

Patientsäkerhetsberättelse

Hemmet för gamla
År 2021



Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-14 Nina Ehn

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse	1
Sammanfattning	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
<i>Övergripande mål och strategier</i>	4
<i>Organisation och ansvar</i>	5
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	7
<i>Informationssäkerhet</i>	7
En god säkerhetskultur	7
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i>	7
<i>Klagomål och synpunkter</i>	8
<i>Riskanalys</i>	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
<i>Egenkontroll</i>	10
<i>Utredning av händelser – vårdskador</i>	17
RESULTAT OCH ANALYS	18
<i>Egenkontroll</i>	18
<i>Avvikelser</i>	25
<i>Klagomål och synpunkter</i>	27
<i>Händelser och vårdskador</i>	28
Mål och strategier för kommande år	28

Sammanfattning

Pandemin har präglat arbetet under 2021. Ett omfattande arbete gällande smittförebyggande åtgärder, kompetensutveckling, vaccinering och egenkontroller för basala hygienrutiner, klädregler och följsamhet till rätt användning av skyddsutrustning har genomförts med gott resultat.

Som en del i patientsäkerhetsarbetet under 2021 har kompetensutveckling och implementering av Gröna korset genomförts. Genom att uppmärksamma alla avvikelser som inträffar med hjälp av Gröna korset har ett forum skapats för att diskutera avvikelser tvärprofessionellt i arbetsgruppen av legitimerad personal varje vardag. Arbetet med Gröna korset enligt denna struktur är en del av att systematisera och synliggöra patientsäkerhetsarbetet i verksamheten.

Uppföljning av hälso- och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA visade att enheten förbättrat sitt resultat från föregående år från 90 procent till 97 procent. Förbättringar skedde framförallt i områdena rehabilitering och trycksår.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD



Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet. 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 och genom riskbedömningar och hälsoplaner utifrån patientens behov. Dokumentation och teamarbete är ett viktigt redskap i denna kvalitetssäkring. Pandemin har visat vikten av god kompetens gällande smittförebyggande åtgärder.

Mål 2021

- Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- Utveckla teamarbetet
- Smittförebyggande åtgärder
- Utveckla arbetet med kvalitetsregister
- Utveckla säkerhetskultur
- Kompetensutveckling palliativ vård

Strategier för patientsäkerhetsarbetet

Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen genom egenkontroller, kompetensutveckling och kollegial journalgranskning. Fortsätta med regelbundna teammöten samt utveckla kvalitén gällande innehåll och struktur på dessa teammöten genom att förbättra befintliga rutiner och arbetssätt. Teamarbetet kring fall behöver utvecklas med nya arbetssätt och rutiner.

Utveckla kompetensen om smittförebyggande åtgärder genom kompetensutveckling och feedback samt utveckla arbetet med egenkontroller och hygienombud.

BPSD-registreringen och kunskapen om demenssjukdom ska utvecklas under 2021 på demensavdelningar. Granskning av att korrekt information registreras i palliativregistret behöver genomföras för att säkerställa korrekt rapportering. Utveckla nya arbetssätt och rutiner kring gröna korset och belysa avvikelser och förbättringsarbete som sker i verksamheten. Kompetensutveckling om palliativ vård för sjuksköterskor behöver genomföras och rutiner om palliativ vård samt egenkontroll i palliativregistret behöver uppdateras.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren är Skarpnäcks stadsdelsnämnd och som har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att 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 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet. Verksamhetschef ansvarar även för den löpande verksamheten inom sitt område och säkerställa att den 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 enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att tillgodose patienters 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.

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 och 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) 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

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

Verksamheten har en lokal samverkansöverenskommelse med läkarorganisation Capio Legevisitten och Klara kompetens sjuksköterskepatrull. Samverkan sker också med vårdhygien, utförare av tandvård, Apoteket AB, dagverksamheten och vårdcentral kopplad till dagverksamheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i VODOK och NPÖ genomförs av verksamhetschefen som även ansvarar för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer logghanteringen. Rutinen är känd och följs i verksamheten. Stickprov av HSL-personal och boende kontrollerats. 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 upprättas, samtal om resultatet genomförs på HSL-möte.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Den som upptäcker en avvikelser ansvarar för att rapportera denna enligt lokala rutiner på enheten. Vanligtvis är det undersköterskan som uppmärksammar händelsen och skriver rapporten och lämnar den till den legitimerade personalen. Avvikelse rapport skrivs i Vodok av legitimerad personal, där legitimerad personal tillsammans med verksamhetschef bedömer, åtgärdar, dokumenterar och rapporterar händelsen.

Utredning av allvarliga händelser genomförs i samverkan mellan verksamhetschef och MAS. 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 IVO och till stadsdelsnämnd. Återkoppling till personal sker på HSL-möte, APT eller avdelningsmöte. 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, diarieförs och redovisas under året i tertialrapportering.

