

Patientsäkerhetsberättelse

Rio vård- och omsorgsboende
År 2021

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR	5
<i>Övergripande mål och strategier</i>	5
<i>Mål:</i>	5
<i>Aktiviteter:</i>	6
Måluppfyllelse: 6	
<i>Strategier 2021:</i>	7
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
<i>Lokal samverkan:</i>	8
<i>Samverkan med kommun och region</i>	9
Patienters och närståendes delaktighet	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Klagomål och synpunkter	12
Egenkontroll.....	12
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	14
Risikanalys	15
Utredning av händelser - vårdskador	15
Informationssäkerhet	16
RESULTAT OCH ANALYS.....	16
<i>Resultat och analys</i>	16
<i>Bedömningar</i>	17
<i>Avvikelser</i>	19
<i>Klagomål och synpunkter</i>	20
<i>Händelser och vårdskador</i>	21
<i>Risikanalys</i>	21
Mål och strategier för kommande år.....	22
<i>Strategier</i>	22
<i>Våra utmaningar</i>	24

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 2021 har Covid-19 fortsatt att påverka hela verksamheten ur flera olika perspektiv. Pandemin har även påverkat verksamheten så det planerade utvecklingsarbetet har fått stå tillbaka till viss del.

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 ytterligare jämfört med tidigare år vilket till viss del kan härledas till att tidigare kvalitetsansvarig sjuksköterska även sökte efter avvikelser i journalanteckningar men även att antalet avvikelser som registrerats minskat.

Det systematiska kvalitetsarbetet kommer att utvecklas vidare för att genom det multiprofessionella teamet analyser och finner den ”röda tråden” i avvikelser. Teammöten och dokumentation har fortsatt utvecklas med målsättning att bli en naturlig bas för personcentrerad vård kring den enskilde. Arbetsmetoden har påbörjats på samtliga våningsplan vilket gett god framgång för den enskilde. 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. Den form av kvalitetsråd som implementerats får slutet av 2020 fram till dec 2021 har genererat en bättre process av hur hanteringen av avvikelser generellt ska avhandlas i verksamheten, statistik har presenterats på kvalitetsrådsmöten i syfte att underlätta förståelsen för hur avvikelser ökar respektive minskar månad från månad. Formen på mötet kan beskrivas som att representanter i rådet redan innan mötet äger rum har tankar och förslag på hur avvikelser tillsammans med kollegiet på respektive våningsplan verksamheten som kan generera lösningar för andra våningsplan. Under år 2021 fram till dec 2021 har flera goda råd och exempel tagit fram och diskuterats för att bistå varandra i verksamheten under 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. Implementeringen av Vi-Sam beslutsstöd har visat på att patientsäkerheten på Rio vård och omsorgsboende strakt har förbättrats såväl som implementeringen av SBAR rapporteringssystem.

Läkarorganisationen har meddelat till Vc under 2021- fram till dec 2021 dec, att rapportering gällande SBAR nu fungerar på ett mycket säkert sätt vid återkoppling från sjuksköterskor på Rio vård och omsorgsboende gällande rapportering för hos den enskilde vilket stärker patientsäkerheten till en mer säkrare nivå.

Ytterligare ett steg har vidtagits under första halvåret 2021 för att öka patientsäkerheten gällande administration av läkemedel. Handhavandet av delegering har digitaliserats så att ett säkert sätt för leg. sjuksköterskor införts i journalsystemet gällande kontroll och uppföljning av delegeringar.

Antal genomförda bedömningar gällande fallrisk, nutrition, munhälsobedömningar, kontinens och ADL bedömningar har ökat markant från 2020 vilket ses som en positiv faktor. Gällande ADL enligt Sunnås så ses öknings av bedömningar vara en positiv effekt av det projektarbete som gjordes av Korttidsavdelningen i syfte att effektivisera och kvalitetssäkra vården på enheten. Effekten av det projektarbete som utfördes på Korttidsavdelningen visar på att fysioterapeut och arbetsterapeut i större omfattning än tidigare på mycket mer positivt har kunnat använda sin arbetstid till övriga våningsplan för att utföra bedömningar för den enskilde.

Gällande verksamhetens egenkontroller som sker i verksamheten 2 ggr per år (PPM, kollegial granskning av journal) så visar gruppen av leg sjuksköterskor i verksamheten på stor skicklighet och god förmåga att i grupp analysera ovanstående resultat vilket bidrar till fortsatt kvalitetsutveckling i Hälso-och sjukvården.

Under året har verksamheten via verksamhetschef fram till dec 2021, som sedvanligt, planerat och haft en mycket positiv dialog med Sophiahemmets lärosäte gällande VFU praktik för 12 ssk studenter. Återkopplingen från Sophiahemmet har via muntlig och skriftlig dialog varit uteslutande positivt gällande mottagande från VC fram till 2021-12. VC har tills nu varit den första kontakten för respektive student. Studenten har möjlighet att presentera frågor på ett personligt plan till VC via utskick av schema görs av VC som anpassas för studentens behov (32,00h/ v), Studenten får via VC kontakt med handledare och på så vis etableras en personlig kontakt.

