



Patientsäkerhetsberättelse

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet
2020-02-26

Sophie Arvidsson Tf. verksamhetschef, HSL ansvarig Linnegården

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Patienters och närståendes delaktighet	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter.....	12
Egenkontroll.....	13
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	18
Riskanalys	18
Utredning av händelser - vårdskador.....	21
Informationssäkerhet.....	21
RESULTAT OCH ANALYS	22
Egenkontroll.....	22
Avvikelser	22
Klagomål och synpunkter.....	32
Händelser och vårdskador	33
Riskanalys	33
Mål och strategier för kommande år	34

Sammanfattning

Mål

Huvudmålet för patientsäkerhetsarbete på Linnegården är en trygg och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten strävar efter att undvika och förebygga vårdskador genom ett systematiskt och strategiskt kvalitet- 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 2021 har pandemin fortsatt ställt ökade krav på verksamheten med fokus på att förhindra smitta och smittspridning. Tid och resurser har lagts på smittspårning, följsamhet till basala hygienrutiner, samt vaccinering av både boende och personal för att maximera patientsäkerheten. I början av året vaccinerades alla boende med sina två första sprutor mot covid-19 och i slutet av året med dos 3. För att förebygga smitta och smittspridning och kunna bedriva en patientsäker vård har det varit viktigt för oss att all vår personal vaccinerats med minst 2 doser under 2021.

Utvecklingsarbetet som legat på is under 2020 kom sakteliga igång under 2021. I början av året registrerades alla boende i kvalitetssystemet systemet senior alert. BPSD arbetet återupptogs enligt projektplan, alla boende registrerades i registret och ytterligare administratörer utbildades som del av en långsiktig plan för att få mer medarbetare delaktiga i arbetet. Ytterligare utbildningsinsatser har utfördes i inkontinens. I och med byte av leverantör för inkontinenshjälpmedel från Tena till Attends genomfördes utbildning för all personal och alla boende fick en inkontinensutredning.

Under juni månad bytte Linnegården läkarorganisation från Legevisitten till Familjeläkarna. Som ett resultat av organisationsbytet har arbetet effektiviserats och nöjdheten i sjuksköterskegruppen ökat.

Riskbedömningar och hälsoplaner har utförts enligt rutin under året. Fokusområde inom dokumentationen handlade om att utveckla hälsoplanerna ytterligare. Under året har det tillkommit ytterligare riskbedömningar för den enskilde som innefattar risk för hot och våld samt suicid.

Hälso- och sjukvårdsrutiner har under året setts över, kompletterats och implementerats i personalgruppen. Uppföljning av kvalitet och säkerhet har skett genom egenkontroller och analyser som tex. basala hygienrutiner, läkemedel, delegeringar samt riskbedömningar

Under slutet av året genomfördes utbildning i ViSam för samtliga sjuksköters-

kor vilket innebär ett nytt arbetssätt för säkrare bedömningar vid inskick till sjukhus.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen avseende hälso- och sjukvården användes kvalitetsinstrumentet QUSTA. Resultatet visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård.

Dokumentationsgranskningarna som utförts under året visade en ökad kvalitet på dokumentationen främst vad gäller sammanfattningar och utvärderingar av hälsoplaner. Masens interna granskning av hälso- och sjukvård visade på ett ökat resultat från 1,69 till 1,81 med ett möjligt maxresultat på 2,0. Resultatet visade att verksamheten genomsyras av engagemang, ordning och reda, en god kvalitet och man har en tydlig struktur för kvalitetsarbetet även om vissa interna möten inte har kunnat hållas enligt plan på ett ansträngt personalläge på grund av Covid-19.

Apoteksgranskningens resultat visade att verksamheten har patientsäkra rutiner, ordning i läkemedelsförrådet samt bra narkotikahantering.

Riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, inkontinens, ADL och munhälsa har utförts på samtliga boenden under året. Under året har 22 boenden registrerats i palliativa registret. Verksamheten arbetar aktivt med kvalitetsregistren senior alert och BPSD registret.

En blick framåt

En större satsning under 2022 är att verksamheten ska bli stjärnmärkt. Detta innebär att minst 80% av våra medarbetare ska genomgå en omfattande utbildning i demens. Utbildningen utförs i flera steg och verksamheten ska sedan arbeta efter denna modell.

Verksamheten kommer under 2022 arbeta vidare med att öka patientsäkerheten genom att utveckla arbetssätt och öka kompetens gällande madrassutbildning, ViSam, undersköterskans initiala bedömning och fortsatt implementering av BPSD arbetet.

Arbetet kommer vidare att arbeta med bedömningsinstrument, egenkontroller och analyser. Fortlöpande utveckling och förbättringsarbete gällande dokumentation, att risker framkommer i genomförandeplaner, utveckling av teamarbetet, avvikelshantering samt smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument i vård i livets slutskede.

Struktur

Övergripande mål och strategier

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

Erstas ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö innehåller av ledningen fastställda kvalitets-, miljö- och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål och strategier som bryts ner till verksamhetsmål. En trygg och säker hälso- och sjukvård nås genom att arbeta systematiskt med kvalitetsarbete gällande hälso- och sjukvård.

Mål och strategier för 2021

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

- Arbeta för att samtliga medarbetare ska ha kunskap om avvikelsemodulen och rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada.
- Säkerställ att alla nödvändiga lokala HSL rutiner finns och är uppdaterade.
- Alla boende med demensdiagnos ska vara registrerade i BPSD registret och de med behov ska ha en individuell bemötandeplan.
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation. Uppföljning sker genom regelbunden granskning av dokumentationen.
- Säkerställ att alla boende har aktuella riskbedömningar Downton, Roag, Norton, MNA, Nikola, ADL – över 95 %. Dessa ska uppdateras minst en gång per år eller oftare vid behov. Uppföljning sker genom egenkontroller månadsvis av omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt HSL ansvarig.

