



Patientsäkerhetsberättelse

Kampementet, 2021

A&O AB

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse.....	1
Sammanfattning	3
Inledning.....	3
Overgripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patient och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	8
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll.....	10
Process.....	11
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	11
Risikanalys.....	12
Utredning av händelse-vårdskador	12
Informationssäkerhet	13
Resultat och analys	13
Läkemedelshantering.....	13
Kvalitetsregister	14
Dokumentation	14
Vård i livets slut	14
Inkontinens.....	14
Munhälsa	15
Vårdhygien och smittskydd.....	15
Nattfasta	16
Delegering	16
Kontroll MTP	16
Rutiner.....	16
Introduktion av ny HSL-personal.....	16
Qusta 16	
Avvikelser	17
Klagomål och synpunkter.....	17
Händelser och vårdskador	18
Riskanalys	18
Mål och strategier för kommande år.....	18

Sammanfattning

Kampementets vård -och omsorgsboende är ett vårdboende på Östermalm, nära Gärdets grönområde i Stockholm. Verksamheten drivs av A&O AB på uppdrag av Stockholmstad, Östermalms stadsdelsförvaltningen.

Vårt systematiska patientsäkerhetsarbete grundas på gällande lagar och regler som styr hälso- och sjukvården. Vårt mål har varit att stärka sjuksköterska gruppen och genom att omfördela ansvarsområde och fortsätta vårt utvecklingsarbete utifrån resultatet från egenkontroller. Under året har även den lokala ledningsgruppen fått en ny sammansättning.

Under året 2021 har patientsäkerhetsarbetet präglats mycket av den fortsatta pågående Covid-19 pandemin. Verksamheten har lyckats begränsa smittspridning genom vaccination, sources control och följsamhet till basala hygienrutiner.

Tillsyn och oanmälda besök har genomförts av uppdragsgivare, Östermalms stadsdelsförvaltning. Uppföljning och egenkontroller har skett löpande under året. Åtgärder och handlingsplaner har upprättats utifrån identifierade brister och risker inom verksamheten.

Patientsäkerhetsarbetet har drivits genom pågående förbättringsprocesser på områden som läkemedelshantering, nutrition, munvård, basal hygien, bemötande och omsorg, palliativ vård, sårvård, fallprevention, dokumentation. Genom egna interna observationer och analyser, egenkontroller och utomstående granskningar identifieras särskilt prioriterade områden.

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.

Kampementets vård- och omsorgsboende har som verksamhetsområde att bedriva särskilt boende inriktat mot äldre. Det förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys och återföring. A&O som

driver Kampementets vård- och omsorgsboende arbetar utifrån det nationella ramverket för patientsäkerhet framtaget av SKR och företagets egna årshjul för kvalitetssäkring samt uppföljning.

Ramverk specificerar tre viktiga perspektiv för en säker vård, vilka är att hälso- och sjukvården ska vara,

- Patientfokuserad,
- Kunskapsbaserad,
- Organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård.

Overgripande mål och strategier

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

Ansvar och omsorg arbetar utifrån vision värme, omtanke och trygghet och strävar efter att kännetecknas för en patientsäkerhetskultur där vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande verksamhet.

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. Vi vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete. Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och kan åtgärdas.

Övergripande mål för A&O	Verksamhetsmål
<ul style="list-style-type: none"> ✚ God patientsäkerhetskultur i vården ✚ Boende ska vara delaktig i sin vård, behandling och omsorg ✚ Rätt kompetens vid rätt tillfälle 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Arbeta utefter A&O:s rutiner och policys ✚ Dokumentation: Arbeta aktivt med att upprätta, följa och utvärdera vårdplaner utifrån boendes behov. ✚ Säker journalföring, följa gällande lagar ✚ Uppdaterade och lokalanpassade rutiner i verksamhetsstödet. ✚ Säkerställa att uppgifterna i patientjournalerna är entydiga men även säkerställa att nödvändiga uppgifter finns. ✚ Aktuella vårdplaner utifrån identifierat behov, problem. <p>Kvalitetsregister</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ SeniorAlert, samtliga boende ska skattas i SeniorAlert ✚ Palliativa registret, samtliga avlidna ska registreras i palliativ register ✚ BPSD, samtliga boende med BPSD problematik ska skattas i BPSD registret.