Återkopplingen från lärosätet gällande VFU har visat på att samtliga studenter har varit mycket nöjda med de handledare, (omvårdnadsansvarig sjuksköterska) som tilldelats. VC har även genomfört samtal med studenter från varje period för att ta till vara studenterna upplevelser och lärandemål.

Dokumentationen för sjuksköterskor i Vodok pågår och kommer att utvecklas med hjälp av en processledare som anställts under ett år vilket kommer att öka patientsäkerheten ytterligare.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

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 för patientsäkerhetsarbetet för att säkra er verksamhets kvalitet. T.ex. att ni genomför egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation, PPM, QUSTA, särskilda utbildningsinsatser mm.

Målet för patientsäkerhetsarbetet: Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

Under våren 2021 kom 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 Förskrivning 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.

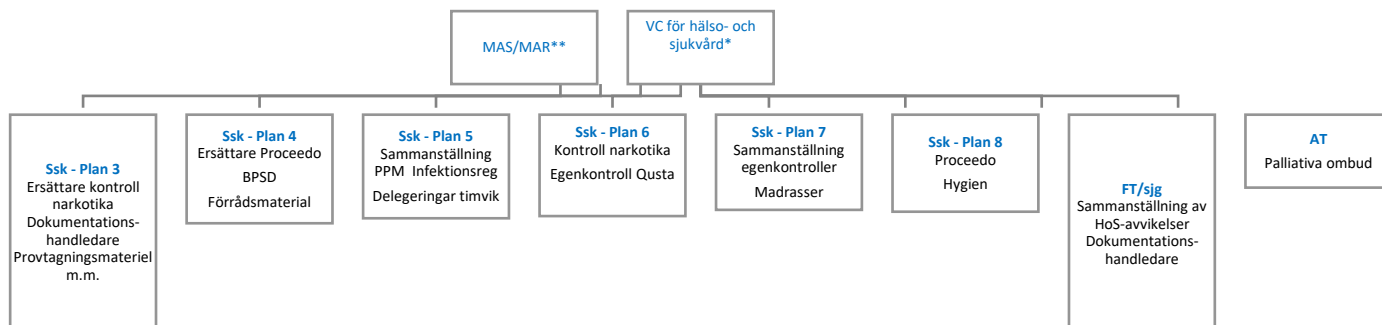
Aktiviteter:

1. SoS' utbildning Förskrivning av förbrukningsartiklar/Exempel på förskrivning 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

Strategier 2021:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra egenkontroll av utvalda processer/indikatorer
 - genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårds-dokumentation med fokus på text hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd, KVÅ-koder
 - genomföra punktprevalensmätning över utvalda indikatorer två gånger under året
2. Utreda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser
3. Registrera i nationella kvalitetsregister.
4. Upprätthålla och utveckla kompetens hos legitimerad personal genom:
 - Deltagande vid nätverksträffar för dokumentation, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Organisation och ansvar

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

Rio vård- och omsorgsboende är delad i tre enheter och som leds av tre enhetschefer med fullt ansvar. Syftet är att främja det nära ledarskapet. 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 dokumentationsstödare och hygienombud finns i verksamheten. Från december månad 2021 ändrades organisationen för Rio vård och omsorgsboende, områdeschef har nu rollen som verksamhetschef och beskriver i denna text framtida mål och strategier.

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 lokala rutiner och göra dessa kända för legitimerad personal.

Verksamhetschef för hälso-och sjukvård har det övergripande ansvaret för driften och ska i dialog och samverkan med medicinsk ansvarig sjuksköterska MAS, och medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR, ansvara för patientsäkerheten.

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 och rutiner 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. Som stödfunktioner till verksamheten tillkommer dietist som samverkar med såväl måltidsombuden såsom med sjuksköterska. Vårdhygien genomför hygienrund vartannat år, ger råd och rekommendationer samt finns även tillgänglig vid specifika frågor. Verksamheten samverkar med apoteket i form av inspektion som även ger råd i läkemedelsfrågor.

Verksamheten samverkar med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och dietist i att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Dietisten genomför egna kliniska bedömningar i verksamheten och är en del av det multiprofessionella teamet.

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 samverkar med (MAS) och (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 för munhälsobedömningar, och Oral Care samt Flexident, eller en privat tandläkare, anlitas för nödvändig tandvård utifrån patientens önskemål. 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 avdelnings-stödet på Östermalms sdf med hjälp av stimulansmedel. Målet var att 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. Undersköterskorna har exempelvis erhållit kompetenshöjning gällande att mäta vitala parametrar. Gäster och anhöriga har uttryckt stor nöjdhet med vistelsetiden på korttidsavdelningen och i nöjdheten lyfts bemötandet samt det goda teamarbetet som genomsyrar miljön på enheten. Vid möten lyfts arbetsmetoden, går igenom och diskuteras återkommande.

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 fordrar 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.

