

# Patientsäkerhetsberättelse

Hemmet för gamla  
År 2019

Datum och upprättad av

2020-01-31 Nina Ehn

---

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet .....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	7
Klagomål och synpunkter .....	8
Egenkontroll .....	9
<b>PROCESS.....</b>	<b>10</b>
Egenkontroller .....	11
Risikanalys .....	15
Utredning av händelser – vårdskador .....	15
Informationssäkerhet .....	16
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>16</b>
Mål 2019 .....	16
Egenkontroll .....	18
Avvikelser .....	26
Klagomål och synpunkter .....	31
Händelser och vårdskador .....	31
Risikanalys .....	32
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>32</b>

## Sammanfattning

Under 2019 har målen för patientsäkerhetsarbetet stärkts inom flera områden. Arbeta har påbörjats för att införa BPSD-registret och personcentrerat arbetssätt på demensavdelningarna. Inkontinensvården har stärkts genom kompetensutveckling för sjuksköterskor i ett nytt forskrivningsverktyg med tillhörande ordinationsstöd för att säkerställa att alla patienter får rätt individuellt utprovat och ordinerat inkontinenshjälpmedel. Kompetensutveckling har också genomförts för att stärka legitimerad personals kunskap angående nutrition. Kvalitetsledningssystemet har utvecklats gällande rutiner och egenkontroller. Digitaliseringen av ledningssystemet har tagit sin start i att egenkontrollen för nattfastemätning nu registreras i Stockholm stads digitala ledningssystem ILS. Goda resultat har även funnits i arbetet med palliativ vård, där registreringen i palliativa registret visat ökat positivt resultat gällande smärtskattning och munhälsobedömning. Enheten har haft kvalitetsuppföljning av medicinskt ansvarig sjuksköterska utifrån kvalitetsuppföljningsmodellen QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) för första gången. Bedömningen utifrån uppföljningen var att verksamheten i stort har en grundläggande kompetens gällande hälso- och sjukvård, rutiner och arbetssätt.

Under 2020 fortsätter enheten att utveckla teamarbete, hälso- och sjukvårdsdokumentation, kvalitetsledningssystem och fortsatt utveckling av registrering och implementering av kvalitetsregister som BPSD och Senior Alert.

## STRUKTUR

### **Övergripande mål och strategier**

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

#### **Mål för 2019:**

- Införa arbetssätt utifrån BPSD
- Säkerställa inkontinensvården
- Öka kunskaper om nutrition
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

#### **Strategier för patientsäkerhetsarbetet**

Strategier för att nå målen för 2019:

- Införa arbetssätt utifrån BPSD-registret genom att utbilda BPSD administratörer, ansluta enheten till BPSD registret och implementera arbetssättet på demensavdelningarna.

-Inkontinensvården säkerställs genom att utbilda alla sjuksköterskor i förskrivningsverktyget Guide samt anordna gemensamma möten med ombud från avdelningarna i ett inkontinensråd. Användning av ordinationsstöd i Guide för att säkerställa att alla boende har rätt individuellt utprovat och ordinerat hjälpmedel.

-Öka kunskaper om nutrition genom att dietist haft kompetensutveckling för sjuksköterskorna inom nutrition. Måltidsombud finns på varje avdelning för att stötta och handleda kollegor. Måltidsombuden ska samverka med andra avdelningar för att göra måltiden till en nyttig och trevlig stund på dagen. Dietist informerar kring analysverktyget och modellen FAMM. Dietist finns även behjälplig med utbildning, handledning och samverkan kring styrdokument. Måltidsombuden deltar i informationsträffar, måltidsråd samt utbildningar för att få fördjupad kunskap.

-Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utvecklas genom att säkerställa att verksamhetens rutiner följer nämndens ledningssystem aktuella lagar och stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård. Utveckling har genomförts med att förbereda för digitalisering av verksamhetens ledningssystem för en ökad tillgänglighet och förbättrade möjligheter till systematisk uppföljning.

### **Organisation och ansvar**

Skarpnäcks stadsdelsnämnd är vårdgivare och ytterst ansvarig för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:304 kap 2 §, ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån nämndens ledningssystem, aktuella lagar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschef ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet. Verksamhetschef ansvarar även för att den löpande verksamheten fungerar på ett tillfredsställande sätt. I ansvaret ingår att det finns personal med rätt kompetens samt att lokaler och utrustning är anpassade utifrån verksamhetens inriktning och behov. Verksamhetschef ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar för utredning, åtgärder och återkoppling av resultat till verksamheten. Verksamhetschefen ska samverka med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i frågor som rör verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschef ansvarar också för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet samt för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Biträdande enhetschef har på uppdrag av verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:304 kap 2 §, uppgiften att utarbeta och förvalta ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete utifrån nämndens ledningssystem, aktuella lagar och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Biträdande enhetschef fullgör även uppdragen att planera, genomföra, dokumentera och följa upp kvalitetsarbetet samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet. Biträdande enhetschef ska säkerställa att den löpande hälso- och sjukvårdsverksamheten fungerar på ett tillfredsställande sätt. Detta inkluderar att personal har rätt kompetens samt att lokaler och utrustning är anpassade utifrån verksamhetens inriktning och behov. Biträdande enhetschef ska säkerställa att verksamheten håller hög patientsäkerhet, god kvalitet och främja kostnadseffektivitet. Biträdande enhetschef ska även utreda, åtgärda och återkoppla resultat i verksamheten. Biträdande enhetschef skall samverka med MAS. Biträdande enhetschef rapporterar till verksamhetschef gällande samtliga frågor som rör HSL.

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. Sjuksköterska har omvårdnadsansvar för mellan 10-21 patienter. Sjuksköterskor finns på enheten måndag- fredag 7.00-17.00 lördag-söndag samt helgdag 7.00-15.00. Övrig tid finns tillgång till sjuksköterskepatrull där enheten har avtal med Klara Kompetens. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar måndag-fredag.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Verksamheten har stöd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och dietist i arbetet kring att tillgodose att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Verksamheten har en lokal samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen Legevisitten och Klara kompetens, mobilt sjukskötersketeam. Samverkan sker också med vårdhygien, utförare av tandvård och Apoteket AB. Om patienten är kopplad till en vårdcentral samverkar enheten med denna.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

Patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbete genom kontinuerlig dialog. Enheten erbjuder vårdplaneringar där den äldre och anhöriga deltar. Anhörigmöten och boenderåd genomförs minst två gånger per år. På dessa möten ges information om förbättringsarbete som pågår i verksamheten. Det finns möjlighet att ge synpunkter och förslag till verksamheten.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Samtliga medarbetare rapporterar på anvisad blankett för avvikelserapport gällande hälso- och sjukvård och lämnar den skyndsamt till sjuksköterska. Avvikelse rapport skrivs i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet VODOK av legitimerad personal, där legitimerad personal tillsammans med biträdande enhetschef bedömer, åtgärdar, dokumenterar och rapporterar händelsen. Utredning av allvarliga händelser genomförs i samverkan mellan verksamhetschef och MAS.

