador.....	13
Informationssäkerhet.....	14
RESULTAT OCH ANALYS.....	14
Egenkontroll.....	14
Avvikelser.....	19
Klagomål och synpunkter.....	23
Händelser och vårdskador.....	23
Riskanalys.....	24
Mål och strategier för kommande år.....	25

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. Under år 2020 har Covid-19 påverkat hela verksamheten ur flera olika perspektiv där stora omställningar fick göras på kort tid. Pandemin har även påverkat verksamheten så det planerade utvecklingsarbetet har fått stå tillbaka. Avsaknaden av fysiska ronder med ansvarig läkare som pågick från mitten av mars fram till midsommar medförde att sjuksköterskor via telefonsamtal med ansvarig läkare fick fatta svåra beslut.

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.

Antalet avvikelser i avvikelsemodulen har minskat med nästan hälften jämfört med tidigare år vilket till viss del kan härledas till att dåvarande kvalitetsansvarig sjuksköterska även sökte efter avvikelser i journalanteckningar samt till den situation som rådde tid under pandemin när ordinarie sjuksköterskor var frånvarande under långa perioder.

Det systematiska kvalitetsarbetet kommer att utvecklas vidare för att genom teamets analyser hitta den röda tråden i avvikelser. Teammöten och dokumentation ska fortsatt utvecklas med målsättning att bli en naturlig bas för personcentrerad vård kring den enskilde. Arbetsmetoden har redan påbörjats på vissa plan. Samtliga yrkesgrupper har deltagit i framtagandet i arbetsmetoden genom att ge synpunkter på vad det systematiska kvalitetsarbetet kan bidra med i den lärande organisationen. Sjuksköterskorna har blivit informerade om vikten av att de medverkar och deltar på kvalitetsrådsmöten. Flera utbildningsinsatser för samtliga yrkeskategorier genomfördes under året främst gällande basala hygienrutiner samt i kohortvård. Insatsen har visat att följsamheten till basala hygienrutiner (90,9%) och kunskap i hur kohortvård praktiseras har ökat markant vilket även var ett av de mål som verksamheten behövde säkerställa när pandemin tog fart på allvar.

Pga. av pandemin har endast två sjuksköterskestudenter genomfört sin tre veckor långa verksamhetsförlagda utbildning på Rio under vårterminen 2020. Under hösten samma år har verksamhetschef etablerat kontakten med Sophiahemmet för samverkan inför år 2021 för VFU praktik för studenter samt gällande föreläsningar (digitala) som

Rios sjuksköterskor kan få ta del av utan kostnad, vilket är en del av den kompetenshöjningsplan som skapats år 2020.

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.

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Ange hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år. Sträva efter mätbara mål och att strategier är kopplade till målen.

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:

Under året 2020 gjorde verksamheten att en genomlysning av korttidsavdelningen på Rio vård- och omsorgsboende. Fokus kom att ligga på att målen för den enskilde tydligt framgår av beställningen. En tvärprofessionell referensgrupp fick i uppdrag att arbeta med att identifiera mål och syfte från beställning och översyn av nuvarande rutiner som eventuellt behöver revideras efter genomlysningen. Problematiken handlar/handlade 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 kom även MAS att adjungeras. Vidare kom journalföringen att utvecklas utifrån den granskning som MAS/MAR har gjort.

I samråd med HoS personal fattades beslut gällande avvikelshanteringen om händelser av fall. Avvikelser 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 installerade 24 stycken takliftar som inköptes i slutet av år 2019. Besiktning av enhetsägda MTP produkter enligt årlig kontroll genomfördes i februari 2020.

Enligt de parametrar som redovisas i Palliativa registret tom 2019-12-31 behövdes åtgärder i syfte att utöka registrering av munhalsbedömning och smärtskattning. På Rio vård- och omsorgsboende fanns två sjuksköterskor med rollen som palliativa ombud. Under 2020 skulle mötestid anvisas för ombud i verksamheten så att kunskap spreds till övriga sjuksköterskor om vikten av att registrera i avsett register. Åtgärden fick stå tillbaka pga. den situation som rådde under den pågående pandemin.

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, tillsammans med legitimerad HoS personal fattade 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 har kontrollerats.

Verksamheten fortsätter 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 skedde under 2020. Utbildningen innehöll 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 beaktas.

Verksamheten kom även att under 2020 fokusera på den enskildes nutrition med hjälp av dietist som från december 2019 fanns 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 kom 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 anlätades kvällstid.