-
- Säkerställ att alla boende med identifierade risker har hälsoplaner upprättad med avsatt hälsotillstånd, åtgärder och uppföljningar. Uppföljning sker genom regelbundna dokumentationsgranskningar av dokumentationen.
 - Alla boende som samtycker ska registreras i Senior alert. Uppföljning sker genom att regelbundet granska statistik från registret samt egenkontroller månadsvis.
 - Säkerställ att boende får en bra sista tid i livet och att de boende som avlider på boendet registreras i Palliativregistret. Uppföljning sker genom att regelbundet granska statistik från registret.
 - Alla boende ska ha utförd munhälsobedömning (Abbey pain) sista veckan i livet.
 - Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivningsrätt.
 - Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess. Minimera antalet läkemedelsavvikelser såsom utebliven dos, missade signeringar. Regelbunden analys av avvikelser på kvalitetsråd.
 - Arbeta för att samtliga medarbetare ska följa basala hygienrutiner och klädregler. Uppföljning sker genom regelbundna observationer samt självskattningar, samtliga medarbetare ska ha god kunskap om hur personlig skyddsutrustning ska användas i samband med covid-19. Sker genom utbildning, regelbundna observationer.
 - Arbeta systematiskt med fallprevention, att rapportera fall i avvikelsemodulen. Följa upp fall och hälsoplaner. Ha fallkonferenser.
 - Säkerställa att medarbetare får utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik.
 - Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete med tydlig ansvarsfördelning samt dokumentation efter teamet.

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 brister och utveckla säkrare och tryggare rutiner varje månad.
- Avvikelse rapporteras och sammanställs varje månad. Uppföljning sker på kvalitetsforum.

Kompetensutveckling

- Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom att arbeta vidare med palliativa ombud, nätverksträffar 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 sjuksköterska.

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 för Ersta diakonis verksamhet 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 samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Kvalitetsavdelningen 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.

Affärsområdeschef/Socialchefen har övergripande ansvar för att ledningssystem, policys och riktlinjer är kända och efterlevs i de sociala verksamheterna samt att det bedrivs en säker, ändamålsenlig och god hälso- och sjukvård.

Områdeschef för äldreboende och dagverksamhet ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat inom sitt område. Säkerställer att verksamheten har förutsättningar för att bedriva en hälso- och sjukvård av god kvalitet, att de känner till lagstiftning och andra relevanta krav samt följer ledningssystemets rutiner.

Ersta diakonis MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS ansvarar för att upprätta och revidera riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att genomföra ställningstagande gällande utredningar om vårdskada samt ansvarar för att anmäla eventuella allvarliga vårdskador samt risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

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 biträdande** 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.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning samt blås- och tarmdysfunktion vid inflyttning och förändring av boendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger och ansvarar för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och att måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Sjuksköterskorna registrerar i Senior alert, Palliativregistret samt i förekommande fall i BPSD-registret.

Samtliga medarbetare ansvarar för att följa riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål. Det är alla medarbetares ansvar att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt aktivt delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder.

Verksamheten har tillgång till dietist, som är anställd av Ersta, som ger stöd och vägledning i nutritionsfrågor. Verksamheten samverkar med Vårdhygien och Smittskydd vid behov.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Samverkansöverenskommelse finns med läkare från Familjeläkarna. Läkare kommer regelbundet på besök till verksamheten heldag onsdag, fredag förmiddag samt kommer vid akut behov dygnet runt. Samverkan sker två gånger per år.
- Samarbete med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretag, Oral Care som utför fria munhälsobedömningar och utför tandvårdsinsatser.
- Avtal med ApoEx som genomför årlig kvalitetsgenomgång av läkemedel och läkemedelshantering.
- Vårdhygien genomför hygienronder på verksamheten vartannat år. 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.

-
- Samverkan sker löpande med andra mottagningar/funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis fotvård, logoped, annan specialistkompetens.

Samverkan mellan verksamhetens yrkesgrupper runt patienten

- 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 ParaSoL
- Samverkan kring den boende sker på teammöten 2 ggr/mån per plan. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är sammankallande.
- Vid fallronder är kontaktman, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och eventuellt läkare närvarande.
- Samverkan sker årligen och vid inflytt vid vårdplaneringen där förutom kontaktman, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och den boende och dess närstående är delaktiga.
- Vårdplaneringar där läkare, anhörig, boende, kontaktman och sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast medverkar.
- Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis Erstas MAS, Erstas dietist samt fotvårdare.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten arbetar aktivt med boende och anhörigas delaktighet i vården. I samband med inskrivning så informeras anhöriga att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Välkomstsamtal/vårdplanering genomförs inom två veckor.

Boende görs delaktig i sin planering av vård och omsorg i genomförandeplanen. För att säkerställa den äldres behov av vård och omsorg arbetar enheten i tvärprofessionella team. Med boendes medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande till närstående.

Riskbedömningar görs av legitimerad personal och hälsoplaner upprättas utifrån de risker som framkommer. 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 anhöriga och boende brytpunktsamtal med läkare.

I verksamheten anordnas anhörigmöten i olika former, boråd hålls regelbundet och förtroenderåd hålls två till tre 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 entréerna samt på varje plan samt blanketten skickas även med nyhetsbrevet.

Verksamheten samarbetar även med närstående via resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning, Erstas egen kundundersökning samt 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/uppmanas till att skriva avvikelser för att uppmärksamma brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner. I samband med introduktion av nyanställda samt vid APT får samtliga medarbetare ta del av rutinen för avvikelsehantering.

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra en vårdskada skrivs en avvikelse. Risker och avvikelser rapporteras i Erstas interna avvikelssystem. 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, Områdeschef samt MAS omedelbart. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Verksamhetschefen genomför skyndsamt utredningen som kvalitetssäkras av områdeschef och Erstas MAS. Erstas MAS genomför därefter ställningstagande.

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

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 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 tre arbetsdagar och efter utredning återrapporteras inom 14 dagar. Om ärendet är mer allvarligt eller har betydelse för

patientsäkerheten görs ställningstagande om utredning ska ske enligt Lex Maria eller 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.

Egenkontroll

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

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt årsplan. Avvikelse dokumenteras och utreds i avvikelssystemet. Åtgärdsplan upprättas vid behov.