På kvalitetsråd analyseras avvikelser och klagomål som kommit in. På kvalitetsrådet deltar ledning, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterska. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller haft risk för att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS ansvar att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och till stadsdelsnämnden. En samlad analys av avvikelser redovisas under rubriken resultat och analys.

### **Klagomål och synpunkter**

Klagomål och synpunkter hanteras utifrån gällande rutin i Stadsdelsförvaltningen. Synpunkter och klagomål som kommer in sammanställs och redovisas under året i verksamhetsuppföljningen. På enheten tas synpunkter och klagomål upp i olika forum såsom arbetsplatsträff (APT), ledningsgrupp, kvalitetsråd, våningsmöte, sjuksköterskemöte, HSL-möte. HSL-möte är ett möte där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal deltar.

Verksamhetschef har uppdragit åt biträdande enhetschef att besvara klagomål och synpunkter som rör hälso- och sjukvården. Dessa synpunkter och/eller klagomål ska även delges MAS. Om patienten inte är nöjd med handläggningen finns möjligheten att vända sig till patientnämnden. En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.



## Egenkontroll

Översikt av egenkontroll som genomförts under 2019.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Verksamhetsuppföljning	1 gång vart annat år	Protokoll
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	VODOK
Avvikelser	1 gång per månaden	VODOK
Synpunkter och klagomål	1 gång per månaden	Förteckning och patientnämnden
Riskbedömningar av fall, trycksår, blåsdysfunktion undernäring och munhälsa	2 gånger per år	VODOK Senior alert
Funktionsbedömning ADL	2 gånger per år	VODOK
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Enligt MAS regel
Kvalitetsgranskning av Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll från Apoteket
Hygienronder	1 gång vart annat år	Protokoll från vårdhygien
Basala hygienrutiner	2 gånger per år	Enligt lokal rutin
Vård i livets slutskede	2 gånger per år	Svenska Palliativregistret
Nattfastemätning	2 gånger per år	Enligt MAS regel
Loggkontroller	2 gånger per år	VODOK
Journalgranskning	2 gånger per år	VODOK
Medicintekniska produkter - MTP	2 gånger per år	Enligt lokal rutin
QUSTA	1 gång per år	MAS
Behörigheter	1 gång per år	VODOK
Delegering	2 gånger per år	VODOK
Läkemedelshantering	1 gång per år	Enligt lokal rutin

Resultat och analysen redovisas under rubriken resultat och analys.

## PROCESS

### **Mål BPSD**

Införandet av BPSD-registret påbörjades genom att utbilda tre undersköterskor till BPSD administratörer. En sjuksköterska är sedan tidigare utbildad administratör. En handlingsplan har sedan upprättats av administratörer och ledning för att fortsatt implementera personcentrerat arbetssätt och registrering under 2020. I planen ingår även utbildningssatsning för samtlig personal som arbetar på demensavdelningarna. Enheten har genomfört de första registreringarna med hjälp av BPSD registret under året.

### **Mål inkontinensvård**

Samtliga sjuksköterskor har fått utbildning i förskrivningsverktyget Guide. Sjuksköterska med ansvarsområde inkontinens har anordnat gemensamma möten med ombud från avdelningarna i ett inkontinensråd. Dessa möten har arbetat med att säkra att samtliga patienter som använder inkontinenshjälpmedel har ett korrekt förskrivet och individuellt utprovat inkontinensskydd. Under våren genomfördes en uppföljning av samtliga inkontinenshjälpmedel för att säkerställa att alla patienter har korrekt utprovade inkontinenshjälpmedel genom läckagemätning. Föreläsning om läckagemätning genomfördes och ombuden fick extra kompetensutveckling under inkontinensråden för att kunna hjälpa och stödja kollegor. Dokumentationsgranskning gällande inkontinens och förskrivningen av inkontinenshjälpmedel har också genomförts. Resultatet har diskuterats gemensamt på sjuksköterskemöten.

### **Mål nutrition**

Dietist har utbildat sjuksköterskorna inom nutrition. Dietist har även informerar kring analysverktyget och modellen FAMM till måltidsombud på avdelningarna. Måltidsobservationer har genomförts.

### **Mål ledningssystem**

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utvecklas genom att uppdatera verksamhetens rutiner samt jämföra dessa mot stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård och MAS regler. Arbetet med att förbättra den digitala strukturen för ledningssystemet för hälso- och sjukvården har påbörjats.

### **Egenkontroller**

#### Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljning genomfördes av verksamhetskontrollers och MAS från Skarpnäck stadsdelsförvaltning. Uppföljningen bestod av granskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, rutiner och övriga dokument inom både social omsorg och hälso- och sjukvård. Även en rundvandring med observationer och samtal med personal och boende genomfördes samt intervjuer med ledning och personal. Rapporten har lämnats till enheten för fortsatt kvalitetsarbete.

#### Skyddsåtgärder

Genom samtal med sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska har ledningen undersökt om det finns skyddsåtgärder i verksamheten. Stickprov på journal genomfördes för att kontrollera att sänggrindar och rörelselarm är korrekt dokumenterade. Journalgranskning genomfördes på samtliga patienter som har en skyddsåtgärder av annan karaktär än sänggrindar och rörelselarm. Journalgranskningen bestod i att kontrollera att skyddsåtgärderna vara korrekt förskrivna, kopplade till hälsoplan samt att samtycke finns.

#### Avvikelser

Varje månad kontrollerades inkomna avvikelser gällande kategori, antal med skada och antal med brist i hälso- och sjukvård. Sambandsanalys och en övergripande analys genomfördes till tertialrapport 1 och 2, verksamhetsberättelse samt inför patientsäkerhetsberättelsen.

### Synpunkter och klagomål

Inför varje kvalitetsråd kontrollerades den interna listan för synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård.

### Riskbedömningar

Egenkontroll med utgångspunkt i Senior Alert genomfördes utifrån antal inskrivna, antal med risk för trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion.

### Funktionsbedömning ADL

Vid dokumentationsgranskning kontrolleras att samtliga patienter har en aktuell funktionsbedömning enligt Sunnås ADL.

### Infektionsregistrering

Infektionsregistrering har genomförts på hela verksamheten på verksamhetsnivå under året. För att utveckla möjligheten till bättre analys har infektionsregistreringen under andra halvan av 2019 även dokumenterats på våningsnivå av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Detta för att öka möjligheten att hitta samband på avdelningsnivå.

### Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Apoteksrund genomfördes under februari. På rondan deltog sjuksköterska med ansvarsområde läkemedelsförråd, biträdande enhetschef och MAS. Genomgång av rutiner och arbetssätt genomfördes samt rundvandring med observation i läkemedelsrum och stickprov gällande patienters läkemedel och signeringskistor. Två intervjuer med undersköterskor med delegering genomfördes under rundvandringen där de fick visa och berätta hur de hanterar läkemedel och signeringslistor.

### Hygienrond

Hygienrond genomförs vartannat år. Arbeta med långsiktiga åtgärder som upprättats i handlingsplan efter hygienronden som utfördes 2018 har pågått i verksamheten. Arbetet har innefattat utveckling av städrutiner, förutsättningar för basala hygienrutiner i lokalerna samt kompetensutveckling i basala hygienrutiner.