I slutet av året, nov 2021, infördes en ny modell, beslutstöd Visam, vid bedömning av försämrat allmäntillstånd hos en patient. Beslutsstödet med checklista ger ett strukturerat stöd vid bedömning av behov av akut sjukhusvård samt i att säkra informationsöverföringen. Implementering av den nya modellen fortlöper in i år 2022. Egenkontroll ska utföras av verksamhetschef månadsvis enligt egenkontrollen.

För patient som inte själv kan redogöra för persondata och hälsotillstånd gäller att patienten erhåller ett ID-band och att akutrapport medföljer patienten. Under år 2021 har avsteg från medföljare fått göras pga. de restriktioner som råder under pandemin, Covid-19.

Vid kontakt med läkare vid akuta tillstånd används metoden SBAR vilket är en akronym för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och rekommendationer. Metoden är ett verktyg som ska förbättra kommunikationen mellan och inom olika yrkesgrupper för att därigenom öka

patientsäkerheten genom att strukturerad information ges och för att presentera viktig fakta på ett effektivt sätt. Under 2021 har metoden använts med stor framgång och läkarorganisationen har återkopplat att en stor framgång gällande informationsöverföring skett till patienternas fördel med metoden SBAR vid förändrade hälsotillstånd.

Vid utskrivning från sjukhus används checklista i samband med överrapportering. Sjuksköterska ska i samband med inflyttning kontrollera att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska och omvårdnadsnärliggande och rehabiliterande insatser som patienten erhållit. Utskrivningsmeddelandet ska innehålla: resultat av aktuell vård och behandling, ADL-förmåga, kommunikativ förmåga, eventuella komplikationer eller risker i samband med behandlingsåtgärder samt en aktuell läkemedelslista. Även aktuella läkemedel ska skickas med från sjukhuset.

På inflyttningsdagen, eller den första helgfria vardagen, träffar arbetsterapeut och sjukgymnast patienten och gör en första bedömning om behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Om inflyttning sker under en helgdag gör tjänstgörande sjuksköterska den första initiala bedömningen angående förflyttning utifrån överrapportering från sjukhuset.

Under år 2021 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 få möjlighet att 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 och dess anhöriga där utgångspunkten är patientens berättelse om sin sjukdom. 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 efter dennes samtycke. I samband med registrering i Senior Alert och BPSD-

registret har anhörig möjlighet att vara delaktig 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 mottagande verksamhet och den enskilde (patienten) och dess anhöriga för att det medicinska och omvårdnadsbehov säkerställs.

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. Avvikelserna har sammanställts av leg. fysioterapeut samt verksamhetschef månadsvis i ett dokument där avvikelserna presenteras utifrån kategorierna fall, läkemedelshantering, övriga HSL-avvikelser (specifik omvårdnad/specifik rehabilitering) och vårdkedjan. Avvikelserna presenteras våningsvis med datum och klockslag för händelsen, beskrivning av händelsen, konsekvens för patienten, trolig orsak till händelsen samt åtgärd. Statistik utifrån avvikelserna har presenterats i en separat tabell där även avvikelser angående uteblivna signeringar av administrering av läkemedel har tagits upp. Genomgång av avvikelser (förutom fall) från föregående månad har skett av verksamhetschef och leg. fysioterapeut någon dag innan kvalitetsrådet. Verksamhetschef beslutar om utredningen kan avslutas eller i fall fortsatt utredning behövs. Denna ordning av kvalitetsrådet som upprättades under året 2021 har genererat till en högre förståelse för samtliga yrkeskategorier på Rio vård och omsorgsboende och givit mer högre genomslagskraft till deltagande och förslag på åtgärder. Förslag på de åtgärder som inkommit på rådet har medfört att kunskap och tips har kunnat spridas inom verksamheten. Kvalitetsrådet har haft möten varje månad. 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 samt Gemensam-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 2021.

En synpunkt inkom från biståndshandläggare som gjort en uppföljning med en av gästerna på Rio korttidsavdelning. Synpunkten innehöll ett klagomål på för lång väntetid när gästen önskade vid behovsläkemedel nattetid. Undertecknad har granskat journal och inte funnit något avvikande i de intervall som läkemedlet gavs under de sju dagar som vistelsen varade. I utredningen framkommer dock att gästen önskat mer tillsyn och närvaro av baspersonal i väntan på sjuksköterska. Synpunkten är framförd tillberörd medarbetare. Händelsen är kommunicerad med övrig baspersonal och vikten av mänsklig närvaro vid, som i aktuellt fall, smärtgenombrott har lyfts och diskuterats.