På enheten tas synpunkter och klagomål upp i olika forum för att utveckla verksamheten. Verksamhetschef utreder, analyserar och planerar åtgärder. I de fall patienten inte är nöjd med handläggningen av ärendet kan hen vända sig till patientnämnden eller inspektionen för vård och omsorg (IVO). En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

Riskanalys

Riskanalys med tillhörande handlingsplan genomförs inför sommaren och jul gällande bemanning, beställningar, kompetens och annat som kan vara relevant vid semester. Även riskanalyser till organisationsförändringar, värmebölja, covid-19 samt utifrån omvärldsbevakning genomförs.

Adekvat kunskap och kompetens

Årligen genomförs en inventering av verksamhetens befintliga kunskap och kompetens samt en analys av kommande behov. Denna inventering och analys genomförs på ett strukturerat sätt och resulterar i en kompetensförsörjningsplan. Planen har perspektiv både på ett år men även på framtiden.





Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Patienterna och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbete genom kontinuerlig dialog. Enheten erbjuder vårdplaneringar där den äldre och anhöriga deltar. Detta arbete har försvårats av pandemin då samtal med anhöriga ej genomfört med hela teamet samtidigt utan i mindre enskilda möten med olika yrkesrepresentanter. Anhöriga får även del av övergripande information digitalt via månadsbrev samt vid inflyttning.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll

Översikt av egenkontroller i verksamheten.

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	MTP inventarier
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

* Egenkontrollen har genomförts med högre frekvens relaterat till pandemin.

Resultat och analysen redovisas under rubriken resultat och analys.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Mål hälso- och sjukvårdsdokumentation

Utvecklingen av dokumentationen påbörjades i början av året genom en egenkontroll och kollegial journalgranskning. Under hösten genomfördes en egenkontroll som legitimerad personal gjorde på den egna dokumentationen. Syftet var att utifrån kunskaper från kollegial granskning hitta utvecklingsområden i den egna dokumentationen. Detta förändrade arbetssätt var mycket uppskattad då den genererade ett eget lärande och kompetensutveckling i samband med egenkontrollen.

Mål teamarbete

Under året har enheten fortsatt sitt arbete med att utveckla teammöten. Genom diskussioner på HSL-möten kring syftet, strukturen och utförandet av teammöten. Detta arbete har pausats helt under 2020 relaterat till Covid-19 och återupptogs under 2021. Vikten av att se den röda tråden i dokumentationen efter teammöten har uppmärksammats och rutiner kring dokumentation har utvecklats.

Mål smittförebyggande åtgärder

Utveckla kompetensen om smittförebyggande åtgärder samt utveckla arbetet med egenkontroller och hygienombud. Kompetensutveckling genomförs genom webbutbildning, hand-check (visuell återkoppling), självskattning och samtal. Rutiner och riktlinjer uppdateras från Smittskydd Stockholm regelbundet och arbetssätt och lokala rutiner har uppdaterats i samband med detta.

Mål kvalitetsregister

Arbetet med BPSD-registret påbörjades 2019 och inga utbildningar har genomförts under 2020 och 2021. Registreringar har genomförts under året i BPSD-registret. Rutiner och stödmaterial för registrering i palliativregistret finns och används i verksamheten.

Mål utveckla säkerhetskulturen

Verksamheten har som en del i patientsäkerhetsarbetet under 2021 genomfört kompetensutveckling och implementering av Gröna korset. Nya arbetssätt och rutiner kring gröna korset har upprättats och implementerats. Arbetet med gröna korset har belyst avvikelser och förbättringsarbete som sker i verksamheten. Genom att uppmärksamma alla avvikelser som inträffar med hjälp av Gröna korset har ett forum skapats för att diskutera avvikelser tvärprofessionellt i arbetsgruppen av legitimerad personal varje vardag som en del av det dagliga arbetet.

Mål kompetensutveckling palliativ vård

Kompetensutveckling om palliativ vård för sjuksköterskor behöver genomföras men har inte genomförts då utbildningar ställts in relaterat till pandemin. Rutiner om palliativ vård samt egenkontroll i palliativregistret har uppdaterats. De palliativa ombudens roll har definieras för att gemensamt kunna utveckla den palliativa vården i verksamheten men har ej blivit implementerade pga. pandemin.

Egenkontroller

Egenkontroller utförs enligt egenkontrollplanen.

Verksamhetsuppföljning

Stockholms stad har en gemensam uppföljningsmodell som innebär att samtliga verksamheter inom äldreomsorgen ska följas upp vartannat år. Syftet med verksamhetsuppföljningen är att få kunskap om verksamheternas strukturella förhållningar, det vill säga följsamhet till lagar, avtal och uppdragsbeskrivning samt kommunfullmäktiges mål. Verksamhetsuppföljningen utgör tillsammans med andra uppföljningsresultat underlag för bedömning av verksamheternas kvalitet. Bedömningen avser att stötta verksamheterna i arbetet med att förbättra kvaliteten inom äldreomsorgen. Observationer vid rundvandring på vård- och omsorgboendet. Intervju med ledning och personal.