### Basala hygienrutiner

Observation av förutsättningar för basala hygienrutiner samt följsamheten till dessa och självskattning av basala hygienrutiner har genomförts. Mallar från vårdhygien har använts som underlag.

### Vård i livets slutskede

Informationen gällande dokumenterat brytpunktssamtal, ordination av läkemedel mot smärta och ångest, dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan, förekomst av trycksår samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket har inhämtats från Palliativregistret. Resultatet i form av statistik och spindeldiagram samt förbättringsområden har diskuterats på sjuksköterskemöte.

### Nattfastemätning

Nattfastemätning genomförs två gånger per år i tre dygn på samtliga avdelningar. Det är tiden mellan sista målet på dygnet till första målet nästa dag som mäts. Snittet för nattfastan under dessa tre dygn räknas ut och resultatet analyseras och sammanställs av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. För patienter med nattfasta över 11 timmar planeras åtgärder som erbjuds patienten. Resultatet från nattfastemätning har för första gången registrerats digitalt i ILS. Genom detta nya arbetssätt att sammanställa resultatet kan bättre jämförelser genomföras i framtiden.

### Loggkontroller

Loggkontroller har utförts kontinuerligt utifrån personalloggningar och patientens journal enligt styrdokument från Stockholms stad.

### Journalgranskning

Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler utfördes av all legitimerad personal. Sjuksköterska med ansvarsområde gällande dokumentation har hållit i arbetet och sammanställt resultatet. Som underlag används MAS blankett för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Handlingsplan och åtgärder upprättades, samtal om resultatet har genomförts på HSL-möte.

### Medicintekniska produkter - MTP

Inventarielistan har granskats av arbetsterapeut, sjukgymnast och ansvarig sjuksköterska. Inventarielistans alla produkter granskades för att kontrollera att besiktning genomförts under året och att alla hjälpmedel är kontrollerade enligt lokal rutin för hjälpmedel.

### QUSTA

MAS har genomfört en granskning utifrån kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). Syftet med kvalitetsinstrumentet är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. MAS har intervjuat verksamhetschef, biträdande enhetschef, sjuksköterska, baspersonal samt granskat lokala rutiner. Rapport har lämnats till enheten för fortsatt kvalitetsarbete.

### Behörigheter

Behörigheter i dokumentationssystemet VODOK och andra system har granskats mot tjänstgöringslistor och behovet av behörighet. Samverkan kring vilka som ska ha behörighet från sjuksköterskepatrullen har också genomförts så att denna är säkrad.

### Delegering

En lista för aktuella delegeringar har skrivs ut från dokumentationssystemet VODOK, denna granskas utifrån arbetsuppuppgift, giltighetstid samt ansvarig HSL-personal. Listan jämförs även med personallistor och genomförd webbutbildning i säker läkemedelshantering och andra kompetenskrav.

### Läkemedelshantering

Utöver den årliga apoteksgranskningen genomförs egenkontroll av läkemedelshantering. Dessa består av kontroller i läkemedelsrummet, olika typer av stickprov samt kontroller av rutiner. Egenkontrollen följer en utarbetad blankett. Resultat och analysen av egenkontroller redovisas under rubriken resultat och analys.

### Riskanalys

Riskanalys med tillhörande handlingsplan genomfördes inför sommaren och inför jul gällande bemanning och kompetens. Riskanalys och handlingsplan kring smittspridning av resistent tarmbakterier har också upprättats.

### Utredning av händelser – vårdskador

Enheten har haft en händelse som anmälts som risk för allvarlig vårdskada till IVO. Händelsen innebar att en legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal hade administrerat läkemedel till patient utan ordination från läkare. Åtgärder efter händelsen är vidtagna för att detta inte skall upprepas. Patienten fick inga bestående men av händelsen. Händelsen är anmäld till IVO enligt lex Maria av MAS. En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

## **Informationssäkerhet**

Loggkontroller i dokumentationssystemet VODOK har genomförts regelbundet. Verksamhetschefen har uppdragit åt biträdande enhetschef att genomföra loggkontroller samt säkerställa att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer logghanteringen. Rutinen är känd och följs i verksamheten. Samtlig HSL-personal och alla boende är kontrollerad minst 1 gång under året. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler utfördes av all legitimerad personal under två tillfällen under året. Som underlag används MAS blankett för HSL dokumentation. Handlingsplan och åtgärder upprättades, samtal om resultatet har genomförts på HSL-möte.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

### **Mål 2019**

#### **BPSD – Personcentrerad vård**

Kompetensutveckling av personal till BPSD administratörer och implementering av personcentrerat arbetssätt har fungerat väl och arbetet med att registrera har påbörjats. Det är för tidigt att dra slutsatser av resultatet eller utvärdera hur implementeringen fungerat då administratörerna utbildades under hösten. De kontinuerliga möten som ledningen har haft med BPSD-administratörerna har varit ett bra forum för att planera det övergripande arbetet och ansvarsfördelningen har blivit tydlig. Arbetet med registrering fortsätter under 2020 tillsammans med att utveckla rutiner, egenkontroller och arbetssätt. Det skall även utbildas fler BPSD-administratörer samt att hela arbetsgruppen skall erbjudas kompetensutveckling i BPSD.



### Inkontinensvård

Samtliga sjuksköterskor fick utbildning i förskrivningsverktyget Guide samt att en uppföljning av samtliga inkontinenshjälpmedel genomfördes. Detta tillsammans med dokumentationsgranskning inom området har lett till att verksamheten nu beställer flera olika typer av inkontinenshjälpmedel jämfört med tidigare. Detta kan ses som ett tecken på att individanpassningen av inkontinenshjälpmedel har ökat.

### Nutrition

Utvärdering efter kompetensutvecklingen visar att sjuksköterskorna anser att de har goda kunskaper om nutrition, undernäring och bedömningsinstrument både innan och efter utbildningsatsningen. Däremot uppger sjuksköterskorna att fördjupad kunskap om kraftig övervikt och viktninskning vid hög ålder behövs. Dietist är tillfrågad om att utbilda sjuksköterskorna vidare inom detta område.

### Ledningssystem

Strukturen för översikt på ledningssystemet har skapats under året. Rutiner har utvecklats och skapats. Ett helt nytt system för egenkontroller har även införts. Utvärdering visar på att rutiner är för många och inte lätta att hitta rätt. Detta har resulterat i att rutiner behöver slås ihop för att lättare kunna navigera rätt och hitta korrekt information. Som exempel kan rutiner gällande hygien beskrivas. Det har tidigare funnit en rutin för varje område, såsom basala hygienrutiner, städning, desinfektion osv. Nu finns en rutin med innehållsförteckning. På detta sätt samlas informationen och blir lättare att överblicka och följa upp. Detta arbete kommer att fortsätta under 2020.