Egenkontroll	Omfattning	Källa/HUR
Dokumentationsgranskning HSL	4 ggr/år Ersta 2ggr/år staden	Görs av HSL-ansvarig/SSK/Rehab samt av Erstas MAS. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten.
Palliativregistret	1ggr/ kvartal	HSL-ansvarig tar fram statistik från registret enligt rutin. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/Teammöten/APT.

Senior alert	1 ggr/ kvartal	HSL-ansvarig tar fram statistik från registret enligt rutin. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/Teammöten/APT.
BPSD-registret	1 ggr/ kvartal	HSL-ansvarig tar fram statistik från registret enligt rutin. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/Teammöten/APT.
PPM Trycksår	1 ggr/år,	Senior alerts PPM-mätning. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/APT.
PPM blåsdysfunktion skyddsåtgärder vårdprevention bedömning av smärta	2 ggr/år v.10 och v. 36	Indikationer inom de olika områden tas fram av OAS och sammanställs. Resultatet skickas in till Stadens MAS.
Kvalitetsgranskning av läkemedels- hantering	1 ggr/år	ApoEx. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten. Erstas MAS tar del av rapporten.

Egenkontroll läkemedelshantering	1 ggr/mån	Hantering av narkotikaklassade läkemedel, förvaring (temperatur), destruktion av läkemedel, ev svinn kontrolleras en gång per månad av HSL-ansvarig. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten.
Hygienrond	1ggr/ vartannat år	Skер i samarbete med Vårdhygien. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/APT. Erstas MAS tar del av rapporten.
Följsamhet till basala Hygienrutiner och Klädregler	1ggr/ Kvartal	Observation samt klädregler, resultatet registreras i Netigate, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas på APT.
Vårdhygienisk egenkontroll	1gg år	Checklista med påståenden, vägledning mall samt handlingsplan skickas till Stadsens MAS.
Loggkontroller Vodok	1 ggr/mån	Utförs av HSL-ansvarig. Resultat återkopplas till verksamhetschef. Resultat sammanställs och skickas till MAS en gång år.
Delegeringar	1 ggr/mån	HSL-ansvarig kontrollerar att samtliga delegeringar är aktuella samt återkopplar ev brister till verksamhetschef samt berörda medarbetare.

Fallprevention	1 ggr/ kvartal	Rehab sammanställer antalet fall analyserar resultatet på HSL-möte/teammöte/fallkonferanser
MTP	1ggr/ halvår	Legitimerad personal kontrollerar enligt rutin
Infektionsregistrering	1ggr/mån, 1ggr/ kvartal	Registrering sker en gång per månad av ansvarig SSK. HSL-ansvarig analyserar resultat en gång per kvartal.
Nattfastemätning	2 ggr/år	Resultat sammanställs av HSL-ansvarig, resultat analyseras och återkopplas vid teammöte. Resultat skickas till Erstas dietist.
Avvikelser inkl. synpunkter och klagomål	1 ggr/mån	Samtliga avvikelser sammanställs av HSL-ansvarig/kvalitetssamordnare. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat diskuteras/återkopplas på kvalitetsråd/APT.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet Qusta	1 ggr/år	Externa tillsyner från Stockholms stad, kommun, IVO, intern revision ISO, extern revision ISO m.fl.
Intern MAS-tillsyn	1 gång/år	MAS-tillsyn av Erstas MAS. Resultat presenteras, analyseras och åtgärdsplan upprättas av HSL-ansvarig samt VC.
Stadens MAS	1 gång/år	MAS tillsyn, resultatet Resultat presenteras, analyseras och handlingsplan upprättas av HSL-ansvarig samt VC.
Patientsäkerhetsberättelse/patientsäkerhetsplan	1 ggr/år/ 1 ggr/ kvartal	Patientsäkerhetsberättelse skickas till kommunens MAS samt Erstas MAS. Mål och strategier för innevarande år analyseras och utvärderas en gång per kvartal av HSL-ansvarig samt VC.

Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 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 under 2021.

- Under året har fokus för patientsäkerheten fortsatt varit att hantera covid-19 pandemin och arbeta förebyggande med att förhindra smitta och smittspridning, att arbeta enligt Folkhälsomyndigheternas, Regeringens, Folkhälsomyndigheten, region Stockholm, Socialstyrelsen samt kommunernas lagar/rekommendationer/föreskrifter/rutiner.
- Whiteboardtavla uppsatt inne på SSK expedition med aktuella uppgifter gällande smittade covid, kohorter, misstänkta, smittspårning, boende på sjukhus, palliativa, fall för snabb överblick och ökad patientsäkerhet.
- Dagliga avstämningar på verksamheten där kärnfrågor gällande covid lyfts, bemanning, ev. misstänkt/bekräftad smitta, rapport från HSL medarbetarrisker, skydds material, daglig genomgång av basala hygienrutiner, nya riktlinjer.
- Insatser i form av möten, mail, sms för att informera om vikten av vaccinering av personal.
- Utbildningsinsatser i basala hygienrutiner mm, BPSD, inkontinens. Små grupputbildningar har genomförts i bemötande vid demenssjukdom, diabetes, hjärt-och kärlsjukdom, läkemedelshantering och nutrition.

-
- Kompetensmatriser används i verksamheten för att säkerställa att obligatoriska utbildningsinsatser blir genomförda
 - Teammöten sker en gång per vecka per avdelning. HSL möten en gång per månad. Planmöten veckovis, matråd en gång per månad. Kvalitetsforum har skett varannan månad under 2021. Rond med Familjeläkarna en och en halv dag per vecka. Samverkan med ansvarig läkarorganisation sker en- två gånger per år. Ledningsgruppen träffas en gång per vecka.

Kvalitetsuppföljning i Qusta

Qusta har genomförts på verksamheten under september månad. 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 gäller kvaliteten på dokumentation, palliativ vård, nutrition, demens, fall, MTP etc. 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 2021. 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.

Riskbedömning för den enskilde utförs.

Apoteksgranskning

Apoteket har granskat läkemedelshanteringen 2021. 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 samt av stadens MAS och MAR. 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 BPSD registret.