Organisation och ansvar

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

Rio vård- och omsorgsboende genomgick en omorganisation 2020-01-01 som innebar att verksamheten delades i tre enheter och som leds av tre enhetschefer med fullt ansvar. Syftet var att främja det nära ledarskap. Verksamheten har inte längre kvar den kvalitetsansvarig sjuksköterska som anställdes 2019. Verksamheten har en utsedd verksamhetschef för hälso-och sjukvård, enhetschefer, 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 utsedd verksamhetschef för hälso-och sjukvård. 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 leg. fysioterapeut att sammanställa statistik gällande de avvikelser som ska diskuteras på kvalitetsrådet. Enhetschefer och Verksamhetschef samverkar för att sammankalla till kvalitetsrådsmöten. Verksamhetschef ansvarar för att bevaka nya riktlinjer från MAS/MAR och uppdatering av lokal rutiner. Vidare hade verksamhetschef uppdragit för kvalitetsansvarig sjuksköterska att implementera den webbaserade utbildningen ”Jobba säkert med läkemedel” som ska genomföras av baspersonal en gång per år och föregår den delegering

som sker av sjuksköterska. Implementeringen av utbildningen slutfördes i början av 2020 och inkluderar nu även vidbehovsanställd baspersonal. Utbildningen är permanentad i verksamheten.

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 baspersonal 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.

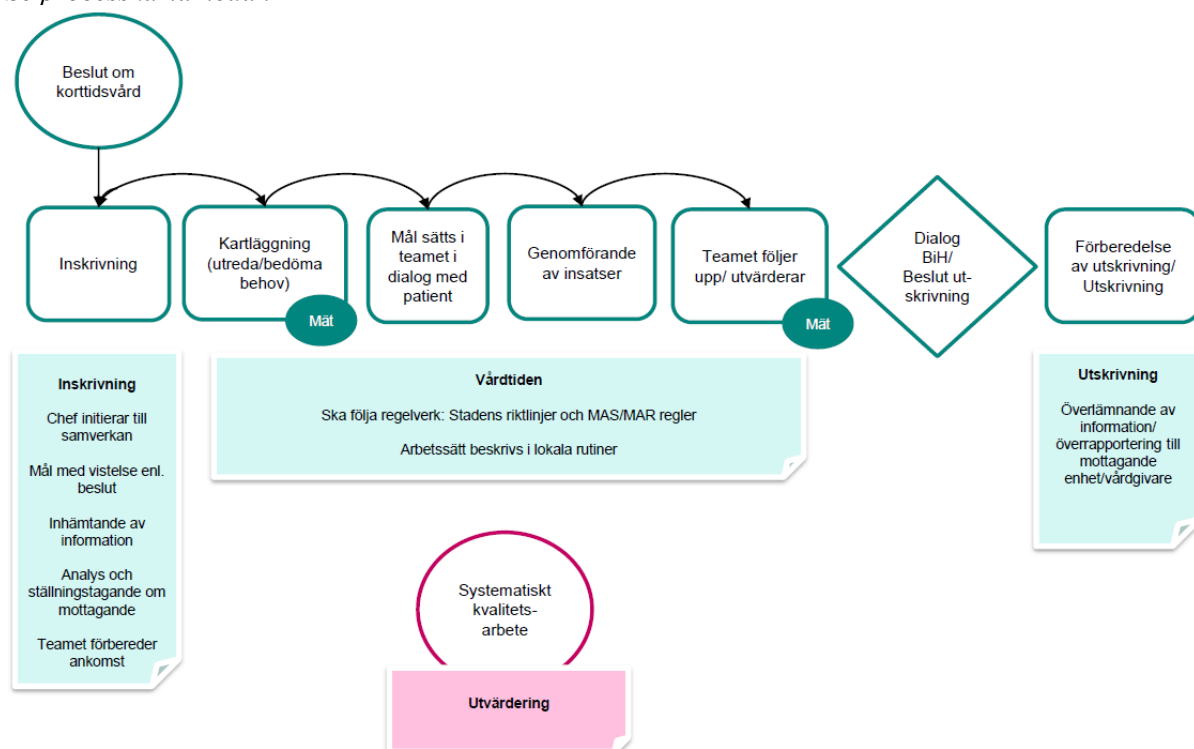
Lokal samverkan:

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 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. Oral Care står för uppsökande tandvård sedan september 2019. Verksamheten har även samverkan med Getinge för service och underhåll av disk- och spoldesinfektorer som finns i verksamheten. Även andra externa aktörer har anlåtats såsom städföretag.