## Egenkontroll

### Verksamhetsuppföljning

Resultatet från verksamhetsuppföljningen som var kopplade till hälso- och sjukvård visade på både styrkor och utvecklingsområden i verksamheten. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete behövde utvecklas. Egenkontroller utfördes men samtliga var inte beskrivna och analyserade på ett systematiskt sätt. Lokala rutiner gällande hälso- och sjukvård fanns men några behövde utvecklas. Goda resultat lyftes fram för arbetet med nattfastemätning inklusive individuella åtgärder. Andra exempel var att det finns fungerande praxis samt att olika arbetsmoment var väl förankrade i verksamheten.

Åtgärder efter verksamhetskontrollen blev att ett gemensamt system för egenkontroller i verksamheten har skapats och att rutiner för olika egenkontroller blivit systematiserade. Förbättring av innehållet i års-hjul för egenkontroller har även genomförts. Utveckling av lokala rutiner har påbörjats och kommer att fortsätt under 2020.

### Skyddsåtgärder

De typer av skyddsåtgärder som fanns i verksamheten vid egenkontrollen var sänggrindar, rörelselarm, ett brickbord samt ett säkerhetsbälte. Det stickprov på sänggrindar och rörelselarm som genomfördes var samtliga dokumenterade och kopplade till hälsoplaner med fallrisk. Samtycke var dokumenterat.

Ett brickbord var förskrivet och samtycke var dokumenterat men inte kopplad till hälsoplanen gällande nutrition. Säkerhetsbältet var också förskrivet korrekt och samtycke var dokumenterat. Skyddsåtgärden var inte kopplad till hälsoplanen gällande fallrisk. Detta åtgärdades genom att förtydliga ansvaret att omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska koppla skyddsåtgärden till korrekt hälsoplan i dokumentation.

### Synpunkter och klagomål

Då inga synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård inkommit under 2019 har verksamheten uppmärksammat behovet av information om var patienter och anhöriga kan vända sig med klagomål. Verksamheten kommer att arbeta vidare med det under 2020.

### Riskbedömningar

Egenkontroll med utgångspunkt i Senior Alert visade att samtliga boende har riskbedömning gällande trycksår, undernäring, fall, munhälsa. Dock saknade ett antal patienter bedömning av blåsdysfunktion. Resultatet av egenkontrollen analyserades på sjuksköterskemöte och kompetensutveckling kring utredning av inkontinens genomfördes.

### Funktionsbedömning ADL

Vid dokumentationsgranskning genomföres ett stickprov gällande aktuell funktionsbedömning enligt Sunnås ADL. Samtliga patienter som granskades hade en aktuell funktionsbedömning.

### Infektionsregistrering

Infektionsregistrering har genomförts på hela verksamheten under året.



Vanligaste infektionerna som behandlades med antibiotika under 2019 var urinvägsinfektion följt av pneumoni och sedan sårinfektion. Jämförelse med data från 2018 visar att urinvägsinfektion även detta år var vanligast förekommande. Detta följt av sårinfektion och sedan pneumoni. Skillnaden mellan åren beror troligen på en topp av antibiotikabehandlade pneumoni under december månad 2019.

#### Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Apoteksrund genomfördes under februari. Resultatet visade på två brister. Dessa bestod i att det på en signeringslista stod dosering och att en narkotikalista hade ett räknfel. Vid räkning av antalet tabletter hade sjuksköterskan skrivit fel vilket i sammanställning av saldot som då visade på att det saknades läkemedel. Dessa fel åtgärdades omedelbart efter läkemedelsgranskningen och påtalades på sjuksköterskemöte. Förbättringsförslag som framkom var att upprätta signeringslistor för skötsel av läkemedelsförrådet samt att i patienternas läkemedelsskåp hänga ordinationshandlingen framför signeringslistan. Även dessa förbättringar har implementerades.

#### Hygienrund

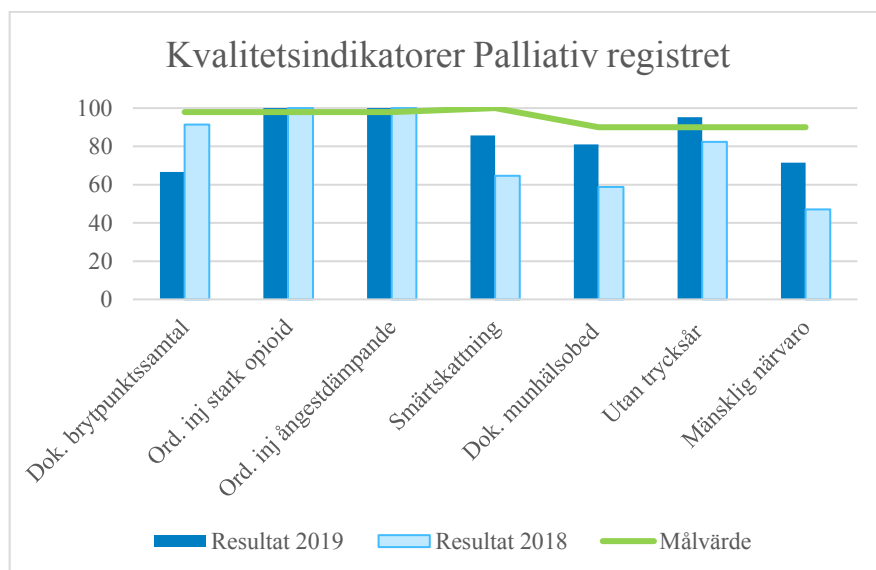
Fortsatt långsiktigt arbete utifrån handlingsplan från hygienronden som utfördes 2018 har pågått i verksamheten. Nya rutiner har implementerats och gamla rutiner har utvecklats. En intern uppföljning av hygienrund har genomförts i januari 2020 för att utvärdera resultatet av dessa rutiner. Denna utvärdering har visat att vissa rutiner behöver utvecklas ytterligare. Detta arbete fortsätter under 2020. Ny utrustning gällande handhygien har köpts in och satts upp, ytterligare utrustning kommer att levereras och sättas upp under 2020. Kompetensutveckling har i början av 2019 genomförts med hjälp av vårdhygien och MAS.

### Basala hygienrutiner

Medarbetarna rapporterar 100% följsamhet till basala hygienrutiner i självskattningen. Observationer av förutsättningar för följsamhet till basala hygienrutiner indikerar att några hade för långa naglar samt att en person hade en långärmad tröja över arbetsdräkten. Observationen av följsamheten till basala hygienrutiner visar även på överanvändning av handskar, missad handspritning innan handskanvändning samt underanvändning av förkläde. Webbutbildning om basala hygienrutiner genomförs av samtliga medarbetare årligen. Kunskap om vad korrekta basala hygienrutiner är finns generellt i verksamheten. Fokus ligger därför även fortsättningsvis på att öka följsamheten till dessa rutiner.

### Vård i livets slutskede

Under 2018 genomfördes arbete med att förbättra dokumentationen gällande smärtskattning under vård i livets slut. Detta arbete har haft en stor positiv påverkan på kvalitetsindikatorerna under 2019.



Goda resultat har visats utifrån kvalitetsindikatorn för dokumenterad smärtskattning, denna har ökat från 64,7% till 85,7%. Även kvalitetsindikatorn för dokumenterade munhälsobedömningar har ökat från 58,8% till 81%.