Dokumentation

All legitimerad personal dokumenterar i journalsystemet vodok. Dokumentationsgranskning sker en gång i kvartalet. Logg kontroller sker varje månad och skickas till MAS en gång per år.

Kunskap och kompetens

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

Avvikelsehantering

Alla inkomna avvikelser rörande läkemedel och övriga avvikelser som t.ex. brister i vårdkedjan, läkemedel, fall mm utgående från hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser sammanställs av tillförordnad enhetschef HSL och diskuteras samt analyseras på kvalitetsråd varje månad. Avvikelser dokumenteras i journal samt avvikelssystem. Skadeförekomsten vid fall följs upp av sjukgymnast samt sjuksköterska. Statistik redovisas varje månad för alla medarbetare på APT. Vid allvarlig avvikelse kontaktas Vc samt MAS omedelbart. Verksamhetschef rapporterar antal inkomna avvikelser varje månad.

Riskanalyser

Risicanalyser görs där risker i verksamheten identifierats.

Hygien/ hygienrund

Observationsmätningar av följsamhet till basala hygienrutiner sker var tredje månad enligt årshjul. En hygienrund utförts varje år på Linnegården.

Risicanalys

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

Risicanalys görs inför förändringar i verksamheten eller efter införande av nya metoder, processer samt vid projekt av olika slag t ex ombyggnad. Risicanalys görs på individ eller verksamhetsnivå. Risicanalyser görs i verksamheten när den boende flyttar in, vid hot- och våldssituationer, fall, undernäring, nutrition etc. Vid införande av nya tekniska produkter, inför längre semesterperioder, inför värmebölja eller dylikt. Vid medarbetares upplevelse att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld. Handlingsplaner upprättas och kommuniceras ut i verksamheten och vid behov till MAS samt områdeschef.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under året har inga utredningar gällande vårdskada, Lex Maria genomförts.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för medarbetarna på Ersta. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningen (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning. Dataskyddsombud finns utsedd centralt. Dataskyddsgrupp finns och består av kvalitetschef, externt dataskyddsombud, HR-chef, IT chef och IT strateg.

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.

Sjuksköterskor har läsbehörighet i journalsystemet Take Care. Vid inflytt tillfrågas brukaren om samtycke till att uppgifter hämtas i Take Care. 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.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Område	Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
Läkemedels- hantering	<p>Ge en så säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL</p> <p>Säker läkemedels- hantering i alla led.</p> <p>Minska antalet ute- blivna signeringar.</p>	<p>Dessa förut- sättningar behövs för att vi ska nå vår mål- sättning</p> <p>Tydliga rutiner samt följsamhet till befintliga läkemedelsruti- ner.</p>	<p>Egenkontroller med analyser samt uppföljning- ar.</p> <p>Verksamheten arbetar med att öka antalet inrap- porterade avvikel- ser för att ökad patientsäkerhet.</p> <p>Årliga apoteks- granskningar</p> <p>Uppföljningar av stadens samt intern MAS.</p>	<p>2021: LM avvikel- ser 68 st</p> <p>2020: LM avvikel- ser 48 st</p> <p>2019: Lm avvi- kelser 44 st</p> <p>Inkomna lm avvi- kelser har ökat vilket beror på att det sker mer rapporte- ringar av avvikel- ser.</p>	<p>Ingen läkeme- delavvikelse har resulterat i en allvarlig vård- skada.</p> <p>Dock behöver verksamheten arbeta vidare med avvikelse- rapportering, utbildning, egenkontroller samt uppfölj- ningar.</p> <p>Egenkontroll av missade signe- ringar månads- vis uppvisar ett antal missade signeringar.</p> <p>Utvecklingsom- råde för 2022, ta upp på team- missade signe- ringar och ver- för mm.</p>

Delegeringsprocessen	<p>Alla delegeringar ska förnyas i tid.</p> <p>Tryggt och säkert delegerings förfarande.</p>	<p>Tydliga rutiner gällande delegerings processen.</p> <p>Följsamhet till befintliga rutiner.</p>	<p>Egenkontroller med analyser, åtgärder vid avvikelser och handlingsplaner med uppföljningar.</p>	<p>Alla delegeringar är nu aktuella</p>	<p>Alla delegeringar aktuella.</p> <p>Vi uppföljning har några delegeringar som varit gamla legat kvar i pärmen mm.</p> <p>Fortsatta egenkontroller var 3 månad.</p> <p>Förbättringsförslag: Att uppdatera äldre listor till nya maskinskrivna i pärma.</p>
Riskbedömningar					
Norton	<p>Antal aktuella riskbedömningar ska vara över 95 %</p>	<p>Tydliga rutiner samt checklistor.</p> <p>Rutiner för uppföljningar finns.</p>	<p>Egenkontroller utförs månadsvis.</p> <p>Riskbedömningar ska utföras vid inflyttning och uppdateras minst en gång per år.</p> <p>Alla boende med risk för trycksår ska ha en individuell hälsoplan.</p> <p>Avvikelse ska rapporteras vid uppkomst av trycksår.</p>	<p>2021: 99%</p> <p>2020: 93 %</p> <p>2019 94%</p>	<p>Verksamheten har fungerande rutiner för egenkontroller för bedömningsinstrumenten.</p> <p>Någon bedömning har utförts mer än 2 veckor efter inflyttning.</p> <p>Viktigt att checklista vid inflyttning finns synlig om ansvarig exempelvis blir sjuk så att det säkerställs att bedömning utförs i tid.</p>
Downton	<p>Antal aktuella riskbedömningar ska vara över 95%</p>	<p>Tydliga rutiner samt checklistor.</p> <p>Rutiner för uppföljningar finns.</p>	<p>Egenkontroller utförs månadsvis</p> <p>Alla med risker ska ha en hälsoplan. Åtgärderna ska följas upp.</p>	<p>2021: 100%</p> <p>2020: 100%</p> <p>2019 98%</p>	<p>Väl implementerade rutiner.</p>