Granskning av utförarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inklusive rutiner och övriga dokument inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Skyddsåtgärder

Genom samtal med sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska har enheten 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. 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. Då pandemin inneburit förändrade möjligheter till att träffas har kvalitetsråd ej genomförts i den utsträckning som planerats.

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 månadsvis under året.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Apoteksrund genomfördes under mars. Ronden var digital i år då pandemin hindrade en fysisk rond. Vanligtvis deltar sjuksköterska med ansvarsområde läkemedelsförråd, verksamhetschef och MAS. Genomgång av rutiner och arbetssätt genomfördes samt rundvandring med observation i läkemedelsrum och stickprov gällande patienters läkemedel och signeringslistor. Intervjuer med undersköterskor med delegering genomfördes under rundvandringen där de får visa och berätta hur de hanterar läkemedel och signeringslistor.

Hygienrund

Hygienrund genomförs i oktober 2020 av vårdhygien, verksamhetschef, och MAS. För att minska risken för smitta och smittspridning genomfördes stickprov på vissa avdelningar.

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. Detta har genomförts i mycket större frekvens än vanligen relaterat till Covid-19 pandemin.

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.

Undersökning av antalet registrerade i palliativregistret jämförs med antalet avlidna på Hemmet för gamla.

Nattfastemätning

Nattfastemätning genomförs i tre dygn på samtliga avdelningar. Resultatet analyseras och sammanställs av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. För patienter med nattfasta över 11 timmar planeras åtgärder som erbjuds patienten. Resultatet från nattfastemätning har registrerats i ILS.

Loggkontroller

Loggkontroller har utförts utifrån personalloggningar och patientens journal enligt styrdokument från staden.

Journalgranskning

Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler utfördes av all legitimerad personal. Sjuksköterska med ansvarsområde dokumentation har lett arbetet och sammanställt resultatet. Som underlag används MAS blankett för HSL dokumentation. Handlingsplan och åtgärder upprättades, samtal om resultatet har genomförs 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, sjuksköterska och granskat lokala rutiner. Rapport har lämnats till enheten för fortsatt kvalitetsarbete.

Behörigheter

Behörigheter i VODOK och andra system har granskats mot tjänstgöringslistor och behovet av behörigheten. Samverkan kring vilka som skall ha behörighet från sjuksköterskepatrullens har också genomförts.

Delegering

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

Läkemedelshantering

Utöver den årliga apoteksgranskningen genomförs egenkontroll av läkemedelshantering. Kontroller består av kontroller i läkemedelsrummet, olika typer av stickprov samt kontroller av rutiner. Egenkontrollen följer en utarbetad mall.

Covid-19

Omvärldsbevakning och ett nära samarbete med MAS kring frågor om pandemin har pågått under hela året. I början av året genomfördes en omfattande vaccination av boende med mycket gott resultat. De första vaccinationerna genomfördes i januari och har erbjudits under hela året till nyinflyttade boende. Under hösten påbörjades vaccination med dos tre och detta har erbjudits alla boende sex månader efter dos två. I början av året rådde besöksförbud i verksamheten detta hävdades dock i februari.

Verksamheten har fortsatt att arbeta med egenkontroller gällande basala hygienrutiner. Vanligtvis genomförs dessa kontroller 2 gånger per år men har under pandemin genomförts mycket mer frekvent. Andra smittförebyggande åtgärder såsom skyddsutrustning har inneburit att kompetensutveckling fortsatt för att upprätthålla kompetensen samt utbilda ny personal i hur dessa skall användas.

Kompetensutveckling om vaccination har genomförts intern. Ett nära samarbete mellan verksamheten och vårdhygien har funnits under hela pandemin.

För att snabbt kunna reagera vid misstanke om smitta har symtomkontroll och snabb rapportering av symtom varit ett viktigt arbetssätt. Kompetensutveckling gällande symtom samt snabb rapportering av symtom i hela informationskedjan har varit centralt för att kunna reagera och arbeta med smittförebyggande åtgärder såsom kohortvård. Detta arbetssätt har varit framgångsrikt i arbetet med att förhindra smittspridning.

Skyddsmaterial och skyddsutrustning har funnits i verksamheten under hela pandemin. Verksamheten har ett mindre buffertlager med skyddsmaterial.

Verksamheten har genomfört mycket testning av både patienter och personal. Arbetssätt med att snabbt uppmärksamma symtom, rapportera i hela informationskedjan och att vid minsta misstanke provta och upprätta kohort har varit framgångsfaktorer i verksamhetens arbete mot Covid-19. Ingen boende har smittats med Covid-19 under 2021 i verksamheten.