Kvalitetsindikatorn för dokumenterade brytpunktsamtal är den enda att minskat från 2018 till 2019. En bakomliggande orsak kan vara att enheten hade några oväntade dödsfall.

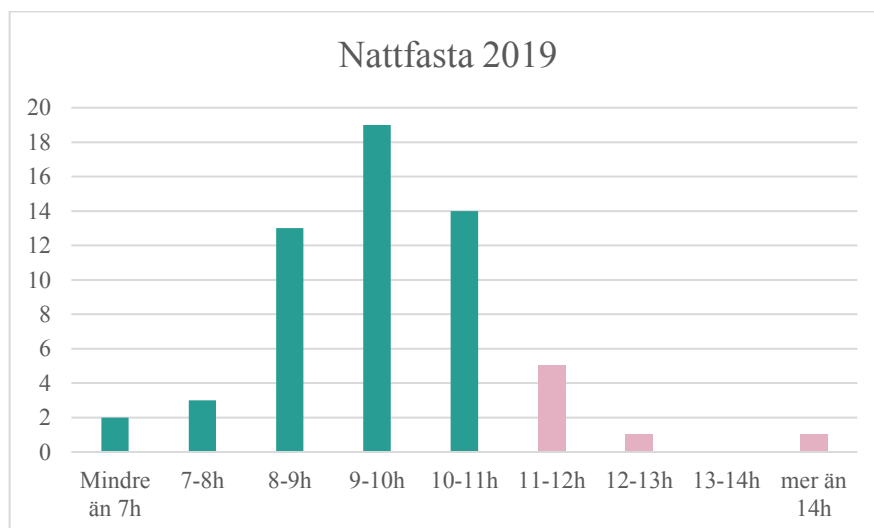
Tabell kvalitetsindikatorer gällande vård i livets slutskede.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat 2019	Resultat 2018
Dok. Brytpunktssamtal	98,0	66,7	91,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0	100,0
Smärtskattning sista levnadsveckan	100,0	85,7	64,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	81,0	58,8
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	95,2	82,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	71,4	47,1

För att säkra god vård i livets slut fortsätter enheten att arbeta med att utveckla arbetssätt och rapporteringen i Svenska Palliativregistret.

### Nattfastemätning

Resultatet från nattfastemätningen visade att 51 personer dvs 88% hade en nattfasta under 11 timmar. Sju patienter, 12%, med längre nattfasta än 11 timmar har planerade åtgärder för att minska nattfasta alternativt att de tackat nej till åtgärder.



Resultatet på nattfastan är en förbättring från 2018 där 49 personer hade en nattfasta under 11 timmar vilket motsvarade 80%. Fungerande rutiner om att bryta nattfastan tidig morgon är väl förankrade i verksamheten och har varit en framgångsfaktor.

#### Loggkontroller

Loggkontroller har utförts flertalet gånger utifrån personalloggningar och patientens journal. Endast en felaktig loggning hade genomförts. En sjuksköterska hade missat att logga ut ur dokumentationssystemet VODOK från stadsdelen och loggat in på nästa stadsdel där denne också arbetade. Sjuksköterskan har sökt på ett personnummer men inte gått in i journalen. Sjuksköterskan har vid tillfället haft aktuell vårdrelation med patienten.

#### Journalgranskning

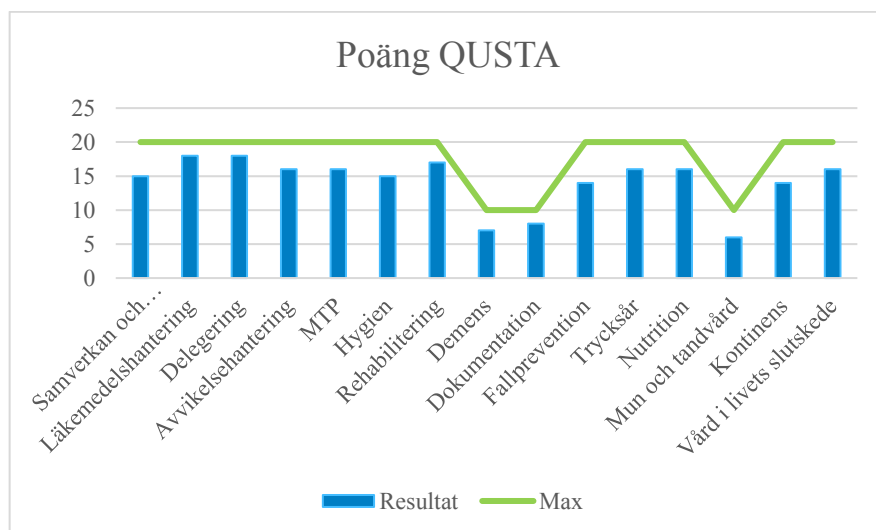
De förbättringsområden som identifierades under dokumentationsgranskningen var sökordet ”kartlagt hälsotillstånd” som behöver användas på samma sätt av samtlig legitimerad personal. Även uppgifter om närstående som inte vill bli kontaktade på nattetid var otydlig dokumenterat. Dessa frågor har diskuterats på flertalet sjuksköterske- och HSL-möten detta för att skapa samsyn om hur dokumentationen skall vara samt att säkerställa att dokumentationen följer befintliga riktlinjer.

#### Medicintekniska produkter - MTP

Inventarielistans produkter med krav på besiktning är besiktigade under året. Vid inventering av hjälpmedel har behovet av bättre arbetssätt kring rengöring av hjälpmedel för förflyttning uppmärksamrats. Inventarielistan gällande hjälpmedel från arbetsterapeut och sjukgymnast har även kompletterats med en översikt av placering av hjälpmedel utifrån lägenhet eller förråd.

## QUSTA

Resultatet av QUSTA var 79%. Detta är första året som denna kvalitetsuppföljning genomfört och därför finns inget tidigare resultat att jämföra med.



MAS bedömning är att verksamheten i stort har en grundläggande kompetens gällande hälso- och sjukvård med rutiner och arbetssätt på plats inom flera av de genomgångna områdena. Utvecklingsområden som identifierats är ytterligare systematisering av egenkontroller, kompetensutveckling, rutiner och övrigt patientsäkerhetsarbete. Teamarbete och dokumentation behöver också utvecklas. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.



## Resultat QUSTA

	<b>Frågor som regleras enligt förordningar.</b>	<b>Antal Poäng</b>	<b>Max poäng</b>
1	Samverkan och informationsöverföring	15	20
2	Läkemedelshantering	18	20
3	Delegering	18	20
4	Avvikelsehantering	16	20
5	Medicintekniska produkter	16	20
6	Hygien	15	20
7	Rehabilitering	17	20
8	Demens	7	10
9	Dokumentation	8	10
	<b>Frågor om vård och behandling</b>		
10	Fallprevention	14	20
11	Trycksår	16	20
12	Nutrition	16	20
13	Mun och tandvård	6	10
14	Kontinens	14	20
15	Vård i livets slutskede	16	20
	<b>Summa</b>	<b>212</b>	<b>270</b>

### Behörigheter

Kontroll av behörigheter har genomförts. Behörigheter avslutas och tilldelas löpandet under verksamhetsåret kopplat till anställning och ansvarsområden. Vid egenkontroller har kontakt tagits med sjuksköterskepatrull för att stämma av deras tjänstgöringslistor. Inga brister har uppkommit gällande behörigheter.