Under hösten 2020 startades ett projekt i samverkan med avdelningsstödet på Östermalms sdf med hjälp av stimulansmedel, har ett projekt inletts med hjälp av stimulansmedel som ska medföra en ny

arbetsmetod. Målet är att Korttids/ HSL ska bedriva en verksamhet som är kvalitetssäkrad, effektiv och ger god och säker vård. Exempel på insatser inom detta område är att arbeta för att det finns medarbetare med kompetens för den vård som bedrivs på Korttids, HSL samt att medarbetarna arbetar tillsammans på ett optimalt sätt, utveckling för teamet och för respektive yrkesroll, främjande av interprofessionella arbetssätt och goda lärandemiljöer.

Se processkarta nedan



För att kunna arbeta i processen har beställarchefen informerat vidarebefordra vikten av att tydliga mål finns beskrivna i beställningen för den enskilde. I samband med projektet gjorde inköp av trivselhöjande produkter där den enskilde fick komma med förslag, vara delaktiga, om idéer med fokus på vad som öka trivsel och meningsfullhet under en vistelsetid.

Projektet fick pausas till viss del pga. pandemin men processen kartlades och rutiner och åtgärder togs fram. Referensgrupp bildades. Nytt datum för sjuösättning av projektet bestämdes till den 7 januari 2021.

Samverkan med kommun och region

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. Under år 2020 har avsteg från medföljare fått göras pga. de restriktioner som råder under pandemin, Covid-19.

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 inflyttningdagen, 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.

Under år 2020 har verksamheten pga pandemin även samverkat med Smittskydd Stockholm, Mobila smittspårningsteamet samt med Vårdhygien. Äldreförvaltningen har haft kontinuerliga och återkommande digitala möten i vilka utsedd verksamhetschef deltagit för att erhålla information och diskutera frågor gällande Covid-19.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vården ska innebära ett partnerskap mellan professionella yrkesgrupper och den enskilde, dess anhöriga där utgångspunkten är patientens berättelse om sin sjukdom och med den som utgångspunkt görs en gemensam vårdplan/ hälsoplan där parterna är delaktiga i processen med mål och strategier för genomförande och uppföljning både på kort- och lång sikt. Den enskildes delaktighet ska vara en grundläggande aspekt i arbetssättet/metoden och den enskilde ska så långt som möjligt inkluderas i alla vårdbeslut och processer.

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 omsorgboende 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. Under år 2020 har verksamheten erbjudit digitala möten alternativt via telefon pga de riktlinjer som förelagts oss under pandemin för att minska risken för smittspridning.

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 framtagen blankett som lämnas till tjänstgörande sjuksköterska, rehab eller chef. Leg. fysioterapeut har även bevakat fallolyckorna genom dokumentationen eftersom alla fallolyckor fortfarande inte registreras i avvikelsemodulen. Varje OAS har även som uppgift sedan i augusti 2020 att registrera avvikelser från avvikelsemodulen i särskild mall per våningsplan. Om en allvarlig händelse har inträffat ska verksamhetschef och MAS/MAR informeras omgående via ett telefonsamtal eller mejl. Avvikelseerna har sammanställts av leg fysioterapeut samt verksamhetschef månadsvis i ett dokument där avvikelseerna presenteras utifrån kategorierna fall, läkemedelshandling, övriga HSL-avvikelser (specifik omvårdnad/specifik rehabilitering) och vårdkedjan. Avvikelseerna presenteras våningsvis med datum och klockslag för händelsen, beskrivning av händelsen, konsekvens för patienten, trolig orsak till händelsen samt åtgärd. Statistik utifrån avvikelseerna 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 leg. Fysioterapeut någon dag innan kvalitetsrådet. Verksamhetschef beslutar om utredningen kan avslutas eller i fall fortsatt utredning behövs.

Kvalitetsrådet har haft möten varje månad förutom i november och december. 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 verksamhetschef avslutat dessa i avvikelsemodulen. 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 under år 2020

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.

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

Egenkontroll

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

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens. Resultat och analysen redovisas under rubriken resultat och analys.