Utredning av händelser – vårdskador

Enheten har haft inte haft någon händelse som anmälts som risk för allvarlig vårdskada till IVO.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Verksamhetsuppföljning

Resultatet från verksamhetsuppföljningen 2021 visade på ett gott resultat. Utifrån de underlag som har legat till grund för uppföljningen, var bedömningen att verksamheten uppfyller de krav som ställs, och bedöms därmed ha förutsättningar att ge en god och säker vård och omsorg. Den samlade bedömningen är att verksamheten har ett tydligt och lättillgängligt ledningssystem anpassat till verksamheten och arbetar för att de äldre ska få vara delaktiga och ha en meningsfull tillvaro. De få brister som uppmärksammats i samband med verksamhetsuppföljningen har åtgärdats. Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetet med att systematisera hanteringen av synpunkter och klagomål samt fortsätta arbeta med att implementera värdegrunden i det dagliga arbetet.

Skyddsåtgärder

De typer av skyddsåtgärder som fanns i verksamheten vid egenkontrollen var sänggrindar, rörelselarm samt ett positioneringsbälte. Det stickprov på sänggrindar och rörelselarm som genomfördes var majoriteten dokumenterade och kopplade till hälsoplaner med fallrisk. Samtycke var dokumenterat dock ej alltid korrekt dokumenterat.

Positioneringsbältet var förskrivet korrekt och samtycke var dokumenterat. Skyddsåtgärden var kopplad till hälsoplanen gällande fallrisk.

Synpunkter och klagomål

Ett klagomål gällande hälso- och sjukvård har inkommit under 2021 gällande bemötande. Verksamheten har ökat informationen till närstående och patienter om vart de kan vända sig med klagomål genom broschyrer i inflyttningsmaterialet samt genom muntlig påminnelse vid olika typer av anhörigsamtal och månadsbrev.

Riskbedömningar

Egenkontroll med utgångspunkt i Senior Alert visar att samtliga boende har riskbedömning gällande trycksår, undernäring, fall, munhälsa samt blåsdysfunktion. Resultatet av egenkontrollen från visade att några uppföljningar var försenade.

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. Inga betydande resultat kunde statistiskt säkerställas. Denna infektionsregistrering är uppbyggd på samma sätt som tidigare år inkluderar inte Covid-19 infektioner.



Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Extern granskning av läkemedelshantering genomfördes av Apoteket under mars. Det förbättringsförslag som framkom var behovet av att säkerställa att de delegerade arbetsuppgifterna är beskrivna på djupare detaljnivå. Förbättringsförslaget har lett till att uppdatera befintlig rutin och arbetssätt.

Hygienrond

Hygienrond genomfördes i slutet av oktober 2020. På hygienronden framkom att rutin om hur material fylls på behöver utvecklas. Även rutin kring städmaterial och rengöring behöver utvecklas ytterligare. Hygiensjuksköterskan har givit verksamheten mycket positiv feedback och ser en utveckling i hygienarbetet från föregående hygienrond. Under hygienrond har även en ny modell kopplat till Covid-19 testats av vårdhygien.

Den belyste de framgångsfaktorer som verksamheten haft i arbetet kring hygien. Vårdhygien har även frågat om verksamheten vill dela med sig av sitt arbete kring hygien som ett gott exempel i framtiden. Verksamheten har fortsatt att arbeta med dessa framgångsfaktorer under 2021.

Basala hygienrutiner

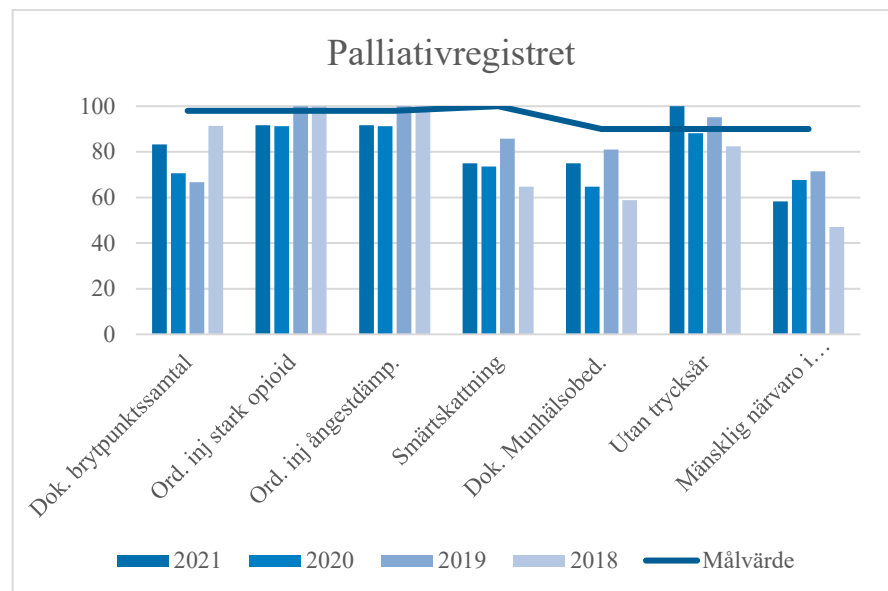
Vanligen planeras egenkontroller av basala hygienrutiner till 2 gånger per år. Under 2021 har verksamheten genomfört kontinuerliga enskilda observationer enligt den vanliga modellen samt observationer av på- och avtagning av munskydd och visir. Webbutbildning genomförs av samtlig personal årligen. Kunskap om vad korrekta basala hygienrutiner är finns generellt i verksamheten. Fokus ligger därför även fortsättningsvis på att öka följsamheten till dessa rutiner. Verksamheten har även arbetat med "Handcheck", en låda med lampa, där ett kontrastmedel används som handdesinfektionsmedel. Användaren kan under lampas ljus se vilka ställen som ej desinfekterats och kan på detta sätt förbättra sin teknik. Användaren får en visuell återkoppling på kvalitén av handdesinfektionen på sina händer. Samtliga medarbetare har testat maskinen och fått feedback.