### Delegering

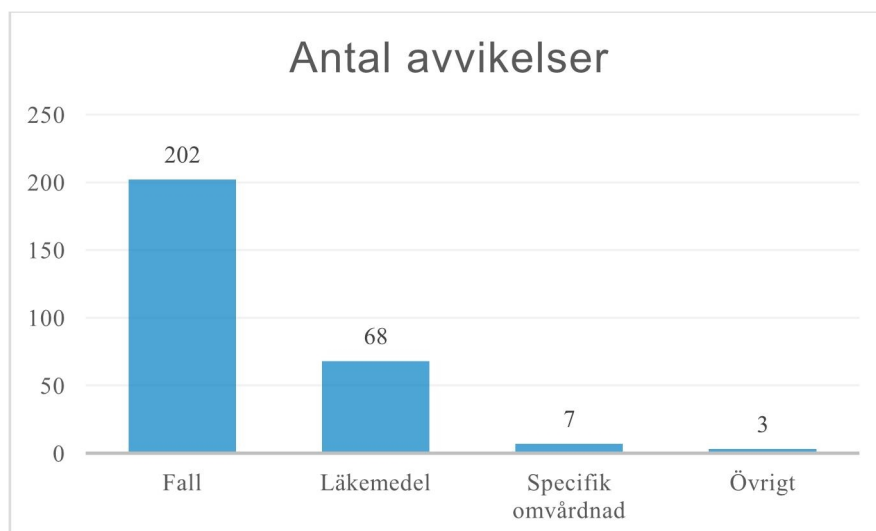
En lista för aktuella delegeringar i dokumentationssystemet VODOK har granskas utifrån arbetsuppuppgift, giltighetstid samt ansvarig HSL-personal. Alla delegeringar har varit giltiga. Samtlig personal med delegering relaterat till läkemedel genomförde webbutbildningen i säker läkemedelshantering. Denna utbildning inför delegering är ett nytt arbetssätt som lagts till i delegeringsprocessen för verksamheten under 2019.

### Läkemedelshantering

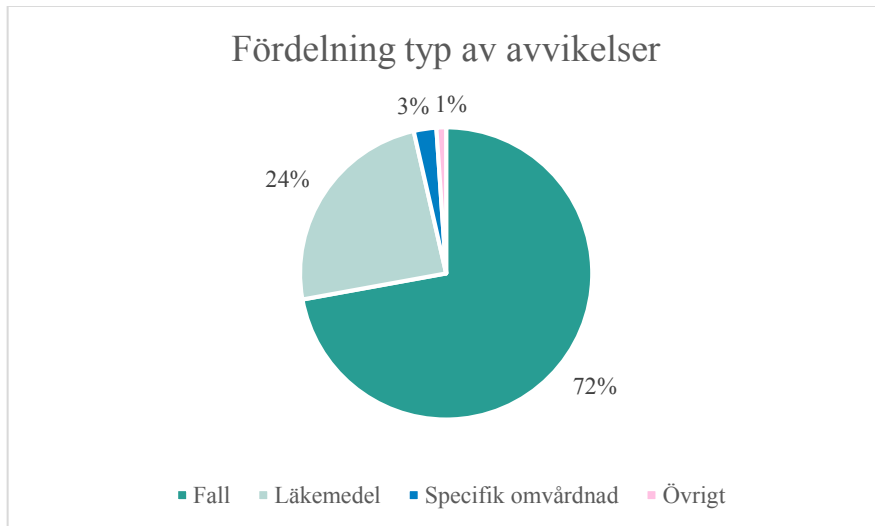
Utöver den externa kvalitetsgranskningen har även intern uppföljning av sjuksköterskornas läkemedelshantering genomförts. Sjuksköterskorna utför städning av läkemedelsrum, datumkontroll, temperaturtagning av läkemedelsrummet och i kylen. Detta skall signeras i avsedd lista och utföras enligt rutin. Inga avvikelser har hittats gällande detta. En observation av ordning och reda i läkemedelsrummet har genomförts utan anmärkning. De stickprovskontroller som utförs under året är kontroll av datum på läkemedel, dokumentation i narkotikajournaler, att ordinationshandlingar finns utskrivna, att patientbundna signeringslistor är ifyllda samt att signatursförtydligande lista finns tillgängligt. Inga felaktigheter upptäcktes däremot är frekvensen av kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel något för låg. Detta och rutinen för läkemedelshantering har diskuterats i sjuksköterskegruppen. Det finns dock inga felaktigheter eller svinn i listorna som kontrollerades.

### Avvikelser

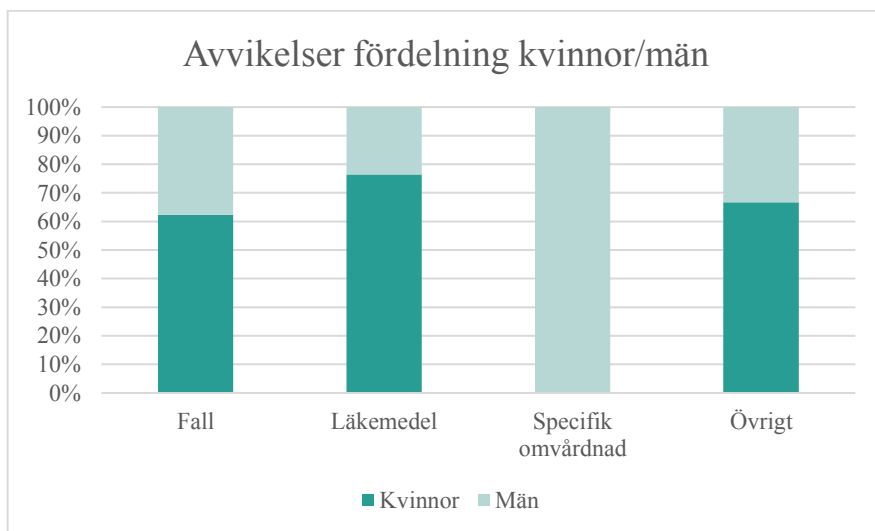
Under året har 280 avvikelser rapporterats. Fallhändelser är den vanligaste typen av avvikelse i verksamheten efterföljt av läkemedelsavvikelser.



Fördelningen av typ av avvikelser är förväntat utifrån tidigare års resultat.