MNA	Antal aktuella riskbedömningar ska vara över 95%	Tydliga rutiner samt checklistor. Rutiner för uppföljningar	Viktmätningar varje månad. Alla med risker ska ha en hälsoplan. Åtgärderna ska följas upp.	2021: 98% 96% individuella hälsoplaner 2020: 96% 85% individuella hälsoplaner 2019: 95%	Väl implementerade rutiner för riskbedömningar. 95% av de med dokumenterad undernäring eller med risk har individuella hälsoplaner. Verksamheten arbetar aktivt med att förhindra undernäring, vägning sker en gång per månad för att risker sakuppmärksammas så snabbt som möjligt och åtgärder sätts in.
Roag	Antal aktuella riskbedömningar ska vara över 95%	Tydliga rutiner samt checklistor. Rutiner för uppföljningar	Alla med risker ska ha en hälsoplan. Åtgärderna ska följas upp. Egenkontroller månadsvis.	2021: 98% 2020: 97% 2019: 93%	Väl implementerat arbetssätt, dock utvecklingsområde att alla boende ska få en dokumenterad munhalsbedömning i palliativt skede.
ADL	Antal aktuella riskbedömningar ska vara över 95%	Fungerade rutiner, samt checklistor Årshjul	Bedömningar görs vid inflytt samt minst en gång per år. Uppföljningar och sammanställningar utförs för att se en röd tråd i dokumentationen.	2021: 100% 2020: 80% 2019: 100%	Följsamhet till årshjul samt checklista.
Läkemedelsgenomgångar	100% läkemedelsgenomgångar.	Fungerande rutiner för samarbetet mellan ssk och läkare.	Fortsatt gott samarbete	2021: 100% 2020: 100% 2019: Alla ej utförda	Gott samarbete mellan ssk och läkare hr möjliggjort resultatet.

<p>Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler inkl. personlig skyddsutrustning Ng</p>	<p>Samtliga medarbetare ska följa basala hygienrutiner inkl. klädregler</p> <p>95% följsamhet till basala hygienrutiner vid hygienobservationer.</p> <p>Samtliga medarbetare ska ha kunskap om smittvägar, hantering av skyddsutrustning gällande covid-19</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för basal hygien i vård och omsorg.</p> <p>Kompetens hos all personal</p> <p>Hygienrund årligen</p> <p>Självskattning av följsamhet och observation av följsamhet och förutsättningar 4 ggr/år.</p> <p>Stickprovskontroller veckovis</p>	<p>Webbaserad utbildning, Vårdhygien, SLL/KI.</p> <p>Fortsatta självskattningar samt observationer var 3 månad, handling och åtgärdsplaner som följs upp.</p>	<p>God följsamhet till hygien enligt självskattning samt observationer. Brister gällande att använda av handspirt innan påtagande av handskar. Inga utbrott av calisi under 2020 eller 2021.</p>	<p>Fortsatt vissa brister gällande att sprita händer innan påsättandet av handskar. Dock finns en annan medvetenhet gällande hygien än tidigare och endast ett fåtal avvikelser under året med armband eller ej följsamhet till klädregler.</p>
Område	Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
<p>Rapporteringskyldighet, avvikelser</p>	<p>Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument.</p>	<p>Att alla medarbetare känner till styrdokument och rutiner för hantering samt rapportering av händelser</p>	<p>Genomgång av rutiner samt inträffade händelser på förbättringsråd samt APT</p> <p>Utbildning och info vid introduktionen.</p>	<p>Fortsätta att informera medarbetarna om skyldighet till rapportering av avvikelser</p>	<p>Genom ett aktivt arbete i förbättringsråd och genom handledning och uppföljning kan antalet rapporterade avvikelser öka.</p>

Trycksår	Noll vision trycksår Inga trycksår ska uppkomma på verksamheten.	Tydliga rutiner och arbetsätt. Utbildning i lyftteknik, trycksårsprofylax. Teamarbete	Riskbedömning Norton för alla boende. Alla boende med risk för trycksår ska ha en individuell hälsoplan. Risk ska även framgå i genomförandeplanen och vilka åtgärder som gäller Samarbete mellan oas och kontakman. Utbildning och handledning tvärprofessionellt	2021: 2 trycksår Ett allvarligt trycksår grad 4 hos boende som inkommit från sjukhus. Ytterligare ett trycksår som läkt 2020: 0 trycksår	Verksamheten arbetar förebyggande med trycksår. Ett allvarligt trycksår hos boende som kommit från sjukhus och gjort flertalet sårrevisorer är i läkningsfas. Uppkommer en rodnad på någon boende åtgärdas det snabbt och en individuell plan skapas.
Palliativa registret	Alla avlidna på verksamheten ska registreras i palliativa registret	Tydliga rutiner för registrering i palliativa registret.	Egenkontroller varje månad som utförs av SSK.	2021 22/23=96% 2020 14/21=67%	Resultatet har förbättrats pga. bättre uppföljningar av registreringar.
Senior Alert	Alla boende ska registreras i kvalitetsregistret senior alert			2021: 100% 2020: 20%	Verksamheten har under 2021 registrerat alla boende i senior alert. Åtgärderna har utförts. följts upp Viktigt att uppföljningar sker strukturerat under 2022.
Loggkontroller Vodok	Loggkontroller ska utföras varje månad i Vodok	Årshjul, checklista.	Fortsatta egenkontroller.	Inga avvikelser inkomna under året.	Fortsatta loggkontroller

Qusta

Stadsdelens MAS/MAR samlade bedömning av utförd egenkontroll för hälso- och sjukvården vid Linnégårdens vård- och omsorgsboende är att verksamheten har förutsättningar att bedriva en god hälso- och sjukvård. Verksamheten har lyft fram styrkor som ger förutsättningar för en god hälso- och sjukvård t.ex. det systematiska patientsäkerhetsarbetet där följsamhet till att rapportera avvikelser varit ett fokusområde under året. Ett annat område som identifierats som en styrka är ett implementerat fallpreventivt arbete, som bl.a. inkluderar styrke- och balansträning samt preventivt arbete för att förebygga malnutrition

Apoteksgranskning:

Extern kvalitetsgranskning utförd av apoteket sker en gång per år. Den senaste granskningen innefattade en genomgång av enhetens rutiner för läkemedelshandling, granskning av kvalitetsdokument samt genomgång av läkemedelsförvaring på expedition samt i lägenheter. Resultatet visade att ” *Läkemedel tillhörande akutläkemedelsförråd och personbundna läkemedel förvaras med mycket god ordning. Inga brister var kända angående rutiner för narkotikahandling eller ordinationer. Läkemedelshandling fungerar mycket bra på enheten och rutiner är patientsäkra.* ”Verksamheten arbetar vidare med följsamhet till de rutiner och riktlinjer som finns för en säker läkemedelshandling.