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 framtagna mall
Läkemedelshantering Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av	1 gång i månaden	Narkotikajournaler Signeringslistor

administrerade läkemedel		
Läkemedelshantering Kontroll av utgångsdatum akuttläkemedelsförrådet	1 gång i månaden	
Delegeringar	2 gånger per år	Delegeringspärmar på ssk- expeditioner
Dokumentation	2 gånger per år	Vodok, Checklista – Kollegialgranskning/uppföljning av journal, Stockholms stad
Socialstyrelsens indikatorer för blås- och tarmdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (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 journalssystem Vodok 2.0
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalssystem 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

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. Journalgranskningar har

genomförts, likaså apoteksgranskning 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 2020. Kvalitetsrådet hade möten 10 gånger under året där avvikelser diskuterades. Teamarbetet 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. Förflyttningsutbildningar och delegeringsutbildningar har genomförts under året och personal har även gjort olika webbutbildningar så som Basala hygienrutiner och Jobba säkert med läkemedel. Den hygiengrupp som bildades under år 2019 och arbetar med hygienfrågor har utvecklats under år 2020 för att även inneha ansvar för att förråden på Rio vob följer en hygienisk standard. I samband med pandemin, Covid-19, skedde utbildningar i basala hygienrutiner, kohortvård samt hur skyddsutrustning används på ett korrekt sätt för att minska smittspridning. Utbildning har även skett gällande hur tagytor ska desinficeras i verksamheten för att minska smittspridning. Som ett ytterligare led för att minska smittspridning vidtogs restriktioner för personal att vistas på andra plan än på sitt ”hemplan”. Dörrarna mellan planens sidor har hållits stängda. I maj 2020 inrättades ett förstärkningsteam vars uppgift var att arbeta med kohortvård för de boende med smitta alternativt misstänkt smitta. Förstärkningsteamet består av undersköterskor som av verksamheten erhållit utbildning i kohortvård. I samband med att förstärkningsteamet infördes så beslutade utsedd verksamhetschef för hälso- och sjukvård att avdela en sjuksköterska vid konstaterad eller misstänkt smitta. Kombinationen av de båda besluten visade sig ha en avgörande och positiv effekt för att minska smittspridningen.

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. Pandemin har inneburit ytterligare riskanalyser i verksamheten såsom smittspridning,

prioriteringar av hälso- och sjukvårdsinsatser, kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, säkra besök vid utomhus och inomhusbesök och source control.

Utredning av händelser - vårdskador

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

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.

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 dokumenteras även i journalsystemet Parasol. Samverkan sker mellan sjuksköterska och enhetschef då avvikelser i SoL även kan inverka i den enskildes hälsotillstånd. Avvikelsen utreds och kommuniceras på kvalitetsrådet och så även på verksamhetens APT som sker enhetsvis. Avvikelser tas även upp initialt på våningsplanmöten i respektive enhet.

En allvarlig läkemedelsavvikelse har utretts av läkarorganisationen under året. En åtgärd till följd av läkemedelsavvikelsen ledde till ett förtydligande gällande signeringslistor i verksamheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Inför planerade driftstopp skrevs journalanteckningar och ”Att göra”-listor ut från Vodok. Under pandemin meddelades att verksamheten kunde hamna i ett läge där journalföring kunde göras via pappersjournal. Vid detta tillfälle skrevs journaler ut samt ”Att göra listor” ut. 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 minskat kraftigt under året. En anledning kan vara att kvalitetsansvarig sjuksköterska har slutat sin tjänstgöring. Kvalitetsansvarig sjuksköterska fångade upp ett stort antal avvikelser från journalerna som inte var införda i

avvikelsemodulen. Det har framkommit att sjuksköterskorna inte har kännedom om att trycksår som uppkommit under vårdtiden på Rio vob ska skrivas in i avvikelsemodulen. I dialog på kvalitetsråd framkommer emellertid att trycksår är ovanliga. Under år 2020 har tre ordinarie sjuksköterskor (av 6) avslutat sin anställning i samband med utbrottet av Covid-19 och verksamheten har i väntan på nyrekrytering använt sig av bemanningsföretag.

Vad gäller vårdrelaterade infektioner har urinvägsinfektioner varit mest förekommande följt av sårinfektioner. Influensa samt virusorsakad magsjuka förekom under början av året. Alla patienter som ville ha vaccination mot säsongsinfluensa vaccinerades snarast efter att vaccin blev tillgängligt i november.

Extern apoteksgranskning genomfördes under oktober månad. Brister är åtgärdade. Under året har avvikelser vid kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel förekommit. Åtgärder har vidtagits i samband med avvikelserna bl.a. tätare kontrollräkning, revidering av rutin av läkemedelshantering samt säkerställande av nyckelhantering samt polisanmälan.