Egenkontroller av BHK-PPM visar på fortsatt god följsamhet till basala hygienrutiner. Följsamheten till och förutsättningar för basala hygienrutiner var under vårens mätning 90 procent korrekt.

Under höstens mätning 99 procent korrekt och förutsättningar för basala hygienrutiner var 86 procent korrekt. Genom olika typer av egenkontroll, kompetensutveckling och direkt feedback har kompetensen om basala hygienrutiner och skyddsutrustning förbättrat.

Vård i livets slutskede

Kvalitetsindikatorerna från 2021 blivit ökat jämfört med 2020, på nästan alla indikatorer. Indikator om trycksår är dock den enda som når upp till målnivån.



Resultatet av kvalitetsindikatorer under 2021-2018 gällande vård i livets slutskede.

Kvalitetsindikator	Mål	2021	2020	2019	2018
Dok. Brytpunktssamtal	98,0	83,3	70,6	66,7	91,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	91,7	91,2	100,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande v.b	98,0	91,7	91,2	100,0	100,0
Smärtskattning sista levnadsveckan	100,0	75,0	73,5	85,7	64,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	75,0	64,7	81,0	58,8
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	100	88,2	95,2	82,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	58,3	67,6	71,4	47,1

För att säkra god vård i livets slut fortsätter enheten att arbeta med att utveckla arbetssätt och dokumentation kring vård i livets slut.

Nattfastemätning

Resultatet från nattfastemätningarna visar att majoriteten av patienterna har en nattfasta som understiger 11 timmar. Målet är att är en nattfasta som ligger under 11 timmar. Resultatet visar att i mars hade 87 procent av boende på demensavdelning och 65 procent av boende på somatisk avdelningen nattfasta under 11 timmar.

Under oktober månad var det 84 procent på demens respektive 77 för somatisk. Analys visar att det är fortsatt god följsamhet till förfrukost i verksamheten. För att minska nattfastan för patienter med nattfasta mer än 11 timmar behövs fortsatt arbete med sängfösare och nattmål. med tydliga rutiner och följsamhet till dessa rutiner.

Loggkontroller

Stickprov på loggkontroller har utförts och inga felaktiga loggningar har hittats.

Journalgranskning

Dokumentationsgranskningen visar på ett fortsatt behov av att utveckla informationen under sökordet kartlagt hälsotillstånd där innehållet behöver utvecklas.

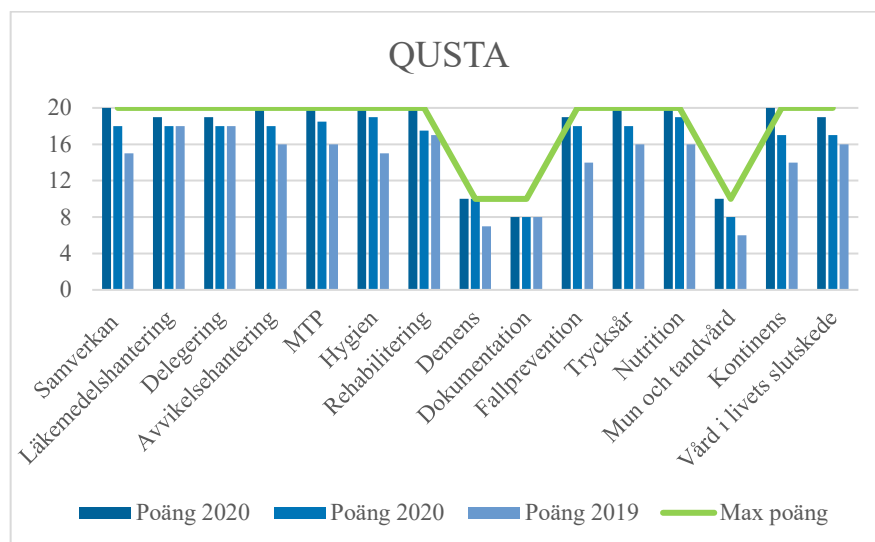
Även uppgifter om närstående som inte vill bli kontaktade på nattetid är fortsatt otydlig dokumenterat relaterat till brister i systemet. I dokumentationen framgår inte heller teamets planering och samordning. Styrkor i dokumentationen är att samtliga journaler som granskats har korrekt dokumentation av t.ex. samtliga riskbedömningar, mätvärden och att alla patienter har hälsoplaner. Behovet av extern kompetensutveckling har uppmärksamrats.