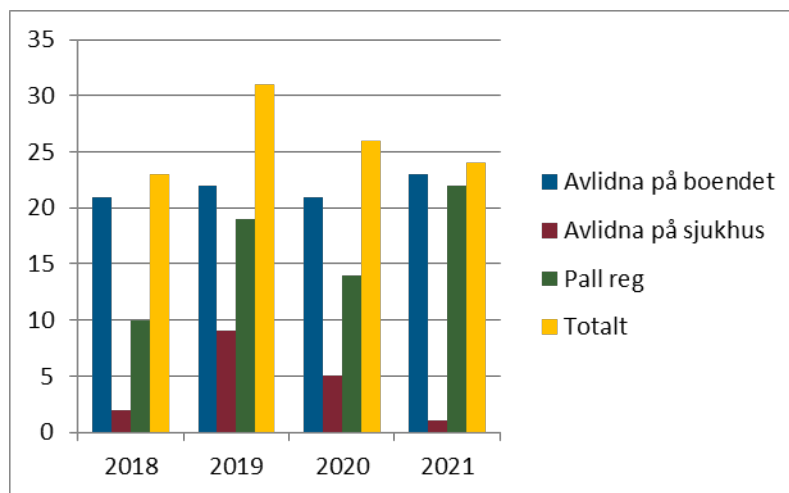
Läkemedel:

100% av läkemedelsgenomgångarna utfördes under 2021. Egenkontroller visar att verksamheten blir bättre på att signera läkemedel, vissa plan har mer antal missade signeringar än andra och här behöver vi fortsätta arbeta för att förbättra oss och sätta in punktinsatser.

Riskbedömningar: Egenkontroller gällande riskbedömningar sker en gång per månad och visar att det finns fungerande rutiner för uppföljning. Över 95% av alla riskbedömningar är aktuella inom alla områden. Analysen visade att några få boende har fått vänta längre än två veckor på att riskbedömningar har gjorts efter inflytt. *Åtgärd:* Fortsätta egenkontroller enligt checklista. Kontrollera checklista vid inflytt.

Vård i livets slutskede:

Avlidna



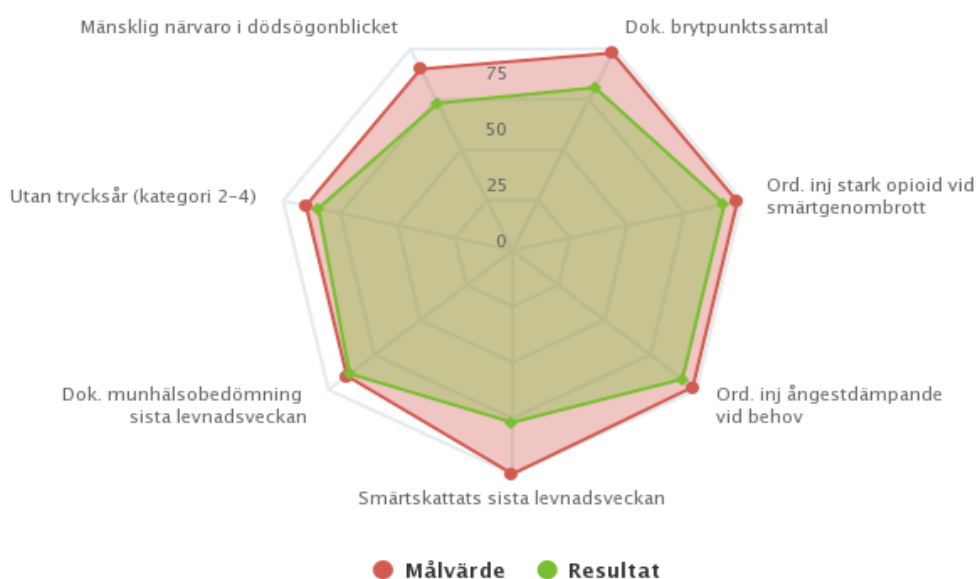
Statistiken grundas på antal vårdtagare som avlidit.

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. Under 2021 har endast en boende avlidit på sjukhus och resterade har avlidit på boendet vilket betyder att fler av våra äldre själva fått välja att stanna i sitt hem där de känner sig trygga. Fortsatt så flyttar allt äldre personer in i ett senare i livet och det har under 2021 förekommit att boende endast någon vecka efter inflytt avlidit.

Vård i livets slut - Palliativa registret

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2022-12

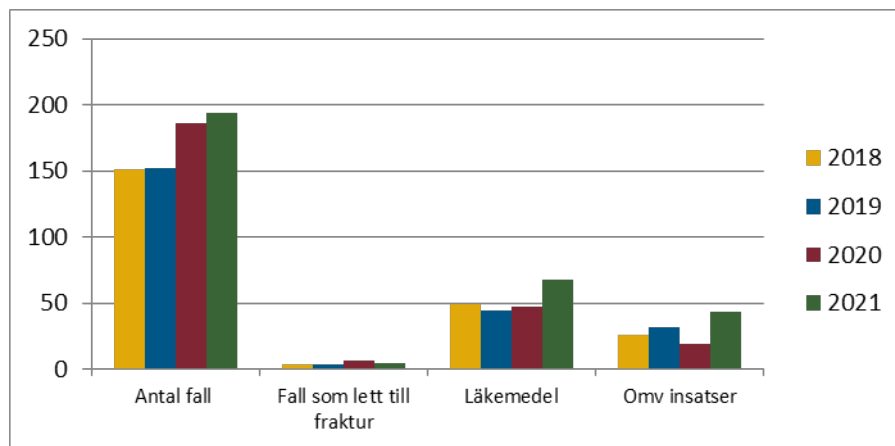


Palliativa registret:

Under 2021 har 22 av 23 avlidna på verksamheten registrerats i palliativa registret vilket är en uppgång i jämförelse med 2020 då 19 av 23 boende registrerades. Anledningen till ökade registreringar har varit checklistor vård i livets slut samt månadsvis uppföljningar via egenkontroller, påminnelser samt genomgång vid HSL möten. På verksamheten finns flera palliativa ombud som arbetar med att utveckla rutiner för att förbättra och säkra vården i livets slut. Fortsatta utvecklingsområden är dokumenterad smärtskattning den sista levnadsveckan och dokumentation av brytpunktssamtal.