Organisation och ansvar

Verksamhetschef har i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763) 29§ det samlade ledningsansvaret för verksamhetens hälso- och sjukvård. Verksamhetschef delegerar olika specifika ansvarsområden till enhetschef utifrån kompetens. Enhetscheferna ansvarar för handläggningen och bearbetningen av avvikelser inom sitt uppdragsområde inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Intern MAS ansvarar för uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och är anmälningsansvarig.

Ansvarig läkare har gentemot boende ett övergripande ansvar för vård och behandling. Ansvarig läkare utgår från läkarorganisationen Capio/Legevisitten.

Legitimerad sjuksköterska ansvarar för att utifrån sin profession känna till och arbeta efter HSL och socialtjänst lagen (SoL) samt företagets värdegrund. Leg. sjuksköterska ansvarar för att följa rutiner fastställda utifrån Stockholms stads och AO:s styrande dokument samt för att rapportera avvikelser och vara behjälplig i bearbetning. Leg. sjuksköterska ansvarar vidare för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering. Leg sjuksköterska ansvarar även för att delegera inom sitt kompetensområde hälso- och sjukvård och följa upp delegering enligt fastställda rutiner.

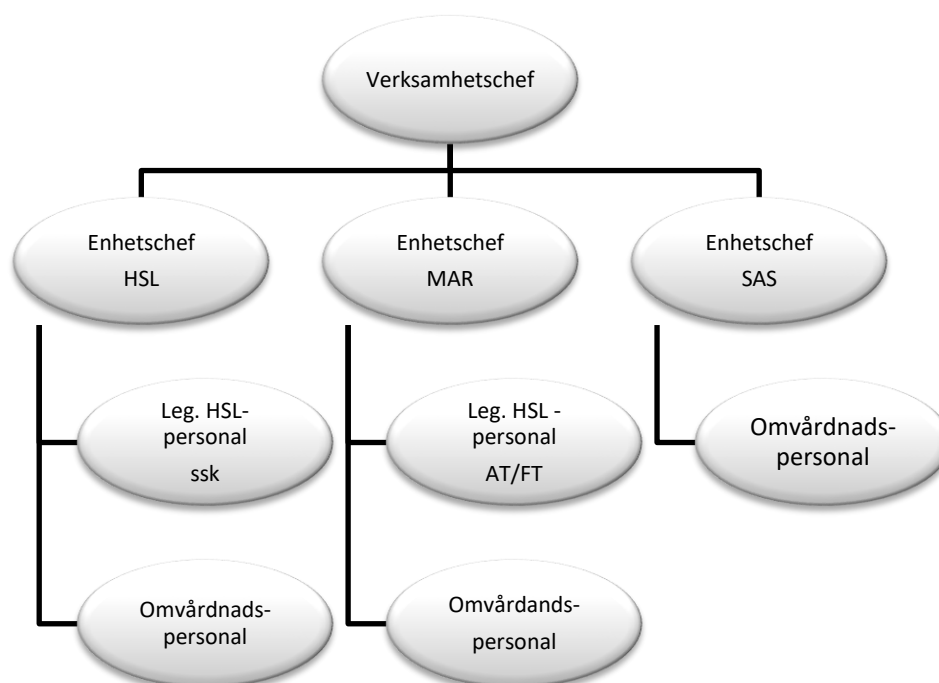
Legitimerad arbetsterapeut och legitimerad fysioterapeut ansvarar utifrån respektive yrkesprofession för att varje boendes behov av rehabilitering och/eller bibehållande av funktioner tillgodoses. Leg. arbetsterapeut och leg. fysioterapeut ansvarar för att arbeta utifrån externa såväl som interna styrande dokument, samt att rapportera avvikelser och vara behjälpliga att följa upp de avvikelser som faller under respektive profession. Leg. arbetsterapeut och leg. fysioterapeut ansvarar för att nyanställd personal tillgodogörs den kunskap, vilken bedöms relevant utifrån den avsedda personalens profession, avseende hjälpmedel, dess användande och arbets sätt. Leg. arbetsterapeut och leg. fysioterapeut ansvarar även för att följa upp att användningen av hjälpmedel samt att de utlärdas arbetsteknikerna fullbordas på ett patientsäkert sätt.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt där Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen tillsammans med AO:s värdegrund och vision ligger som grund för bemötande och förhållningssätt. Vård och behandling regleras utifrån gällande lagstiftning och ska baseras på kunskap och beprövad erfarenhet.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter, exempelvis inom HSL, fullbordas enligt instruktion och fastställda krav och rutiner.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att rapportera eventuella avvikelser utifrån de områden som ligger inom ramarna för professionen.