Medicintekniska produkter - MTP

Egenkontroll av hjälpmedel visar på fortsatt behov av att utveckla arbetssätt kring rengöring av förflyttningshjälpmedel och sängar. Besiktningar har genomförts och åtgärder som behövs har färdigställs i nära anslutning till besiktningen.

QUSTA

Resultatet av QUSTA har förbättrats från 79 procent 2019 till 90 procent 2020 till 97 procent 2021.



MAS bedömning har varit att Hemmet för gamla har fortsatt att arbeta med utveckling under 2021 vilket har resulterat i många framsteg och förbättringar i arbetssätt och rutiner inom samtliga områden. Hemmet för gamla har, utifrån resultatet i uppföljningen, en god grundläggande kompetens för hälso- och sjukvård.

Rutiner är kända av personalen och följsamheten i sin helhet är god. Utveckling har gjorts i samtliga områden, men framförallt inom områdena rehabilitering och trycksår. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.

2021	2020	2019
97 %	90 %	79 %

Resultat QUSTA

	Frågor som regleras enligt förordningar.	Poäng 2021	Poäng 2020	Poäng 2019	Max poäng
1	Samverkan och informationsöverföring	20	18	15	20
2	Läkemedelshantering	19	18	18	20
3	Delegering	19	18	18	20
4	Avvikelsehantering	20	18	16	20
5	Medicintekniska produkter	20	18,5	16	20
6	Hygien	20	19	15	20
7	Rehabilitering	20	17,5	17	20
8	Demens	10	10	7	10
9	Dokumentation	8	8	8	10
	Frågor om vård och behandling				
10	Fallprevention	19	18	14	20
11	Trycksår	20	18	16	20
12	Nutrition	20	19	16	20
13	Mun och tandvård	10	8	6	10
14	Kontinens	20	17	14	20
15	Vård i livets slutskede	19	17	16	20
	Summa	263	242	212	270

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

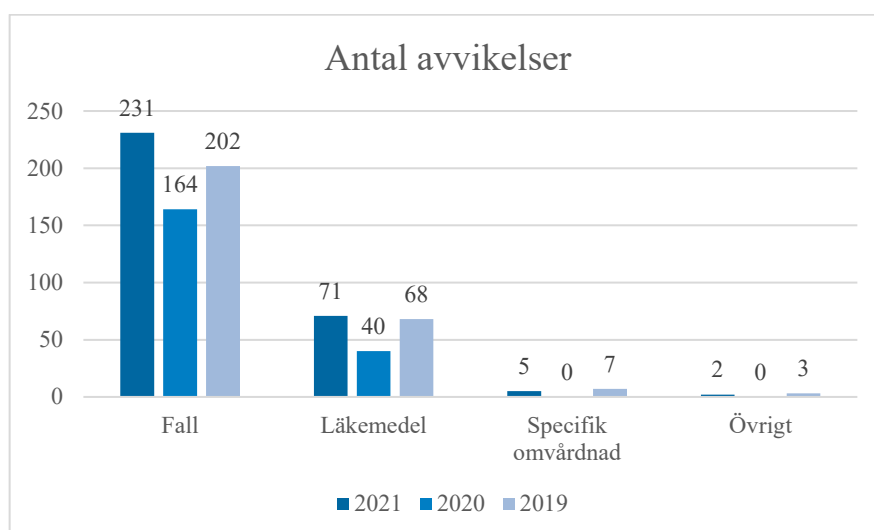
En lista för aktuella delegeringar i VODOK har granskas utifrån arbetsuppuppgift, giltighetstid samt ansvarig HSL-personal. Alla delegeringar har varit giltiga. Samtlig personal med delegering relaterat till läkemedel genomförde webbutbildningen i säker läkemedelshantering.