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

För säkerställande av patientsäkerhet har följande egenkontroller genomförts under året:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger per år	Vodok, Checklista – Kollegialgranskning/uppföljning av journal, Stockholms stad
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)

Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
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
Riskbedömningar/screening för: fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	2 gång per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0 Senior alert
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagen mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång vartannat per år	Protokoll
Basala hygienrutiner	3 gång per år	Självskattning - följsamhet till basala hygienrutiner, SLL
Vård i livets slutskede	4 gånger per år	Svenska palliativregistret
Läkemedelshantering Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av administrerade läkemedel	1 gång i månaden	Kontroll av utgångsdatum Narkotikajournaler Signeringslistor
Delegeringar	2 gånger per år	Delegeringspärmar på ssk-expeditioner
Förbrukningsmaterial Kontroll av utgångsdatum gemensamma förrådet	2 gånger per år	

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Verksamhetens kvalitet i hälso- och sjukvård har bedömts av verksamhetsuppföljare i kommunen enligt Qusta där verksamhetens styrkor och utvecklingsområden identifierades. Journalgranskningar har genomförts, likaså extern kvalitetsgranskning av Apoteket via Skype 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. Kvalitetsrådet hade möten 10 gånger under året där avvikelser diskuterades. Teamarbetet har ändrat form under år 2020 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 under år 2021 vilket varit ett behov då två omvårdnadsjuksköterskor saknat helt eller delvis på våningsplan med demensinriktning under några månader vilket lösts genom att leg HSL personal gemensamt fördelat teammöten mellan sig under period då omvårdnadsansvarig sjuksköterska saknats.

Medarbetare har deltagit i olika utbildningsinsatser, både internt och externt. Förflyttningsutbildningar för i huvudsak nyrekryterad baspersonal och delegeringsutbildningar har genomförts under året och personal har även gjort olika webbutbildningar såsom basala hygienrutiner och Jobba säkert med läkemedel. Från 2021 finns all baspersonal med delegering införd i Vodok för att omvårdnadsansvarig sjuksköterska på ett säkert sätt ska kunna följa upp och ha kontroll på när delegering för baspersonal ska förnyas eller enligt riktlinje följas upp efter 14 dagar. Sjuksköterskorna har utbildats i ViSAM- beslutstöd som ska ge en strukturerad bedömning vid ändrat hälsotillstånd vilket även ökar patientsäkerheten.

Den hygiengrupp som bildades under år 2019 och arbetar med hygienfrågor har utvecklats under år 2020-2021 för att även inneha ansvar för att förråden på Rio vob följer en hygienisk standard. En utbildning med hygienombud har genomförts med fokus på genomgång av lokaler, tvättstuga, förråd, sköljrum. I utbildningsprogrammet tillkommer teoretisk utbildning som dock ej har kunnat genomföras pga. smittspridning av Covid-19 i verksamheten. I samband med pandemin, Covid-19, skedde utbildningar kontinuerligt i basala hygienrutiner, kohortvård samt hur skyddsutrustning används på ett korrekt sätt för att minska smittspridning. Utbildning har även skett kontinuerligt 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”, åtgärden fortgick under hela 2021. 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 kvarstod från till våren 2021 och 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. Under 2021 beslutades att varje våningsplan själva skulle utöva kohort vid misstänkt smitta alternativt konstaterad smitta. Vid den tidpunkten fanns få eller inga fall av Covid-19 i verksamheten. Samtlig baspersonal i verksamheten utbildades under hösten 2021 i hur kohortvård ska utföras.

Risکاناليس

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

Risکاناليس 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 eventuell force majeure i verksamheten. Pandemin har inneburit ytterligare risکاناليس i verksamheten såsom smittspridning, prioriteringar av hälso- och sjukvårdsinsatser, förändring av bemanning och kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, säkra besök vid utomhus och inomhusbesök och source control. Den senare risکاناليس har minskat risken för att source control skulle ha använts på felaktigt vis. Risکاناليسerna handlar om att verksamheten systematiskt använder sig av tillgänglig information för att beskriva och beräkna risker. Med hjälp av risکاناليس bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser.

Risکاناليسerna kommuniceras på HSL-möten samt via mail.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under år 2021 har en händelse utretts som vårdskada. Vi granskning framkom att den enskilde hittades på golvet, glidit ur sin sittställning från stol, fallit i golvet och ådrog sig ett buktande hematoma i bakhuvudet. Händelsen föranledde inget besök på sjukhus. Vid utredningen framkom att golvlarmet hos den enskilde inte ej fungerade, det var ej heller kontrollerat. Åtgärder som vikten av att observera den enskildes tillstånd vid försämring, erbjuda vila efter lunch. Rutinen av provlarm dagligen och signering måste följas. Händelsen har diskuterats både på våningsplan och teammöte. Lärdom av detta är att baspersonalens förmåga att iaktta förändrat tillstånd hos den enskilde måste stärkas på de våningsplanen med somatisk och demensinriktning samt vikten av att kontroll av larmfunktionen måste göras

dagligen i hela verksamheten. Händelsen var inte en avvikelse i Hälsa och sjukvård utan visade på brister i omsorgen.

Under sommaren utreddes ytterligare en händelse som möjlig vårdskada gällande patient.

Vid ett tillfälle gavs insulin till patient som ej var ordinerad insulin. Händelsen anmäldes till IVO som en Lex Maria. IVO har återkopplat att verksamheten vidtagit åtgärder så att händelsen i verksamheten kan ske igen.