Organisationsbild för systematisk patientsäkerhetsarbetet



Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Kampementet och Capio Legevisitten AB har ett samverkansavtal som reglerar läkarorganisationens uppdrag för samtliga boende på Kampementet. I avtalet regleras omfattning och innehåll för läkarinsatserna, såsom tillgänglighet, uppföljning av behandling, läkemedelsanvändning medicinsk vårdplanering och årliga läkemedelsgenomgångar. Samverkansavtalet underlättar tydlighet och ömsesidighet i samarbetet. Samverkansmöten mellan läkarorganisation och Medicinsk Ansvarig Sjuksköterska (MAS) sker, dessa möten bidrar till att stärka patientsäkerheten.

Läkare samverkar främst med ansvariga sjuksköterskor som kommer till Kampementet för rond, hembesök tisdagar hela dagen och onsdagar halva dagen. Övrig kontorstid nås läkare på telefon. Vid livets slutskede har patientansvarig läkare s.k. brytpunktssamtal med den boendes närstående för att tydligt fastställa vilka insatser som kan utföras på enheten. Patientansvarig läkare finns alltid tillgänglig på Kampementet när sjuksköterskor genomför vaccinationer. Samverkan sker även kring årliga läkemedelsgenomgångar.

Samverkan med uppdragsgivare

Verksamhetschefen har regelbunden samverkan med uppdragsgivare Östermalms stadsdelsförvaltning som löpande följer upp kvalitet och säkerhet i verksamheten. Verksamhetschefen deltar vid de samverkansmöten som uppdragsgivare har kallat till. Synpunkter och klagomål hanteras alltid med full insyn av uppdragsgivare. Det har skett en snabb återkoppling då händelser inträffat eller synpunkter/klagomål från boende eller närstående har inkommit.

Samverkan kring bedömning av munhälsa och uppsökande tandvård
Oral care kommer regelbundet till boendet. Tandvårdsintyg utfärdas efter individuella bedömningar av sjuksköterska.

För samverkan kring medicinsk fotvård finns avtal med en medicinsk fotvårdsspecialist som kommer till boendet vid behov.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Vid välkomstsamtal när ny boende flyttar in samverkar sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omsorgspersonal. Vårdplaner upprättas utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Patient och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Boendes/ patientens och närståendes delaktighet är viktig för att skapa förutsättningar till en god och säker vård. Patienten och närstående erbjuds därför möjlighet att medverka i samband med upprättande av vårdplaner, genomförandeplaner samt att utforma hur åtgärder utförs på bästa sätt för den enskilda individen. Grunden till detta arbete inleds direkt i samband med inflyttning då boende och närstående bjuds in till ett välkomstmöte som initieras av sjuksköterska och utsedd kontaktperson.

Utöver detta inbjuds till boenderåd samt anhörigträffar som anordnas inom verksamheten. Patienterna och närstående erbjuder även möjlighet till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar i enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Informationen ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

I Ansvar och omsorgs verksamhetsstöd framgår informationskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Samma skyldighet gäller även att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande enligt socialtjänstlagen, vilket framgår i separat rutin. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys.