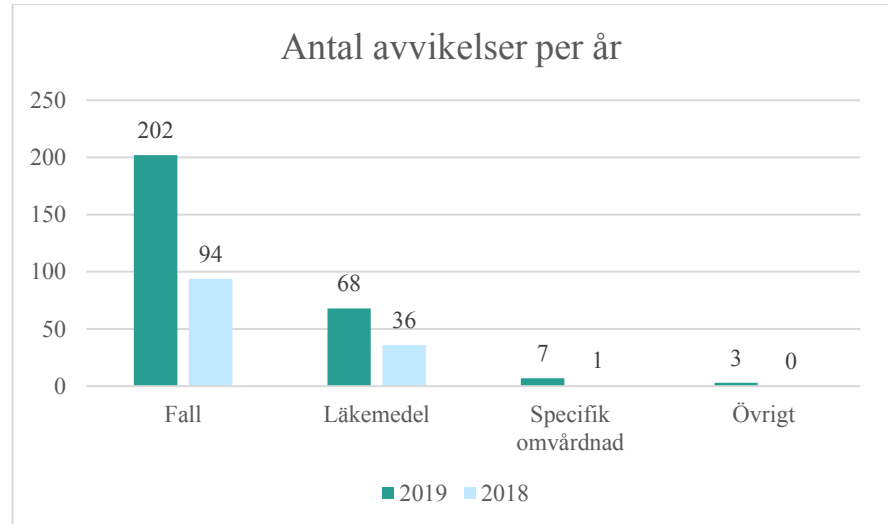


Könsfördelningen per avvikelsekategori.



Boende på Hemmet för gamla består av 70% kvinnor och 30% män. Fördelning av fallolyckor och läkemedelsavvikelser utifrån kön har ingen statistiskt signifikant skillnad jämfört med könsfördelning på boendet. Antalet avvikelser gällande specifik omvårdnad är lågt vilket innebär att några statistiska slutsatser om könsskillnader inte kan tas.

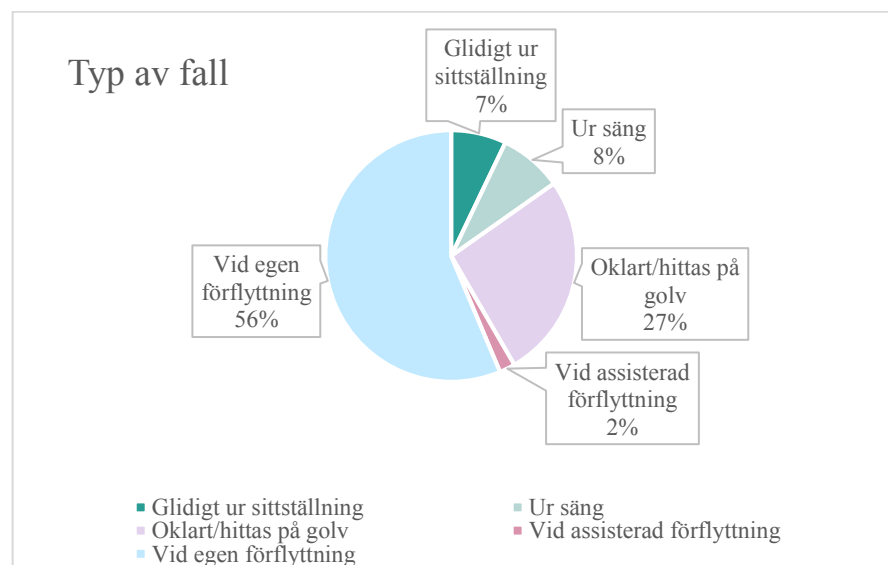
Avvikelseantalet har ökat från 2018 till 2019. Fördelningen av typ av avvikelse är dock samman mellan åren.



Kompetensutveckling gällande avvikelser har genomförts på APT-möten till samtlig personal. Kompetensutveckling internt gällande avvikelsemodulen har genomförts för legitimerad personal på HSL-möten. Detta sammantaget är troligen den bakomliggande orsaken till ökningen i antal avvikelser.

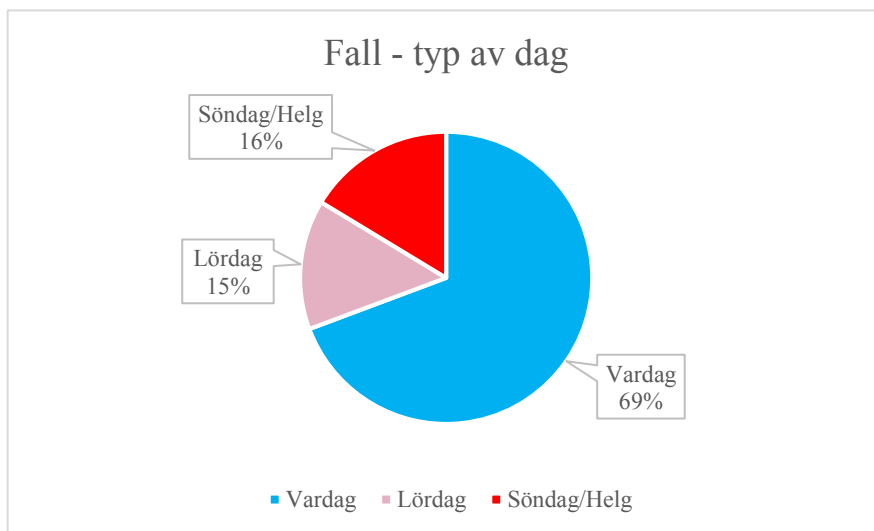
### Fall

Under året har 202 fall rapporterats på enheten. Det finns olika typer av situationer där fall kan inträffa.



Vid analys av typ av fall är fall vid egen förflyttning vanligast, 56 %. Strax över en fjärdedel av fallen är av oklar typ. Bättre klassificering

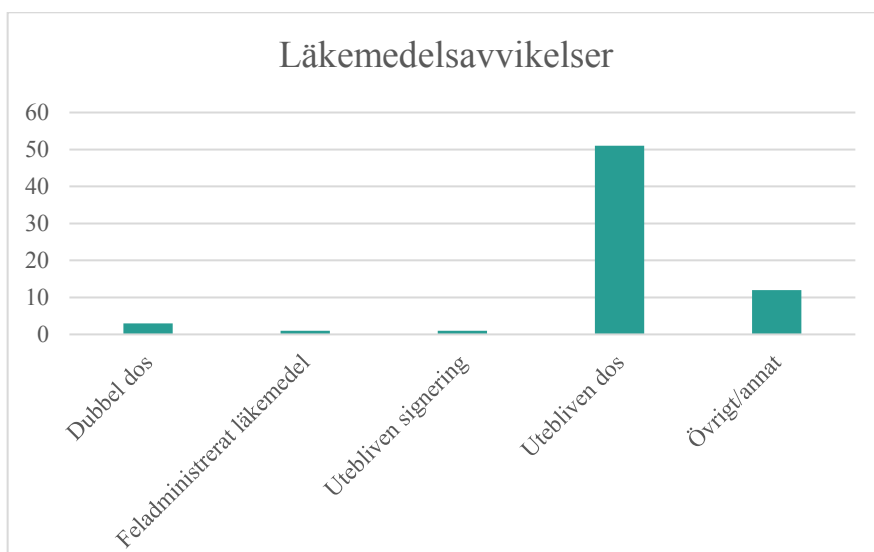
kring fall behövs för att minska antalet som kategoriseras som oklar bakgrund och kommer att arbetas vidare med under 2020. Analys kring fall och veckodag visar att ingen statistisk skillnad gällande typ av dag.