Utredning: Samtliga berörda personer fick redogöra för händelsen till medicinsk ansvarig sjuksköterska som hanterade utredningen. Personal som gav den felaktiga injektionen hade erhållit utökad delegering som emellertid ej följdes upp efter 14 dagar. Åtgärder är vidtagna enligt MAS instruktioner.

Lärdom: Sjuksköterska som ger utökad delegering måste följa upp delegering efter 14 dagar. MAS ska informeras vid utökad delegering för berörd personal. Det framkom att de under aktuell tid fanns brister i rutiner och planeringen av det dagliga arbetet. Verksamheten har fattat ett beslut att i framtiden inte tillämpa utökad delegering. Händelsen är kommunicerad på HSL möte samt på kvalitetsråd som såväl på det våningsplan där händelsen inträffade.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Loggkontroller i VODOK, NPÖ

Verksamhetschef gör loggkontroller en gång i månaden. Under år 2021 har användare på två plan per månad kontrollerats enligt ett upprättat schema och under ett dygn. Inga avvikelser har noterats i Vodok.

NPÖ kontrolleras månadsvis, alla inloggningar kommer med vid granskning och fram till oktober har loggarna skett utan avvikelser

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultat och analys

Antalet registrerade avvikelser i avvikelsemodulen har minskat även under 2021 under året. Under år 2021 har en ordinarie sjuksköterskor avslutat sin anställning och verksamheten har i väntan på nyrekrytering använt sig av bemanningsföretag. Flera sjuksköterskor har haft längre sjukskrivningsperioder som även vara en förklaring till de minskade registreringarna. En annan förklaring är att sjuksköterskorna finner avvikelsemodulen som krånglig och vid flertal av registreringarna är inte alla parametrar ifyllda vilket gör det svårt att tolka vad som skett. Vad gäller vårdrelaterade infektioner har urinvägsinfektioner varit mest förekommande följt av sårinfektioner. Ingen influensa samt virusorsakad magsjuka förekom under början av året.

Alla patienter som ville ha vaccination mot Covid-19, pneumokocker samt mot säsongsinfluensa vaccinerades snarast efter att vaccin blev tillgängligt.

Extern apoteksgranskning genomfördes under september månad. Brister är åtgärdade. Under året har avvikelser vid kontrollräkning av narkotika-klassade läkemedel förekommit. Åtgärder har vidtagits i samband med avvikelserna.

Kontroll av delegeringar genomfördes. Avvikelser i uteblivna signeringar har kontrollerats av omvårdnadsansvarig sjuksköterska en gång per månad och trenden är att avvikelserna minskat nu även under sommarperioden jämfört med föregående år 2020. Ett arbete har skett under sommar-höst 2021 med digitalisering av delegering i journalsystem för att säkerställa patientsäkerheten. Stort fokus har i år lagts att informera och utbilda nyanställd baspersonal inför sommarperioden i hur läkemedel administreras för att säkerställa att rätt läkemedel ges vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledning ansvarar för att timvikarier får rätt utbildning och rätt introduktion.

Bedömningar

Kontroll av genomförda bedömningar visade att dessa hade gjorts enligt följande på vård- och omsorgsboendet:

- 93 % av patienter enligt Downton Fallrisk Index
- 98 % av patienter enligt Modifierad Nortonskala (trycksår)
- 97 % av patienter enligt MNA (nutrition)
- 75 % av patienter enligt Nikola (blås- och tarmdysfunktion)
- 90 % av patienter enligt ROAG (munhälsa)
- 57 % av patienter enligt Sunnås ADL Index

Siffrorna på samtliga områden är bättre jämfört med år 2020 och visar att fler boende blivit bedömda enligt riktlinjer.

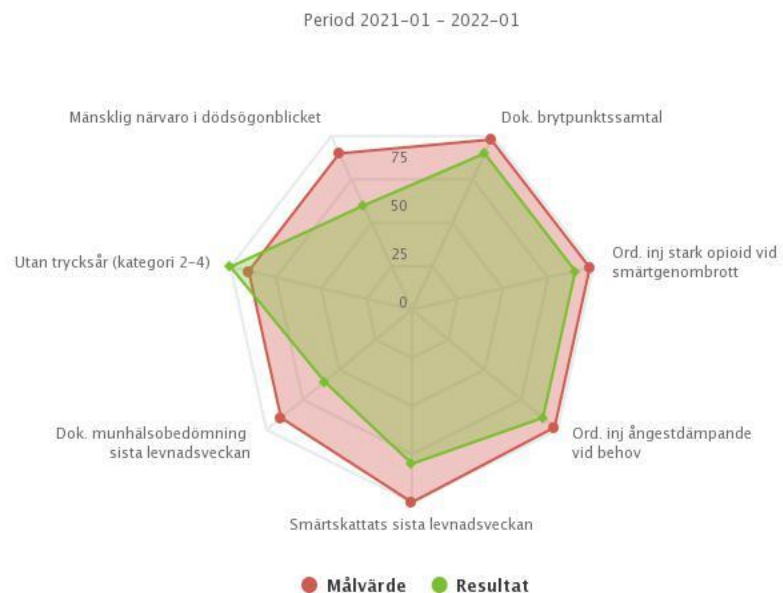
Kontroll av genomförda bedömningar på plan 3, korttidsboendet visade att dessa hade gjorts enligt följande:

- 87 av (99 antalet) patienter enligt Downton Fallrisk Index
- 80 av (99 antalet) patienter enligt Modifierad Nortonskala (trycksår)
- 78 av (99 antalet) patienter enligt MNA (nutrition)
- 66 av (99 antalet) patienter enligt Nikola (blås- och tarmdysfunktion)
- 11 av (99 antalet) patienter enligt ROAG (munhälsa)
- 91 av (99 antalet) patienter enligt Sunnås ADL Index

Korttidsavdelningen har blivit mycket bättre med att genomföra bedömningar enligt ovan.

Registreringar i Palliativa registret har kontrollerats under året och har minskat från 88 % till 52 %. Orsak till minskningen kan bero på att flera dödsfall inträffade i december kring julhelgen och har ej hunnit registreras ännu. De vanligaste bristerna handlar om att man inte använder en mätskala för smärtskattning under den sista levnadsveckan (används i 80 % av de registrerade dödsfallen) och att dokumentation av munhälsobedömning under den sista levnadsveckan saknas (dokumenteras i 60 % av de registrerade dödsfallen). Användning av mätskala för smärtskattning och dokumentation av munhälsobedömning har dock ökat för båda dessa områden jämfört med året innan. Målvärden för dessa områden är 100 respektive 90 %. Ett annat område som inte når till målvärdet 90% är mänsklig närvaro vid dödsögonblicket vilket sker vid 60 % av dödsfallen. Detta är en minskning från året innan. Se bild nedan. Ovanstående registrering överensstämmer inte med bemanningsöversikt som jämförs vid dödfall. Verksamheten, enhetschefer ansvarar för att se över bemanning när extra behov påkallas. Samverkan enligt ovanstående tillsammans med OAS är ett utvecklingsområde.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



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

tillämpas och som ger god framgång i registreringar är att följa upp registrering i samband med att teammöten sker.

Resultatet av egenkontroll av signeringslistor av läkemedel visar att missade signeringar minskat avsevärt sedan 2020. Det finns olika tolkningar hos baspersonal som signerar när patient tackar nej till läkemedlet. Ovanstående ett av de utvecklingsområden som behöver göras vidare trots den positiva trenden som avspeglats under 2021. En lösning på säkerställande av signeringar av läkemedel skulle kunna vara via digital lösning.

Observationer i följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes våren, sommar och senhöst 2021. PPM mätningen visar på ett gott resultat. De positiva resultaten kan direkt korreleras till de omfattande utbildningsinsatser som skedde under pandemin.

Den kollegiala granskningen visar på att verksamheten har ett utvecklingsområde av hälsoplaner och särskilt gällande nutrition och dokumentationsstödare har en fortlöpande dialog med omvårdnadsansvariga sjuksköterskor för att kvaliteten av hälsoplaner ska uppdateras.

Avvikelser

Falloolyckor även i år mest förekommande bland avvikelserna, därefter läkemedelsavvikelser, trycksår, avvikelser i vårdkedjan. 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. Minskad ork är även en orsak till fall. De flesta av fallolyckorna ledde inte till någon skada förutom mindre skrapsår/sår, hematom, svullnad 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.

Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelser är uteblivna doser då baspersonal antingen glömt att ge patienten läkemedel, glömt att signera 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). De flesta avvikelserna har inte lett till någon vårdskada för patienten. En allvarig läkemedelsavvikelse inträffade dock genom förväxling av patient. Detta ledde till en Lex Maria-anmälan.

Orsaker i 2021 gällande vårdkedjan har varit att patienten inte fick några läkemedel eller journalanteckningar med sig från sjukhuset i samband med inflyttning till korttidsboendet. Föregående år 2020, hade verksamheten 11 avvikelser i vårdkedjan. Orsaker till den positiva nedgången i antal rapporterade avvikelser 2021 kan förstås genom att överrapportering nu

sker via SBAR vilket innebär en mer konklusiv rapportering. Några avvikelser handlade om att fallolyckor inte hade registrerats i avvikelsemodulen eller följts upp. 5 trycksår uppkomna i verksamheten har registrerats och åtgärder är vidtagna för att förebygga risken för trycksår.