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

Klagomål och synpunkter

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

Boende, patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten via formuläret, "hjälp oss bli bättre". Verksamheten tar även emot synpunkter och klagomål som lämnats av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

Även inkomna synpunkter och klagomål sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystemet Verksamhetsstöd
Rapportering i kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert BPSD Palliativa registret
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	1 gång per månad	Narkotika journaler och följesedlar
Läkemedelsgenomgång	1 gång per månad	Journalgranskning
Vårdrelaterade infektioner	månadsvis	PPM-databasen
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år	Protokoll
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Inkontinens ombudsmöte	3 gånger per år	Protokoll
Dokumentations ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Palliativa ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Kost ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	SeniorAlert
Nattfastemätning	2 gånger per år	Protokoll
Kvalitetsråd	1 gång per månad	Protokoll
Kontroll medicintekniska produkter	1 gång per år	Protokoll
QUSTA	1 gång i år enl. överenskommelse	protokoll

Process

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Verksamhetsstöd- för att synliggöra aktuell information, rutiner och arbetsprocesser

I ett led att förenkla, attrahera och tydliggöra verksamhetens innehåll och ansvarsområden slutfördes införandet av ett nytt verksamhetsstöd 2021. Arbetet har och kommer att fortlöpa med att tillgängliggöra lokalt anpassade rutiner samt digitalisera underlag för bland annat egenkontroller.

Åtgärder för en säker läkemedelshantering

Under året identifierades brister kopplat till säker läkemedelshantering, vilket har medfört upprättande av handlingsplan och pågående åtgärder.

Följsamhet till basala hygienregler, Source Control och arbetssätt för att minska smittspridning

Under året har återkommande uppföljningar och kontroller gjorts i syfte att stärka följsamhet till Source Control och minska risken för smitta inom verksamheten. Arbetet har skett genom återkommande information, tillgängliggöra utbildningar samt närvarande ledarskap. Åtgärderna har bedömts nödvändiga och behöver återupprepas utifrån personalomsättning under den fortsatta pågående pandemin.

Ytterligare åtgärder har varit,

- ✚ Kohortvård under de förutsättningar som finns på ett äldreboende.
- ✚ Dagliga uppföljningar source kontroll

Kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Verksamheten har under året fortsatt med personalkompetensutveckling.

- Fortlöpande webbaserade utbildningar såsom basala hygienrutiner.
- Samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning i Covid-19 samt hantering och användning av skyddsutrustning.
- Flertalet genomfört webbutbildningar i värdegrundstrappan
- Fortsatt registrering i nationella kvalitetsregister

Arbete med teammöten

Varje avdelning har så kallat TEAM- möte, omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och rehab. Mötena genomförs har genomförts regelbundet för varje boende med en systematisk genomgång efter dagordning. Detta skapar en gemensam målbild och omvårdnaden blir strukturerad.

Dagliga morgonrapporter

All legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal tillsammans med enhetschefer är med. Där ges kort information om status och eventuella insatser.

Risicanalys

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

Arbetet att upprätthålla en trygg och säker vård och boendemiljö inom verksamheten sker på flera olika nivåer. Övergripande och förebyggande används företagets kvalitetsledningssystem för att upprätta riskbedömningar och handlingsplaner för kända och återkommande riskområden som finns inom verksamheten som till exempel,

- Systematiskt brandskyddsarbete
- Smitta och smittspridning
- Följsamhet till basala hygienregler
- Hot och våldssituationer

I september 2021 antogs en ny övergripande rutin för hantering av hot, våld, trakasserier eller kränkning riktat mot boende inom AO:s verksamheter. Implementering av rutinen inleddes i november 2021.

På individnivå arbetas med riskförebyggande insatser med riskbedömningar som leds av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Områden som riskbedöms är bland annat,

- Fallrisk,
- Undernäring,
- Trycksårsrisk,
- Behov av munhälsovård,
- Blåsfunktion.

Utredning av händelse-vårdskador

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

I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt kartlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana

händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning samt utförare av internutredningar är företagets interna MAS.