Fortsatt arbete kring att minska antalet fallolyckor behöver intensifieras genom att utveckla teamarbetet samt förbättra rutiner och arbetssätt.

#### Läkemedelsavvikelser

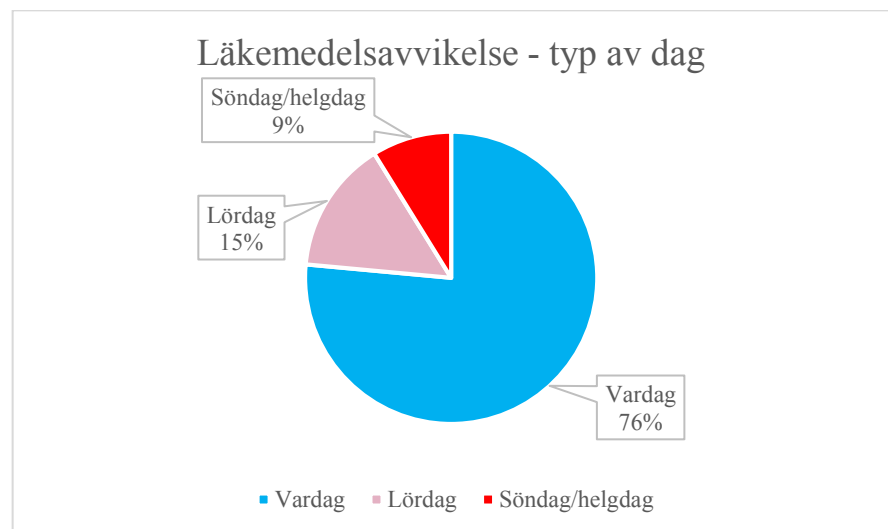
Under året har 68 läkemedelsavvikelser inträffat. Det finns olika kategorier av läkemedelsavvikelser.



Utebliven dos är den vanligast förekommande läkemedelsavvikelsen. Analys av denna kategori har visat att risk finns när tidpunkter

avviker från de vanligt förekommande läkemedelstiderna eller att personal blivit avbrutna i arbetsmomentet och missat att gå tillbaka. Dessa riskområden har framkommit vid analys av avvikelser på kvalitetsråd och samtal på APT. Fortsatt arbete med kompetensutveckling gällande läkemedelshantering planeras. Även kompetensutveckling till sjuksköterskor i att utbilda i läkemedelshantering är inplanerad under 2020.

Tre avvikelser hade in initial bedömning om risk för vårdskada. En av dessa resulterade i en anmälan till IVO om risk för allvarlig vårdskada. Två av avvikelserna bedömdes som brist i hälso- och sjukvård men inte risk för allvarlig vårdskada. Analys kring veckodag och läkemedelsavvikelser visade ingen statistisk skillnad gällande typ av dag.



#### Övriga avvikelser

Avvikelser gällande specifik omvårdnad innehöll enstaka händelser gällande missad temperaturtagning av patient, missad beställning av konsistensanpassad kost och antidecubitusmadrass som inte fungerade samt fyra avvikelser gällande komplex situation kring en patient. Två avvikelser gällande vårdkedjan gällde bristande information från annan vårdgivare.

En avvikelse angående vårdrelaterad infektion inträffade. Kontakt med vårdhygien togs och genom smittspårning undersöktes status på

avdelningen. En handlingsplan upprättades för att förhindra smittspridning genom att påminna om basala hygienrutiner, gå igenom hygienrutiner med personalen samt noggranna städrutiner av bland annat hjälpmedel. Ingen smittspridning påträffades efter detta. Vårdhygien har givit beröm till verksamheten gällande epidemiologisk medvetenhet.

Samtliga avvikelser har resulterat i att rutiner tydliggjorts och säkerställts.

### **Klagomål och synpunkter**

Inga klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvården har inkommit under 2019 till verksamheten eller till patientnämnden. En folder med information om möjligheten att anmäla klagomål till patientnämnden har därför lagts till i inflyttningsmappen. I inflyttningsmappen finns information som kan vara bra att veta och den lämnas ut till alla boende med närstående vid inflyttning. Information till samtlig personal om vad klagomål och synpunkter innebär är och hur dessa ska rapporteras har genomförts på APT till samtlig personal.

### **Händelser och vårdskador**

Under året har en anmälan enligt Lex Maria gällande risk för allvarlig vårdskada lämnats till IVO. Utredningen visade att bakomliggande orsak till händelsen var kompetensbrist, då en legitimerad personal gav läkemedel utan ordination. Åtgärder har vidtagits för att händelsen inte ska upprepas.

De förbättringsåtgärder man gjort utifrån de bifynd man fann under utredningen var att förtydliga den lokala rutinen för läsrapport i dokumentationssystemet VODOK och överrapporteringsrutinen gällande rapport mellan arbetspass och yrkeskategorier. Samverkansrutinen med sjuksköterskepatrullen har också utvecklats tillsammans med sjuksköterskepatrullens ledning.

Kompetensutveckling gällande dokumentation för HSL-personal kommer att ske under kommande år.

### **Risakanalys**

Risakanalys med tillhörande handlingsplan inför sommar och jul gällande bemanning och kompetens genomfördes. Inget avbrott gällande bemanningen och kompetens inträffade.

Risakanalys genomförd gällande smitta och upprättad handlingsplan kring denna har förbättrat rengöring av hjälpmedel och bidragit till förtydligande av rutiner.

Översyn och utveckling av risakanalys gällande hälso- och sjukvård kommer att ses över under kommande år.

### **Mål och strategier för kommande år**

Övergripande mål för hälso-och sjukvården på Hemmet för gamla är att den håller en hög kvalitet och följs upp systematiskt. Kvalitetssäkring av insatser sker via de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativregistret samt genom riskbedömningar och hälsoplaner utifrån patientens behov. Dokumentation och teamarbete är ett viktigt redskap i denna kvalitetssäkring. Kvalitetsledningssystemet ska underlätta i detta arbete och behöver vara tydligt och systematiskt.

#### **Mål 2020**

- Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- Utveckla teamarbetet
- Utveckla kvalitetsledningssystemet för hälso- och sjukvård
- Utveckla arbetet med kvalitetsregister

#### *Hälso- och sjukvårdsdokumentation*

Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen genom egenkontroller, kompetensutveckling, kollegial journalgranskning och interna workshops.



### *Teamarbete*

Fortsätta med regelbundna team-möten. Utveckla kvalitet gällande innehåll och struktur på möten. Förbättra rutiner och arbetssätt för teamarbetet.

### *Kvalitetsledningssystem*

Utveckla struktur och översikt av lokala rutiner. Utveckla hur egenkontroller gällande lokala rutiner genomförs och analyseras.

### *Kvalitetsregister*

BPSD ska fortsätta implementeras under 2020 på demensavdelningar. Flera administratörer ska utbildas, BPSD-råd ska införas och samtlig personal på demensavdelningar ska genomgå kompetensutveckling gällande BPSD.

Utveckling av fall-registrering i Senior alert planeras. Ett nytt arbetssätt kring fallhändelser ska utvecklas under året där sättet att registrera fall är en del i detta arbete.