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 signaturförtydliganden saknades samt en del uppgifter som inte får delegeras enligt riktlinjen behövde tas bort. Avvikelser i uteblivna signeringar har kontrollerats av omvårdnadsansvarig sjuksköterska en gång per månad och trenden är att avvikelserna minskar förutom under sommarmånaderna. Att det finns fler vikarier i verksamheten under denna period kan medföra att antal missade signeringar ökar. Ledning ansvarar för att timvikarier får rätt utbildning och rätt introduktion.

EGENKONTROLL AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDOKUMENTATION

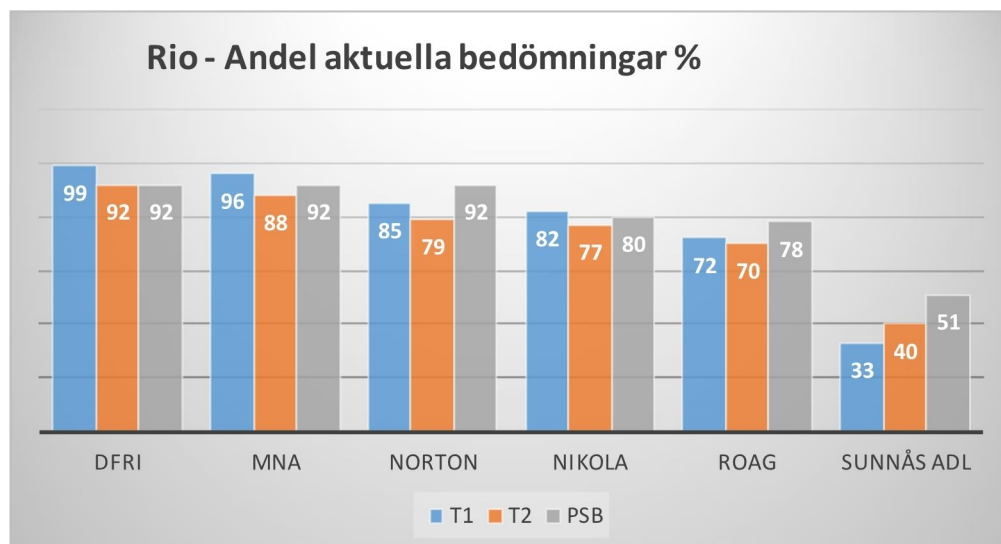
Kollegial granskning har genomförts under året vilket innebär att hälso och sjukvårdspersonal granskar ett antal journaler och analyserar resultatet. Utifrån granskningarna kan man identifiera vilka områden som behöver utvecklas. Identifierade styrkor är att planer upprättas i hög grad för patienter med risk eller problem.

Granskningen visar dock på ett fortsatt utvecklingsbehov i strukturerad dokumentation som följer hela vårdprocessen.

Verksamheteten har dokumentationshandledare och hälso-och sjukvårdsteamet träffas regelbundet för samverkan och stöd i dokumentationssystemet. Nya rutiner kring teammöten lägger större fokus på patientcentrerat och teambaserat arbete, som blir synlig i patientjournaler.

Ingen granskning genomfördes under vecka 11-12 under utbrott av pandemin. Nuvarande sammanställning innehåller därför en återkoppling till granskning från i höstas 2019.

Punktprevalensmätning av givna indikatorer genomfördes två gånger under året 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. Kontinensområdet är ett identifierat utvecklingsområde och sjuksköterskorna behöver få möjlighet att höja sin kompetens. Vad gäller skyddsåtgärder var dokumentation om samtycke och hälsoplaner kring detta mycket bättre genomförda och riktlinjerna följdes i de flesta fallen.

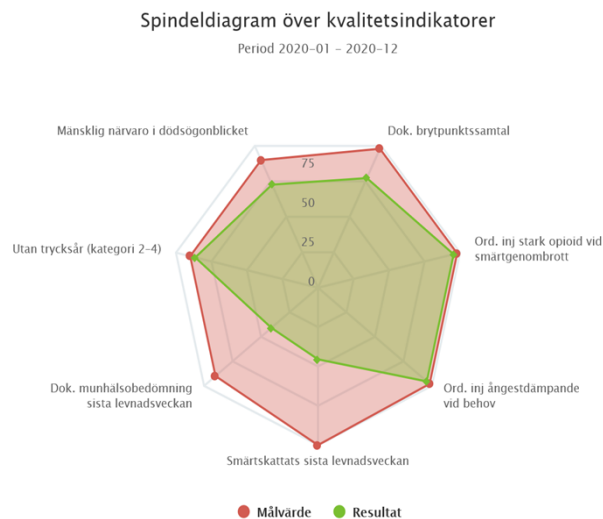


Kontrollen (se ovan figur) visar hur stor andel av boende som hade aktuell bedömning (ej äldre än 12 månader) vid tre tillfällen under året. Kan delvis visa att andelen sjönk mellan april och juli för att sedan öka för de flesta riskbedömningar – medan ADL fortsatt öka även om andelen generellt är något låg.