Informationssäkerhet

Loggning angående dataintrång i journalsystemet Vodok utförs enligt generella riktlinjer för Stockholms stad

Varje månad loggas: 2 stycken slumpmässigt utvalda medarbetare

Inga avvikelser har identifierats under 2021

Sekretess och samtycken

Kampementets vård- och omsorgsboende inhämtar vid inflyttning, samtycke till informationsöverföring eventuell sekretess, kvalitetsregister, byte av vårdcentral och mobila läkarteamet.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning

Extern kvalitetsgranskning genomfördes december 2021

Läkemedelshantering

Enhetens läkemedelsrutin har reviderades enligt rutin.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar har utförts av läkarorganisationen Capio/Legevisitten 1 gång per år per boende enligt gällande rutiner.

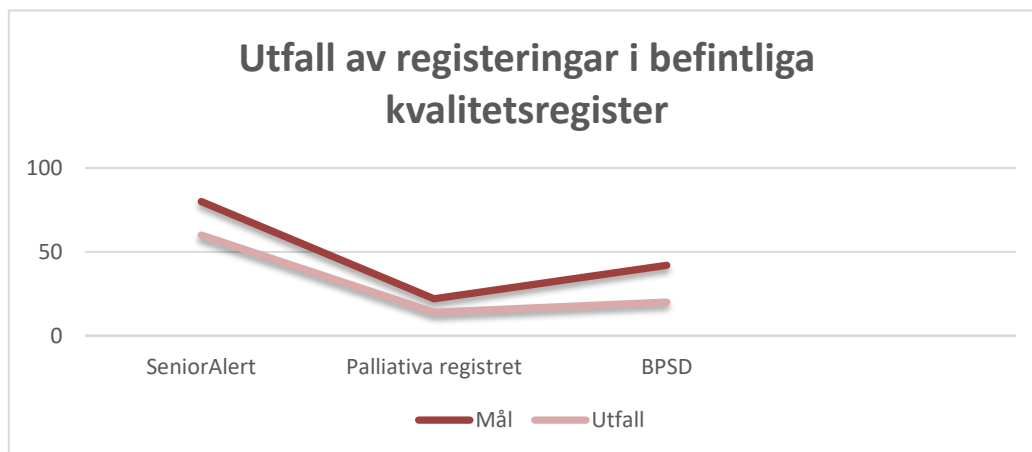
Vaccinationer

Under 2021 erbjöds de boende på Kampementet vaccination mot säsongsinfluensa, pneumokocker och Covid-19 dos 1,2,3.

Kvalitetsregister

Verksamheten har inte nått upp till målsättningen i relation till registrering i kvalitetsregister, målen kommer kvarstå inför nästa år.

Diagram 1. Avser att visa utfall av antalet registreringar i kvalitetsregister i relation till målbild om att alla aktuella för respektive registrerats.



Dokumentation

Både HSL- och den sociala dokumentationen har gjorts i journalsystemet Vodok. Verksamheten har genomfört egenkontroller och journalgranskning. Egenkontroll av journalerna visade på att de efterfrågade uppgifterna i granskningsmallarna förekom i stor utsträckning. Samtidigt som det identifierades förbättringsområden. Främst gäller detta behov att synliggöra delaktighet i planeringen av vård och behandling och teamarbete runt patienten.

Fokusområde för 2022

- Dokumentation i relation till delaktighet,
- Brytpunktsamtal
- Palliativ vård.

Vård i livets slut

I samband med egenkontroller av dokumentation identifierades brister kring dokumentation av palliativa omvårdnadsinsatser och genomförande av brytpunktsamtal.

Inkontinens

De boende har ett individuellt utprovat inkontinensskydd. Utprovning sker med personal och sjuksköterska tillsammans. Uppföljningar har skett kontinuerligt. Åtgärder har vidtagits för

att öka medarbetarnas kunskap kring beställning och hantering av individuellt förskrivna inkontinensprodukter, då det uppdagades brister i samband med verksamhetsuppföljning.

Munhälsa

Samtliga boende som har flyttat in på Komplementet har erbjudits Oral Care tandvård, både genom tandhygienist, tandsköterska. Sjuksköterska utfärdar eventuellt tandvårdsintyg. Den uppsökande tandvården skriver tydliga instruktioner för hur munvården ska utföras individuellt och dessa instruktioner förvaras i den boendes badrum.