Läkemedelshantering

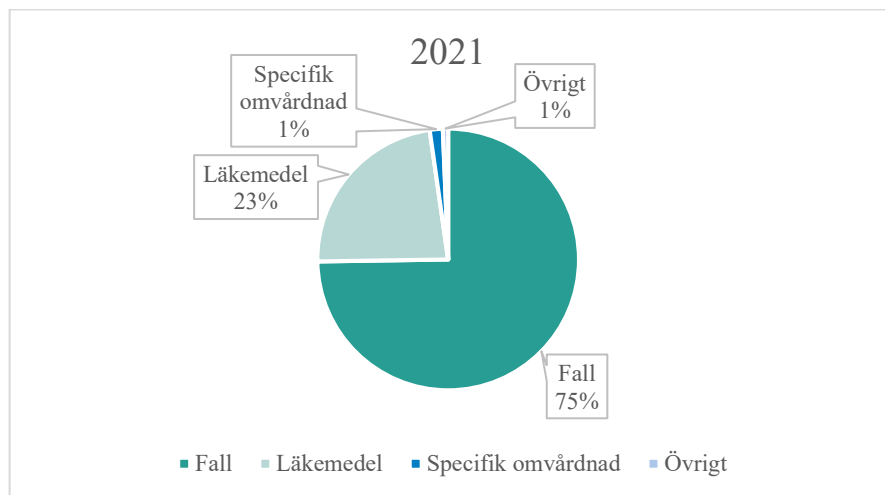
Utöver den externa kvalitetsgranskningen genomförs även egenkontroll av läkemedelshantering. Sjuksköterskorna utför städning av läkemedelsrum, datumkontroll, temperaturtagning av läkemedelsrummet och i kylan. Detta skall signeras i avsedd lista och utföras enligt rutin. Inga avvikelser har hittats gällande 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 signaturförtydligande lista finns tillgängligt.

Avvikelser

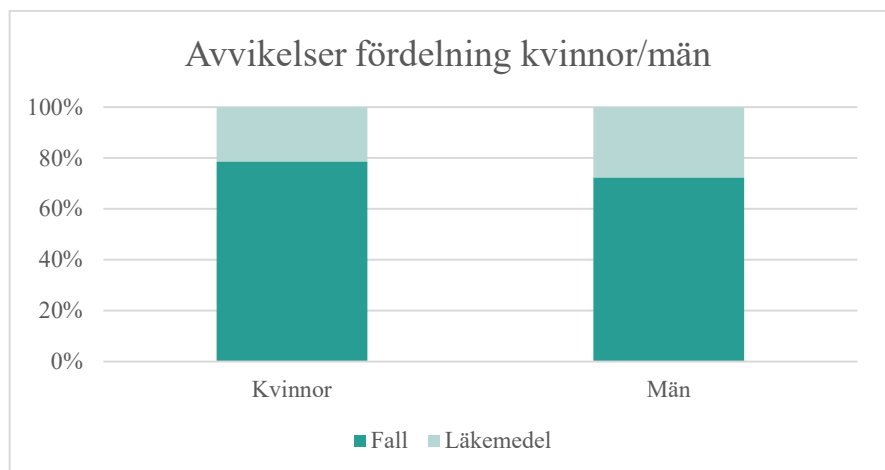
Under året har 309 avvikelser registrerats. Fallhändelser är den vanligaste typen av avvikelse i verksamheten efterföljt av läkemedelsavvikelser.



Fördelningen av typ av avvikelse är förväntat utifrån tidigare års resultat. Beläggningsgrad varit lägre under 2020 än under 2021 och 2019 vilket kan vara orsaken till det mindre antalet avvikelser under 2020.

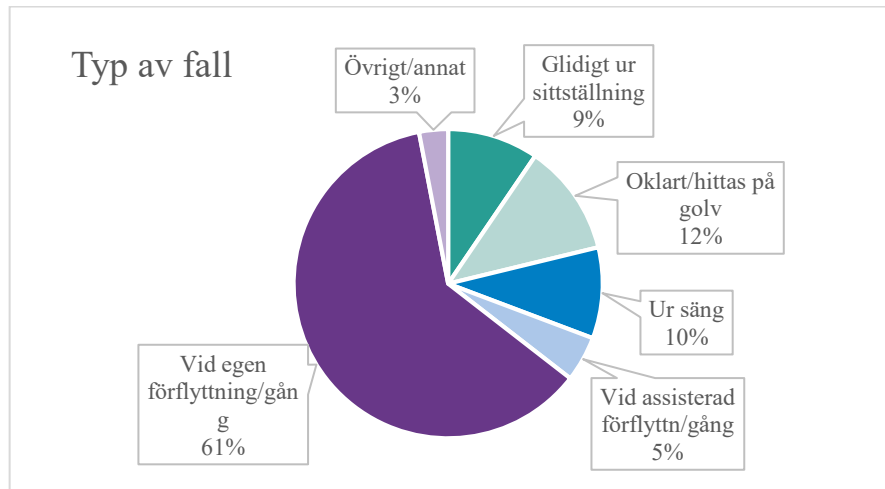


Boende på Hemmet för gamla består av 75 procent kvinnor och 25 procent män. Fördelning av fallolyckor och läkemedelsavvikelser utifrån kön har ingen statistiskt signifikant skillnad jämfört med könsfördelning på boendet.