I ovanstående tabell ingår inte Korttidsvården.

Registreringar i Palliativa registret har kontrollerats en gång under året och har ökat från 75 % till 88 %. De vanligaste bristerna handlar om att man inte använder en mätskala för smärtskattning under den sista levnadsveckan (används i 45,5 % av dödsfallen) och att dokumentation av munhälsobedömning under den sista levnadsveckan saknas (dokumenteras i 40,9 % av dödsfallen). Användning av mätskala för smärtskattning har minskat från 62 %, och dokumentation av

munhälsobedömning har ökat något från 38 % jämfört med året innan. Målvärden för dessa områden är 100 respektive 90 %. Se bild nedan.



Detta är en modifierad rapport

Registreringar i Senior Alert har påbörjats på samtliga avdelningar men har ej genomförts fullt ut på grund av brist på kontinuitet då flera avdelningar har periodvis saknat omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Även det extra arbete som pandemin har medfört kan förklara att registrering inte har kunnat prioriteras.

Observationer i följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes våren, sommar och senhöst 2020. PPM mätningen inkluderar 66 personer som var i tjänst de aktuella arbetspassen, både natt- och dagpersonal. 90,9% uppvisade korrekt följsamhet i samtliga steg. Det positiva resultaten kan direkt korreleras till de omfattande utbildningsinsatser som skedde under pandemin.

Den hygiengrupp som bildades 2019 har under år 2020 fungerat som ambassadörer i följsamheten gällande hygienfrågor inom verksamheten.

Avvikelser

Falloolyckor 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. Några fall ledde till sjukhusbesök där fraktur kunde konstateras. 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.

Under sommaren uppdagades även att flera fall skedde i efter lunchtid. Vid sammanställning och analys i kvalitetsrådet framkom att patienter som vanligtvis brukar vila efter måltiden inte erhållit vila. Rutinen diskuterades på kvalitetsråd och infördes återigen. Vidare framkom att fall på våningsplan med inriktning demenssjukdom ökat vid inflyttning. Fallen var inte korrelerade till den nyinflyttade personen, personal kunde beskriva att en viss oro infann sig för övriga patienter på våningsplanet. På kvalitetsrådet har vikten av att upprätta handlingsplaner poängterats.

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. Vikten av tydlighet i samband med rapportering har betonats och sjuksköterskegruppen har fått utbildning i SBAR (Strukturerad kommunikation).

En orsak till avvikelser i vårdkedjan har varit brister i överrapportering om läkemedel. Några exempel är att patient haft olika utskrivningsdatum från biståndshandläggare och boendesamordnare, felaktig journalanteckning har skett dels inom organisationen samt journalanteckning som gällde annan patient i annan stadsdel. Felaktig överrapportering av hjälpmedel från SLV. Bristande överrapportering av läkemedel från SLV till korttidsavdelning.

Avvikelser gällande specifik omvårdnad har handlat om skyddsutrustning som har hanterats felaktigt samt brister i följsamheten av rutinen ”Att göra listan”.

Två avvikelser har skrivits gällande trycksår. Åtgärder är vidtagna för att händelserna inte ska upprepas.

Vikten av att kommunikation och informationsöverföringsöverföring sker på ett säkert sätt diskuteras fortlöpande både i kvalitetsrådet och vid verksamhetsmöten.

Avvikelse	Antal	Exempel på förbättringsförslag
Fall	132	Dialog med personal på verksamhetsmöten
Läkemedel	23	Vikten av följsamhet till signering av givna läkemedel..
Specifik omvårdnad	7	Kompetenshöjning
Specifik rehabilitering	0	
Vårdkedjan	11	Avvikelse skriven enligt rutin
Vårdrelaterade infektioner	0	
Trycksår	2	Åtgärd är vidtagen för att hindra att händelsen upprepas

Klagomål och synpunkter

Verksamheten har inte tagit emot något klagomål eller någon synpunkt inom området hälso-och sjukvård.