Åtgärder: Fortsatta egenkontroller och följsamhet till checklistan som införts efter brytpunktssamtalet. Palliativa ombud som arbetar med kompetensutvecklinga samt bidrar till kvalitetsökning av vården.

Avvikelser

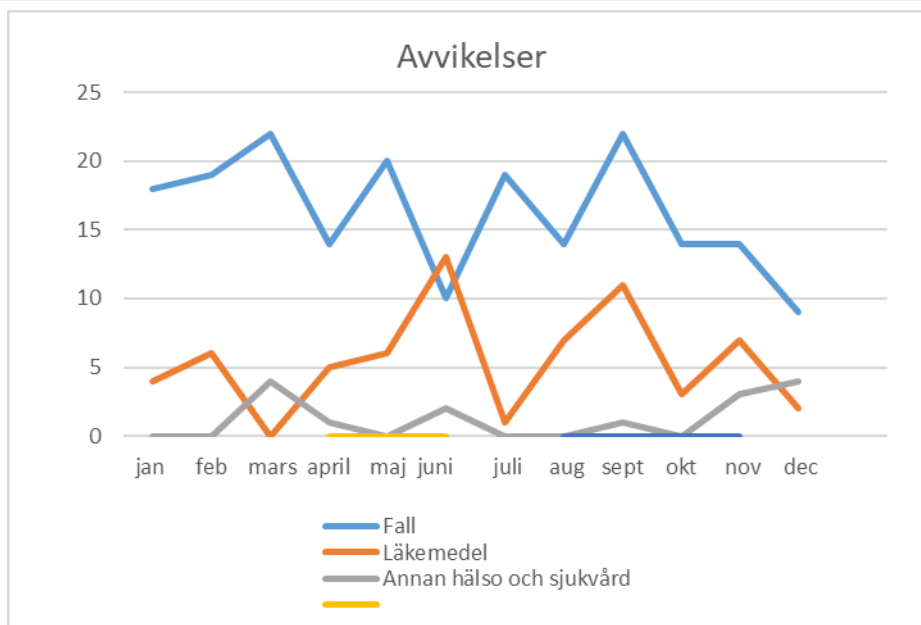


Fall

Under 2021 har totalt 195 fall rapporterats vilket är 14 fall mer än 2020 (181 fall). Trots en ökning av fall har antal frakturer minskat från 2020, 6 st till 2021 4 st.

De senaste två åren har många av fallen varit kopplade till några få boende som står för många fall. Att antal frakturer var högre under föregående år kan vara ett resultat av pandemin, oro mm, antal aktiviteter och rörelse föregående år har nu under 2021 normaliserats mer.

Åtgärd: Vi kommer fortsatt 2022 att arbeta vidare med att öka antalet individuella och gruppaktiviteter för att arbeta fallförebyggande. Vi kommer även att arbeta mer med fallronder där även läkare är en del i teamet. Alla fall kommer fortfarande inte med i avvikelsemodulen även om de står registrerade i våra dokumentationssystem och verksamheten bedriver ett väl organiserat fallförebyggande arbete.



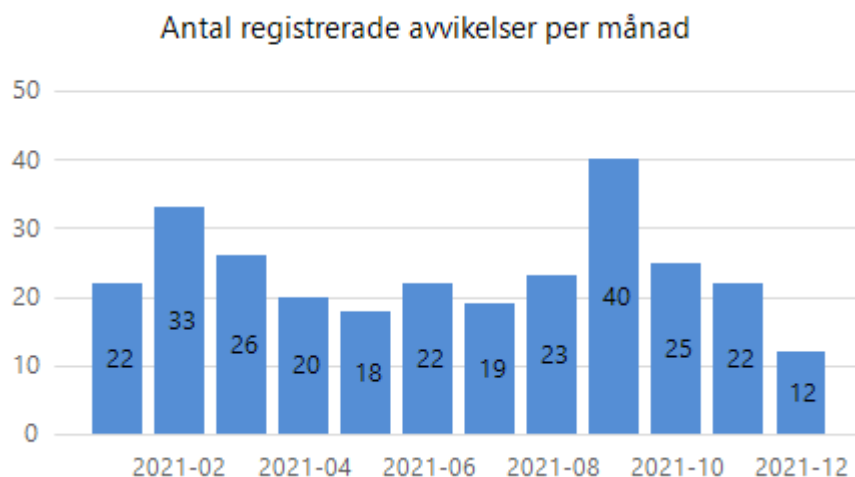
Läkemedel

Läkemedelsavvikelserna visat på ett högre resultat 2021 (68 stycken) i jämförelse med 2020 (48 stycken). Framst beror det på att sjuksköterskorna skriver mer avvikelser än tidigare men rapporteringen är fortsatt låg och omvårdnadsavvikelserna även minskat.

Vad som inte framkommer i diagrammet är att antalet avvikelser relaterat till hygien dock ökat vilket kan ses som ett resultat på vårt arbete med att hindra smitta och smittspridning som ett resultat av pandemin.

Åtgärd: Verksamheten kommer att fortsätta arbeta vidare med att uppmuntra och uppmana alla medarbetare att skriva avvikelser samt att förbättra och höja kvaliteten på inkomna avvikelser. Målet är utförligare rapporteringar och tydligare utredningar i avvikelsemodulen.

Totalt antal inkomna avvikelser 2021



Klagomål och synpunkter

Under året har det inkommit ett tiotal synpunkter och klagomål till verksamheten. Klagomålen har i huvudsak gällt uteblivna insatser, missnöje med omvårdnadsinsatser, missnöje med läkarinsatser, städning, hygien samt brister i kommunikation.