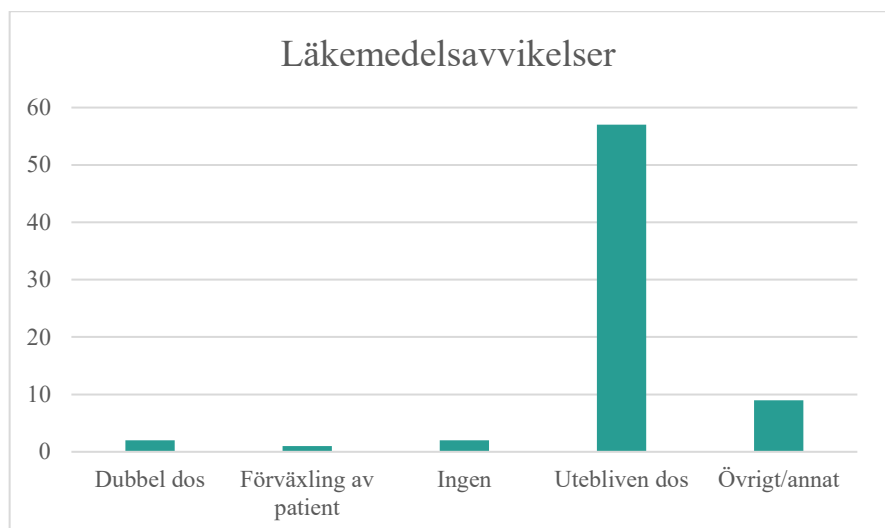
Fall

Under året har 231 fall rapporterats på enheten. Ett fall inträffar när någon ofrivilligt hamnar på golvet eller marken. Vid analys av typ av fall är fall vid egen förflyttning vanligast, 61 procent av fall är av denna typ. Näst vanligast är Oklar/hittas på golv är 12 procent efterföljt av fall ur säng och glidit ur sittställning.



Läkemedelsavvikelser

Under året har 71 läkemedelsavvikelser inträffat. Utebliven dos är den vanligast förekommande avvikelsen. Analys av denna kategori har visat att riskkällor är när tidpunkter avviker från de vanligt förekommande eller att personal blir avbrutna i arbetsmomentet och missat att gå tillbaka. I övrigt/annat kategorin gäller majoriteten av avvikelser läkemedel saknats i patientens läkemedelsskåp i deras lägenhet.



Klagomål och synpunkter

Inga klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvården har inkommit under 2021 till patientnämnden och ett klagomål gällande bemötande har inkommit till verksamheten.

Händelser och vårdskador

Under året har ingen anmälan enligt Lex Maria skickats till IVO.

Risikanalyser

Risikanalyser med tillhörande handlingsplan inför sommaren och jul gällande bemanning, beställningar, kompetens och annat som kan vara relevant vid semester. Inget avbrott gällande bemanningen, kompetens, tillgång material eller läkemedel inträffade. Covid-19 har inneburit risker för smitta och smittspridning, riskanalyser som genomförts har resulterat i rutiner och nya arbetssätt.

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 och genom riskbedömningar och hälsoplaner utifrån patientens behov. Dokumentation och teamwork är ett viktigt redskap i denna kvalitetssäkring. Pandemin har visat vikten av god kompetens gällande smittförebyggande åtgärder. Fortsatt kompetensutveckling om palliativ vård och demens behövs.

Mål 2022

- Utveckla hälso- och sjukvårdokumentationen.
- Utveckla teamwork
- Smittförebyggande åtgärder
- Utveckla säkerhetskultur
- Kompetensutveckling palliativ vård
- Kompetensutveckling om demens

Hälso- och sjukvårdokumentation

Utveckla hälso- och sjukvårdokumentationen genom egenkontroller, kompetensutveckling, kollegial journalgranskning och interna workshops med fokus på resultat från egenkontroller.

Teamarbetet

Fortsätta med regelbundna teammöten, utveckla kvalitén gällande innehåll och struktur på mötet. Teamarbetet kring fall behöver utvecklas med nya arbetsätt och rutiner. Rutiner och arbetsätt behöver fortsätta utvecklas och förbättras gällande samverkan med ansvarig läkare samt att teamarbete framgår i dokumentation.

Smittförebyggande åtgärder

Utveckla kompetensen om smittförebyggande åtgärder samt utveckla arbetet med egenkontroller och hygienombud.

Säkerhetskultur

Fortsätta att utveckla arbetsätt och rutiner kring gröna korset och belysa avvikelser och förbättringsarbete som sker i verksamheten.

Palliativ vård

Kompetensutveckling om palliativ vård för sjuksköterskor behöver genomföras. Rutiner om palliativ vård samt egenkontroll i palliativregistret behöver vidareutvecklas. De palliativa ombudens roll behöver implementeras för att gemensamt kunna utveckla den palliativa vården i verksamheten.

Demens

Kompetensutveckling om demens för legitimerad personal behöver genomföras. Arbetsätt behöver vidareutvecklas och implementeras i verksamheten.