Händelser och vårdskador

I verksamheten har ytterligare två händelser utretts enligt lex Maria. Den ena händelsen gällde en avvikelse om missad läkemedelsdos i samband med att patienten bytte vårdnivå. Åtgärder som vidtogs till följd av utredningen var revidering av lokal rutin för läkemedelshantering. Den andra händelsen handlade om smittspridning inom en avdelning. Åtgärder som vidtogs i samband med händelsen var att utöka och utbilda förstärkningsteamet samt ta fram rutiner för att säkra arbetssättet i kohortvård. Ingen av händelserna ledde till anmälan om Le Maria till IVO.

Risikanalys

En riskbedömning gjorde (den 6 mars) och utgjorde ett instrument för att säkerställa patientsäkerheten under risk för pandemi, bl.a. vad gäller kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal och delegerad omsorgspersonal, tillgång till digitala system för vikarier. Tre scenarion beskrevs; enstaka fall av smitta, flera fall/flera plan, stor spridning både till personal och patienter.

Vid pandemins start gjordes en riskanalys av vilken minimibemanning som kunde accepteras för samtliga yrkeskategorier för att inte riskera patientsäkerheten.

För att minska risken för smittspridning inom äldreomsorgen kom Folkhälsomyndigheten (2020-05-07) med en rekommendation att som ett komplement överväga användning av visir alternativt munskydd i vårdssituationer där personalen ej kan hålla rekommenderat avstånd >2 meter.

(Stockholms stad bekräftade i en presskonferens (2020-05-08) att personal inom hemtjänst och vård- och omsorgsboenden skulle börja använda visir i vårdnära arbete.)

”Regional särskild sjukvårdsledning har tydliggjort smittförebyggande åtgärder för äldre inom vård och omsorg med anledning av Folkhälsomyndighetens rapport ”Åtgärder för att minska smittspridning av covid-19 från personal till äldre brukare och patienter” 2020-05-09. Om man efter riskbedömning anser att dessa åtgärder inte är tillräckliga kan ytterligare tillägg vidtas för vårdmoment nära ansiktet. Det kan då övervägas att all personal använder heltäckande visir för att minimera risken att symptomfri personal smittar vårdtagare. Om visir saknas används munskydd IIR. Det är verksamhetschef i samverkan med medicinskt ansvarig som gör en riskbedömning och beslutar om detta tillägg.”

Liksom tidigare år gjordes en riskanalys för bemanning av sjuksköterskor under sommarperioden vilket 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 pga. den pågående pandemin 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 av inhyrda sjuksköterskor. Verksamheten fick hjälp och stöd från äldreomsorgen på Östermalms sdf med rekrytering av såväl timvikarierande sjuksköterskor som av sjuksköterskor från bemanningsföretag så att en god kontinuitet kunde uppnås och att patientsäkerheten kunde säkerställas.

Riskanalys source control

För att minska risken för smittspridning av covid-19 inom vård och omsorg rekommenderade smittskyddsläkaren i Region Stockholm starkt att all personal alltid använde heltäckande visir och vätskeresistent kirurgiskt munskydd IIR kontinuerligt under hela arbetspasset, även i personalutrymmen. Rekommendationen gäller från 2020-12-11 och anpassning kan ske efter lokal riskbedömning i den egna verksamheten.

Riskanalys säkra besök för att minska smittspridning.

Besöksförbudet hävdades den 2020-10-01 och för att besöken skulle bli säkra utifrån risk för smitta av virus gjordes denna riskbedömning och åtgärdsplan. Underlag för riskbedömningen är Socialstyrelsens föreskrift och Folkhälsomyndighetens stöd och vägledning. Målet är att besöken inte ska leda till smittspridning i verksamheten och syftet med riskbedömningen och åtgärdsplanen är att vara förberedd och vidta åtgärder för att uppnå målet.

Risikanalyser jul och nyår 2020 bemanning av hälso-och sjukvårdspersonal

Analysen syftade till att säkerställa patientsäkerheten under semesterperiod då timvikarier bemannade arbetspass under OAS ledighet.

Mål och strategier för kommande år

Under våren 2021 kommer den arbetsmetod på Korttidsavdelningen som tidigare beskrivits i texten ovan, att permanentas efter att projektet avslutas i april.

Regelbundna dokumentationsträffar är schemalagda varannan måndag så att HoS gruppen kan upprätthålla och utveckla kompetensen inom dokumentation i Vodok.