Avvikelse	Antal	Exempel på förbättringsförslag
Fall	121	Se till den enskildes resurser för varje dag, varje moment, då det kan variera över tid och olika hjälpmedel eller skyddsåtgärder måste uppdateras beroende på den enskildes förmågor/ tillstånd..
Läkemedel	24	Bättre informationsöverföring i teamen och mer kunskap hos baspersonal om vad en utebliven dos kan innebära för den enskilde. Dialog med berörd personal sker.
Trycksår	5	Daglig översyn av hudkostym
Vårdkedjan	4	Förbättra registrering vid inskrivning ex. I de fall den enskilde ankommit utan läkemedel alternativt journal har en dialog skett med tidigare vårdgivare och det saknade materialet har budats till Rio vob
Specifik omvårdnad	0	

Klagomål och synpunkter

En synpunkt inkom från biståndshandläggare som gjort en uppföljning med en av gästerna på Rio korttidsavdelning. Synpunkten innehöll ett klagomål på för lång väntetid när gästen

önskade vid behovsläkemedel nattetid. Undertecknad har granskat journal och inte funnit något avvikande i de intervall som läkemedlet gavs under de sju dagar som vistelsen varade. I utredningen framkommer dock att gästen önskat mer tillsyn och närvaro av baspersonal i väntan på sjuksköterska. Synpunkten är framförd tillberörd medarbetare. Händelsen är kommunicerad med övrig baspersonal och vikten av mänsklig närvaro vid, som i aktuellt fall, smärtgenombrott har lyfts och diskuterats.

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.

Händelser och vårdskador

Under sommaren utreddes ytterligare en händelse som möjlig vårdskada gällande patient.

Vid ett tillfälle gavs insulin till patient som ej var ordinerad insulin. Ärendet utreddes enligt Lex Maria. Händelsen delgavs till IVO som återkopplade att verksamheten vidtagit åtgärder så att händelsen i verksamheten inte kan ske igen.

Utredning: Samtliga berörda personer fick redogöra för händelsen till medicinsk ansvarig sjuksköterska som hanterade utredningen. Personal som gav den felaktiga injektionen hade erhållit utökad delegering som emellertid ej följdes upp efter 14 dagar. Åtgärder är vidtagna enligt MAS instruktioner.

Lärdom: Sjuksköterska som ger utökad delegering måste följa upp delegering efter 14 dagar. MAS ska informeras vid utökad delegering för berörd personal. Verksamheten har fattat ett beslut att i framtiden inte tillämpa utökad delegering. Händelsen är kommunicerad på HSL möte samt på kvalitetsråd som såväl på det våningsplan där händelsen inträffade.

Riskanalys

Riskanalys på verksamhetsnivå har gjorts inför sommarperioden samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten med fokus på 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 eventuell force majeure i verksamheten. Pandemin har inneburit ytterligare riskanalyser i verksamheten såsom information om smittspridning, prioriteringar av hälso- och sjukvårdsinsatser, kontinuitet bland hälso- och sjukvårds-personal, säkra besök vid utomhus och inomhusbesök och source Control. Riskanalys har även framtagits gällande bemanning beroende på aktuell situation som är kopplad upptäckt ti smitta av Covid-19 under dag, kväll och helg.

Lärdom: En riskanalys visar vad som behövs för att öka patientsäkerheten. Syftet är och har medfört att minimera riskerna för patienterna, genom att all HSL-personal har arbetat utifrån givna riskanalyser.

Resultatet har varit av en positiv karaktär där all leg. HSL personal på Rio vård och omsorgsboende har visat på mycket god förmåga att bedöma negativa konsekvenser och besluta om åtgärder som är kopplade till riskanalyserna som kommunicerats under år 2021.

Mål och strategier för kommande år

Våra mål beträffande patientsäkerhetsarbetet under 2022 är att:

1. Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser dokumenteras i Vodoks avvikelsemodul
2. Minska risken för vårdskador eller att allvarliga avvikelser ska inträffa
3. Fortsätta arbetet med att säkerställa informationsöverföringen via Sbar för att bl.a. minska läkemedelsavvikelsena från 24 till 10 samt arbeta utifrån beslutstöd Visam där Sbar är en del.
4. Förbättra den palliativa vården genom att:
 - a) öka den önskade mänskliga närvaron i dödsögonblicket från ca 60% till ca 80% enligt registreringar i palliativa registret,
 - b) öka andelen smärtskattade boende den sista levnadsveckan från 75% till 100% enligt registreringar i palliativa registret,
 - c) öka de dokumenterade munhälsobedömningarna den sista levnadsveckan från ca 60% till 80% enligt registreringar i palliativa registret.
5. Förbättra dokumentationen i Vodok beträffande
 - a) patientens dokumenterade delaktighet i vården från ca 15% till 50%
 - b) att vi kan följa omvårdnadsprocessen i 80% av journalerna
 - c) att alla inaktuella journalanteckningar är avslutade
 - d) kvalitén i bedömningen enligt MNA ska förbättras samt de planerade åtgärderna

Strategier

Vår strategi för att alla hälso- och sjukvårdsavvikelser dokumenteras i Vodok är bl.a. utbilda sjuksköterskorna i avvikelsemodulen som de upplever som krånglig, motivera och förklara för alla yrkeskategorier varför avvikelser ska skrivas, dels via väningsmöten, teammöten och kvalitetsråd samt påminna varandra om att skriva en avvikelse när den inträffar, med andra ord vara varandras minne. Under kvalitetsråden kommer vi jämföra inträffade avvikelser med de dokumenterade i vårt avvikelssystem.