Klagomål inkommit då boende haft långa tånaglar efter att anhörig tackat nej till fotvård. Klagomål inkommit på maten och att den inte lagts upp på ett trevligt och aptitligt sätt. Information om fotvård och tandläkare varit på plats har inte framkommit till anhörig. Inkommit klagomål från anhörig gällande att omvårdnadspersonal inte besökt boende under eftermiddagen på bestämd tid. Visade sig senare att detta inte stämde och besöket var väl dokumenterat. En anhörig har stått för flertalet av klagomålen gällande att hon inte fått vaccin trots att hon är anhörig och uppgett att verksamheten slänger vaccin istället, missnöje med läkarinsatser samt sjuksköterskeinsatser då anhörig önskar ta alla medicinska beslut själv och inte instämmer med läkarens åsikt. Uppger att hon inte blivit informerad om medicinska beslut. Inkommit ett flertal hot samt klagomål från anhörig till boende som är under förvaltarskap.

Även inkommit synpunkter i form av beröm över sjuksköterskeinsatser, att personalen förgyllt tillvaron för både personal och boende.

Händelser och vårdskador

Inga vårdskador eller Lex Maria har rapporterats under året.

Risikanalys

Under 2021 genomfördes följande riskanalyser:

- Riskanalys gällande avsteg från vissa arbetsmoment gällande skyddsutrustning.
- Brandrisikanalys
- Riskanalys inför varsel
- Riskanalys/handlingsplan HSL
- Riskanalys för allmänna risker i verksamheten.
- Riskanalys byte av läkarorganisation
- Uppföljning av riskanalys inför byte av läkarorganisation.
- Riskanalys golvbeläggning renovering.
- Riskanalys besöksstopp utvärdering.
- Riskanalys och handlingsplan för allmänna risker i verksamheten
- Riskanalys och handlingsplan sjuksköterskebemanning under sommaren
- Riskanalys och handlingsplan sjuksköterskebemanning under sommaren, utvärdering
- Riskanalys och handlingsplan sjuksköterskebemanning under jul och nyår
- Riskanalys och handlingsplan sjuksköterskebemanning under jul och nyår, utvärdering.
- Riskanalyser för den enskilde HSL, SoL
- Riskanalys i den boendes lägenhet – arbetsmiljö.

Lärdomar: Vi har lärt oss att det är viktigt att inte bara göra riskanalyser utan även att följa upp resultatet av dessa.

Mål och strategier för kommande år

Mål och strategier för 2022

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

- Verksamheten satsar på att bli ”Stjärnmärkt”. Utbildning i flera steg kommer att ske på verksamheten för att höja kvalitet och kompetens inom området demens.
- Arbeta vidare med rapportering av avvikelser och avvikelshantering. Målet är att fler avvikelser rapporteras, ökad kvalitet på inkomna avvikelser och utredningar.
- Arbeta systematiskt med fallprevention, att > 95% av fallen rapportera i avvikelsemodulen. Följa upp fall och hälsoplaner. Fall tas upp varje rond. Fallkonferenser med läkare ska införas.
- Säkerställ att alla boende har aktuella riskbedömningar Downton, Roag, Norton, MNA, Nikola, ADL > 95 %. Uppföljning sker genom egenkontroller månadsvis av omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt HSL ansvarig.
- Säkerställ att alla nödvändiga lokala HSL rutiner finns och är uppdaterade.
- Alla boende med demensdiagnos ska vara registrerade i BPSD registret och de med behov ska ha en individuell bemötandeplan.
- Säkerställ att alla boende med identifierade risker har hälsoplaner upprättad med avsatt hälsotillstånd, åtgärder och uppföljningar. Uppföljning sker genom regelbundna dokumentationsgranskningar av dokumentationen.
- Säkerställ att boende får en bra sista tid i livet och att 100% av de som avlider på boendet registreras i Palliativregistret. Upp-

följning sker genom att regelbundet granska statistik från registret.

- Alla boende ska ha utförd smärtskattning (Abbey pain) vid inflytt samt sista veckan i livet.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess. Minimera antalet läkemedelsavvikelser såsom utebliven dos, missade signeringar. Regelbunden analys av avvikelser på kvalitetsråd.
- Arbeta för att samtliga medarbetare ska följa basala hygienrutiner och klädregler. Uppföljning sker genom regelbundna observationer samt självskattningar, samtliga medarbetare ska ha god kunskap om hur personlig skyddsutrustning ska användas i samband med covid-19. Sker genom utbildning, regelbundna observationer.
- Arbeta systematiskt med fallprevention, att rapportera fall i avvikelsemodulen. Följa upp fall och hälsoplaner. Ha fallkonferenser.
- Säkerställa att medarbetare får utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik.
- Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete med tydlig ansvarsfördelning samt dokumentation efter teamet.

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 brister och utveckla säkrare och tryggare rutiner varje månad.
- Avvikelser rapporteras och sammanställs varje månad. Uppföljning sker på kvalitetsforum.

Kompetensutveckling

- Ökade kunskaper i palliativ vård hos all vårdpersonal, genom att arbeta vidare med palliativa ombud, nätverksträffar samt spridning den av den kunskap som finns.
- Madrassutbildning för alla sjuksköterskor.
- Arbetsterapeut ska utbildas i BPSD.
- Utbildning i demens samt anhörigstöd för samtlig personal.
- Små utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen utförd av sjuksköterska i smärta, fall, olika psykiatriska sjukdomar, infektioner, palliativ vård, sårvård etc. som utförs av sjuksköterska.
- Utbildning förskrivningsrätt för sjuksköterska.

Intern samverkan

- HSL möten en gång per månad
- Förbättringsråd/kvalitetsråd en gång per månad
- Teammöten varje vecka
- Matråd en gg/mån
- Reflexionsmöten
- Rond med läkare en och en halv dag i veckan.
- Ledningsgruppsmöten en gång per vecka
- Planmöten
- BPSD möten

Extern samverkan

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