Vårdhygien och smittskydd

Självskattning av följsamhet till basal hygien och klädregler genomförs vecka 11 och v.42 alla som arbetar med patientnära arbete under dessa veckor inkluderades. Basala hygienrutiner och klädregler enligt företagets rutiner. Uppföljningar har gjorts tätare under året på grund av pandemi.

PPM mätningar basala hygienrutiner och klädregel gjordes v.40–41. Resultatet visade att majoriteten av omvårdnadspersonalen följde regler kring basala hygienrutiner. Mätningen registrerades digitalt.

Hygienombud finns utsett på varje våningsplan som ska utsprida kunskap om basala hygienrutiner och vårdhygien till sina kollegor. Tillsammans med sjuksköterska ska hygienombud utbilda nya anställda och utföra hygienobservationer minst 2 gånger per år för att kontrollera att hygienrutinerna följs.

Under året har det skett ett löpande arbete med att fortsatt förhindra smittspridning av Covid-19 inom verksamheten. Det har förekommit några fall av bekräftad Covid-19 hos boende under 2021, den tydligaste ökningen kom i samband med årskiftet 2021/ 2022.

Vårdrelaterade infektioner

Under 2021 registrerades följande vårdrelaterade infektioner

Infektion	Antal
Pneumoni	2
Urinvägsinfektion	11
Sårinfektion	3
Annan hud/ mjukdelsinfektion	4
Annan infektion	2

Nattfasta

Nattfastemätning ska göras minst två gånger per år, maj och november på alla boende i verksamheten. Om mätningen visar på nattfastan är mer än 11 timmar ska vårdplan med åtgärd upprättas. Resultaten av dessa har inte sammanställts enligt rutin varför det inte gått att redovisa ett övergripande resultat för 2021. Åtgärd för att detta inte ska upprepas, är att lägga in detta i almanackan för sjuksköterskorna, samt vikten av att alla dokument arkiveras/scannas in.

Delegering

Delegeringar utfärdas kontinuerligt av ansvarig sjuksköterska. Rutiner och uppföljning för detta finns. Delegeringar av överlämnande av läkemedel har gjorts enligt utbildning på Demens Centrum där omvårdnadspersonalen först gör ett teoretiskt prov som sjuksköterskan sen tillsammans med undersköterskan går igenom. Efter det försäkrar delegerande sjuksköterska att den person som ska motta delegeringen även har reell kompetens att utföra de delegerade uppgifterna. Delegationerna förnyas efter ny utbildning en gång om året.

Kontroll MTP

Under året har en systematisk uppföljning av samtliga MTP- genomförts. Årlig kontroll av MTP har gjorts enligt våra rutiner. En avvikelse har rapporterats och åtgärdats.

Rutiner

Arbeta att med att uppdatera rutiner har skett löpande och vid behov på förekommen anledning.

Introduktion av ny HSL-personal

Kampementet följer Ansvar och Omsorgs rutiner kring nyintroduktion av nyanställda. Presentation av enhetens rutiner gjordes vid varje nyanställning. För en hög patientsäkerhet direkt från nyanställning strävar vi efter att den nyanställda under introduktion på enheten ska få information från medarbetare på avdelningarna, sjuksköterskor, samordnare och enhetschefer.

Qusta

Kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) är framtaget och utvecklat och reviderat av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering. QUSTA ska identifiera verksamhetens styrkor och utvecklingsområden med syfte att säkerställa att patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. Egenkontrollen ska också och stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område. QUSTA genomfördes två gånger under år 2021.

Vi har i vår redovisning lyft fram styrkor som ger förutsättningar för en god hälso- och sjukvård. Vi har utvecklat teamarbete på fler nivåer. Andra styrkor som vi har identifierat är

goda rutiner för informationsöverföring internt, god följsamhet till basala hygienrutiner. Vi har även identifierat en del utvecklingsområden: avvikelshantering, delegeringar, följsamhet till lokal rutin för nutrition, vård i livets slut och kontinents. Konsekvenser till följd av pandemin har till viss del påverkat verksamhetens förutsättningar och möjligheter att upprätthålla och utveckla tidigare identifierade områden.