För att minska risken för att trycksår ska uppkomma kommer vi att delta i ett projekt med PU sensor.

PU sensor är ett nytt instrument och en ny metod som baseras på mångårig forskning. PU sensor gör det möjligt att, som komplement till dagens riskbedömningsmetoder, utvärdera det ytliga blodflödet hos en individ för att kunna sätta in preventiva åtgärder med större precision. PU sensor är ett objektivet undersökningsverktyg som utgår från individens fysiologiska förutsättningar.

För att säkerställa att korrekta åtgärder vidtas vid en negativ händelse/avvikelse arbetar vi i flera steg.

1. När en negativ händelse inträffar vidtas akuta åtgärder för att minimera konsekvenserna av händelsen för den äldre eller att vårdskada ska uppstå
2. Utifrån ordinerade åtgärder, följs dessa upp och revideras vid behov inom de närmsta dygnet ev. under en längre tidsperiod beroende på händelse och ordinerade åtgärder
3. Inom en vecka analyseras den negativa händelsen av alla professioner som varit involverade och ev. ny åtgärder vidtas, dessa åtgärder kan vara personliga eller organisatoriska, allt för att den negativa händelsen inte ska upprepas igen..
4. Vid en avvikelse som innebär att vi ev. behöver ändra på rutiner eller organisation som gäller hela Rio VoB, så bildas en arbetsgrupp under nästkommande kvalitetsrådet

Vi har nu en stabilare sjuksköterskebemanning på Rio VoB vilket möjliggör att all avlidna som ska registreras i palliativa registret kan registreras Vi kommer följa upp registreringarna i palliativa registret månadsvis samt analysera resultatet vi får fram och vidta åtgärder för att nå våra mål.

Vi kommer utbilda medarbetare i kontinensvård utifrån de utbildningarna som finns tillgängliga både för baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal.

Sjuksköterskor kommer att handleda baspersonal utifrån personligt ordinerade kontinenshjälpmedel samt följa upp sina ordinationer.

För att säkerställa informationsöverföringen mellan de olika professionerna kommer vi försätta det påbörjade arbetet med Sbar bl.a. genom att följa avvikelser beträffande givna läkemedel och informationsöverföring månadsvis bl.a., via hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsråd och vidta åtgärder efter analys av avvikelserna,

För att förbättra teamarbetet mellan de olika professionerna kommer vi nu när pandemin förhoppningsvis går in i ett lugnare skede återuppta våra teammöten mer regelbundet än vad

vi kunnat göra under det gångna året, vilket ska leda till ett förbättrat samarbete mellan de olika professionerna.

Vi fortsätter med kollegial granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen två gånger per år i Vodok. Processledaren kommer att granska ca 8 journaler i Vodok per månad, utifrån framtagen mall av processledarna i staden, hen analyserar resultatet och redovisar det månadsvis till Verksamhetschef. Processledare och Verksamhetschef kommer gemensamt fram till vilka åtgärder som behöver vidtas utifrån granskning och analys, för att komma till rätta med de förbättringsområden som eventuellt kommer fram i granskningen av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i Vodok. Verksamhetschef informerar om resultat av granskningarna samt vilka åtgärder som behöver vidtas till hälso- och sjukvårdspersonal. Vid behov kommer Processledaren utbilda.

Utbildning kommer att ske under februari/mars för sjuksköterskor beträffande hur bedömningar enligt MNA ska utföras, hur resultatet ska tolkas, hur insatser/ordinationer ska planeras och utföras så att de följer nutritionsprocessen, likaså ingår det i utbildningen att upprätta och följa upp hälsoplaner. Dietist Matilda Pettersson och Processledare Dorota Kulik kommer hålla i utbildningen. Utbildningen kommer följas upp via dokumentationsgranskning.

Våra utmaningar

En av våra utmaningar är att säkerställa att alla sjuksköterskor arbetar utifrån Beslutstöd Visam, ink. vikarier. Syftet med arbetet är att ge trygghet till den äldre och säkerställa att den äldre får en så optimal vård som möjligt och att hen vårdas inom rätt vårdnivå, vilket bl.a. innebär att den äldre inte behöver åka in till akutsjukhus om behov inte finns samt att vi säkerställer informationsöverföringen mellan olika professioner.

För att lyckas med utmaningen kommer Verksamhetschef att följa sjuksköterskornas arbete, dels genom att sammanställa och analysera deras inlämnade arbetsmaterial som beslutstöd Visam tagit fram samt att det blir en punkt i introduktionen av nyanställda sjuksköterskor, oavsett anställningsform.

En annan utmaning vi har är att öka sjuksköterskornas förståelse beträffande vilken hjälp de kan få av vår dietist samt att hen blir mer involverad i Rio VoB:s verksamhet.

För att lyckas med det är det viktigt att vår dietist är fysiskt på plats samt är med på olika möten, där hen dels kan identifiera patientens behov och komma med förslag på hur vi kan nyttja hennes kunskaper bättre än vad vi gör idag.