Verksamheten kommer att fortsätta implementeringen av SBAR i två syften.

1. Säkerställa arbetssättet hos sjuksköterskorna som erhållit introduktionsutbildning.
2. Utbilda övrig personal i verksamheten i SBAR.

Fortsätta arbetet som påbörjades på sjuksköterskans utbildningsdag, den 15 oktober 2020, med att tydliggöra roller och ansvar utifrån sin legitimation samt utveckla förmågan att leda sig själv.

Kompetenshöjning kontinens: Undersöka intresset av att gå en utbildning Inkontinens och inkontinensvård, 7,5 poäng. Det finns bl.a. på Linköpings universitet, högskolan i Skövde Forskrivning av hjälpmedel vid kontinens och diabetes, 7,5 poäng.

Mål:

1. Att alla sjuksköterskor ska ha reell kompetens inom området (behöver inte utesluta att man strävar efter formell kompetens hos någon/några).
2. Att alla patienter med blåsdysfunktion ska ha en aktuell basal utredning och hälsoplan.

Aktiviteter:

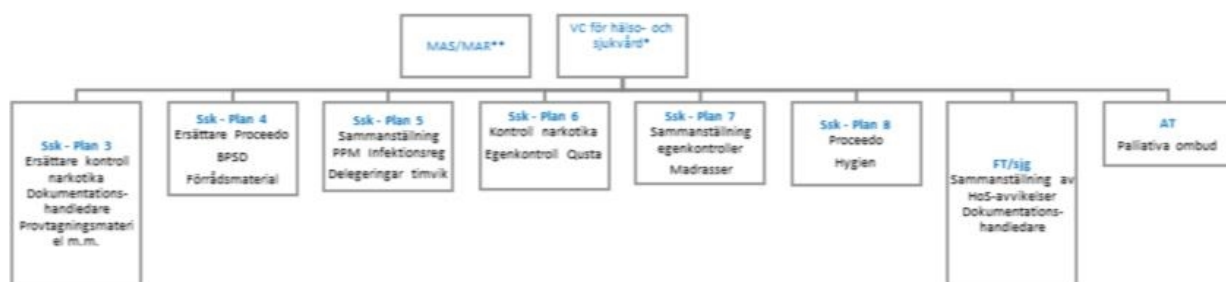
1. SoS' utbildning Forskrivning av förbrukningsartiklar/Exempel på forskrivning av inkontinensskydd

2. Utvecklingsdag för hälso- och sjukvårdspersonalen med kontinensområdet som tema.
 - Basal utredning och utprovning av inkontinensskydd enligt Nikola
 - Informera patienter och handleda personal.
 - Dokumentation; hälsoplan och uppföljning
3. Sjuksköterskor utbildar baspersonalen på ”sitt” plan i de delar som de involveras.

Måluppfyllelse:

Mätning två gånger per år genom MAS/MAR PPM-mätning av hälso- och sjukvårdsindikatorer där området blåsdysfunktion ingår.

Fördela arbetsuppgifter inom HoS gruppen för att skapa en tydligare struktur och ansvarsfördelning som gagnar exempelvis uppföljningar och kvalitetsarbete.



Arbetsuppgifter att fördela som inte är kopplat till OAS-ansvaret:

- Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel akutläkemedelsförrådet
- Akutläkemedelsförrådet, t.ex. beställa läkemedel
- Beställa förråd (specifikt förråd omläggingsmateriel, provtagningsmateriel, osv)
- Dokumentationshandledare
- Palliativa ombud
- Sammanställa statistik för och meddela VC när det är klart;
 - ✓ PPM-mätningar HoS-indikatorer - 2 ggr per år
 - ✓ Infektionsregistreringen - 1 ggr per år
 - ✓ Egenkontroller utifrån lokal rutin - enligt schema fördelat över året
 - ✓ Statistik över avvikelser fall, läkemedel, övriga HoS-avvikelser – 1 ggr per månad
 - ✓ Egenkontroll Qusta

-
- ✓ Madrasser
 - ✓ Delegeringar timvikarier baspersonal
 - ✓ Använda delegeringsmodulen

Öka andel registreringar i palliativa registret. Det 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 2021 kommer mötestid anvisas för ombud i verksamheten så att kunskap sprids till övriga sjuksköterskor om vikten av att registrera i avsett register.

Utveckla det systematiska kvalitetsarbetet gällande avvikelshantering-teammöten-kvalitetsråd för att skapa en lärande organisation.

Hygienrond kommer att genomföras under år 2021.