Avvikelser

Avvikelse enligt HSL avser en icke förväntad händelse i verksamheten avseende hälso- och sjukvård som medför eller skulle kunna medföra skada eller risk för skada för den äldre.

Varje månad samlas representanter från samtliga avdelningar till ett gemensamt kvalitetsmöte i verksamheten där incidenter och avvikelser tas upp och förbättringar diskuteras. På kvalitetsforum gör man alltså en grundlig analys av alla avvikelser som inkommit. Detta förmedlas senare till övriga personal på teamforum och APT.

Under året har totalt avvikelser registrerats inom verksamheten kopplat till hälso-och sjukvård.

<i>Område</i>	<i>Antal</i>
Läkemedel	895
Fall	94
Annan hälso- och sjukvård	

En av de registrerade avvikelserna gällande läkemedel, föranledde en fördjupad utredning enligt Lex-Maria. Utredningen gällde en rapporterad händelse där ordinerad läkemedelsbehandling uteblev. Utredningen medförde inte bedömning om att det inträffade skulle rapporteras vidare till inspektionen för vård och omsorg.

Klagomål och synpunkter

Under 2021 har verksamheten mottagit 4 klagomål/synpunkter. Två av dessa rör hälso- och sjukvård, inkomna klagomål redovisas nedan

<i>Källa</i>	<i>Antal</i>
Direkt till enheten	0
Via annan huvudman	1
Via patientnämnden	0
Via Inspektionen för vård och omsorg	1

Klagomål och synpunkter via annan huvudman

Under 2021 genomfördes flera oanmälda tillsynsbesök och uppföljningar från Sdf. Detta resulterade i flertalet åtgärder riktade mot hälso- och sjukvårdsinsatser.

Enheten mottag även två synpunkter och klagomål gällande omsorgen på boendet dessa har hanterats och utretts i enlighet med Lex-Sarah. Verksamheten upprättade handlingsplan som ligger till grund för fortsatt uppföljning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården på Kampementet i dialog med Sdf.

Klagomål och synpunkt via IVO

Under 2021 mottogs ett klagomål från IVO, i skrivelsen riktades klagomål främst på brister i arbetsmiljön. Brister som identifieras beskrivs medföra att medarbetare inte kan utföra sina arbetsuppgifter i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), krav om god och säker vård. Klagomålet utreddes inom verksamheten enligt bestämmelserna i 5 kap. 3 § Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 2011:9, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vilket resulterade i handlingsplaner/ åtgärder som delgivits stadsdelen.

Händelser och vårdskador

En av de registrerade avvikelserna gällande läkemedel, föranledde en fördjupad utredning enligt Lex-Maria. Ingen rapporterad händelse har föranlett bedömning vårdskada eller risk för vårdskada som anmälts vidare till inspektionen för vård och omsorg.

Åtgärdsplan upprättades i relation till säker läkemedelshantering och det rapporterade återkopplades till sjuksköterskor i syfte att skapa lärande i gruppen.

Risikanalys

Risikanalys har genomförts på en övergripande nivå för verksamheten. Utifrån de områden som beskrevs under riskbedömning. Riskbedömningar och analyser för smittspridning och kompetensförsörjning vid ökad smitta i samhället har gjorts regelbundet.

Mål och strategier för kommande år

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation med fokus på riskbedömningar, hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd och möjligheten att följa hela vårdprocessen i journalen.
- Genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året. Indikatorer som mäts är blåsdysfunktion och vidtagna skyddsåtgärder.
- Genomföra riskanalyser av fallrisk, undernäring, trycksårskick, munhälsovård och blåsfunktion. Riskanalyser sker kontinuerligt kring alla patienter i tvärprofessionella grupper.

- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Registrera i nationella kvalitetsregister.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildningar avseende dokumentation.
- Utföra nutritionsmätningar, genomföra nattfastemätningar
- Fortsätta arbeta med ej uppnådda mål från 2021.