

Bilaga O2

Patientsäkerhetsberättelse
Egen regi 2020

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse MAS och MAR.....	
Patientsäkerhetsberättelse Hornstulls servicehus	
Patientsäkerhetsberättelse HSL-enheten	
Patientsäkerhetsberättelse Skånegatans dagverksamhet.....	

**Patientsäkerhetsberättelse för
vårdgivare,
Södermalms stadsdelsförvaltning,
äldreomsorg**

År 2020

Ansvarig för innehållet:
Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) och
Medicinskt ansvarig för rehabiliterings (MAR)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
STRUKTUR	4
Inledning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	6
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Uppföljning	8
Samverkan	8
Riskanalys	10
Utredning av händelser - vårdskador	10
Informationssäkerhet	11
RESULTAT OCH ANALYS	11
Egenkontroll.....	11
Avvikelser.....	16
Klagomål och synpunkter	16
Händelser och vårdskador	16
Riskanalys	16
Mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över MAS och MARs arbete under 2020 och sammanfattande bedömning av den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Södermalms stadsdelsförvaltnings enheter i egen regi.

Den rådande pandemin har påverkat alla verksamheters möjligheter att upprätthålla det systematiska och strukturerade patientsäkerhetsarbetet. Fokus har främst varit att säkerställa arbetssätt och användning av skyddsutrustning för att minska risk för smitta och smittspridning. Verksamheterna har flera gånger under året fått ställa om sin verksamhet utifrån nya riktlinjer, riskanalyser och nya rön kring covid-19. Det har bland annat medfört att upprätta och revidera lokala rutiner samt implementera dem i verksamheten.

Kontinuiteten i verksamheten har påverkats då misstänkt eller konstaterad covid-19 hos personalen medfört ökad frånvaro i arbetsgrupperna. Då misstanke eller konstaterad smitta förekommit i verksamheterna har ett ökat antal personal krävts för att kunna bedriva kohortvård. Detta har inneburit att fler tillfällig personal har anlitats, som inte alltid är insatta i verksamhetens rutiner, arbetssätt och har mindre kännedom om patienterna, vilket är faktorer som kan påverka patientsäkerheten. Trots detta har verksamheterna kunnat upprätthålla den basala vården och omsorgen av patienterna.

Ett gemensamt utvecklingsområde är att utveckla ledningssystemet så att det kan fungera som ett verktyg och stöd för det strukturerade patientsäkerhetsarbetet. De innefattar systematisk hantering och uppföljning av avvikelser och utredningar av vårdskada eller risk för vårdskada i verksamheten. Hit hör också att använda resultat och analyser av egenkontroller i utvecklings- och förbättringsarbete.

Fokusområden för 2021 är fortsatt utveckling av det vårdhygieniska arbetet och nutritionsvården.

STRUKTUR

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Södermalms stadsdelsförvaltnings enheter i egen regi. Verksamheterna är organiserade i tre utförarverksamheter: Hemtjänstenheten där Hornstulls Servicehus ingår, vård- och omsorgsboendeenheten där vård- och omsorgsboendena Katarinagården, Kulltorpsgården, Nytorpsgården och Magdalenagården ingår samt hälso- och sjukvårdsansvar på Skånegatans dagverksamhet den tid på dygnet verksamheten har gäster.

Övergripande mål och strategier

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

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre på Södermalm som drivs i egen regi.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - På ett strukturerat sätt följa upp verksamheterna genom dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal
 - begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
 - följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser samt i samverkan med verksamhetschefer/enhetschefer utreda allvarliga händelser,
 - stickprovsgranska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egen regi med fokus på hälsoplaner,
 - genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året,
 - efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten och
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister.
2. Följa upp hur den palliativa vården i livets slutskede utvecklas samt stödja de palliativa ombuden i deras roll genom nätverksträffar.
3. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - medverka vid olika mötesforum där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp,
 - utveckla digitala delegeringstester för läkemedel,
 - utbilda alla yrkeskategorier inom området psykisk hälsa,
 - utbilda i medicinteknisk apparatur för vård- och behandling i samverkan med Familjeläkarna.

4. Deltagande i olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att verksamheten aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att bedriva vård av god kvalitet. I det ingår 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.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår bedömning och beslut om anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) vid risk för allvarlig vårdskada och allvarlig vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten.

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

Stadsdelsförvaltningen har avtal med stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet som Vårdhygien, Apoteket AB och Palliativt kunskapscentrum (PKC) samt Patientnämnden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse med Region Stockholm. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Överenskommelsen innefattar:

- samverkan med läkarorganisationen,
- samverkan nutritionsbehandling,
- god läkemedelsanvändning för äldre,
- kostnadsfördelning för MTP och
- kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter

Övrig samverkan:

- samverkansmöten med Läkarorganisationer för de särskilda boendena,
- kvalitetsgranskningar av Apoteket AB,

- informationsmöten med Vårdhygien,
- samverkansmöten med Tandvårdsenheten och avtalad organisation för uppsökande verksamhet för munhälsa,
- samverkansmöten med Patientnämnden och
- samverkansmöten med entreprenörernas MAS och MAR.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och närstående har möjlighet att kontakta MAS och MAR för rådgivning om hälso- och sjukvårdsfrågor.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal i samtliga verksamheter rapporterar och registrerar inkomna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område samt fallolyckor i Vodok 2.0 avvikelsesystem.

Utredning av händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada hanteras i respektive verksamhet. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas MAS och MAR för utökad utredning och ställningstagande för eventuell anmälan enligt lex Maria.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som rör hälso- och sjukvården och inkommer till MAS och MAR förmedlas till respektive verksamhetschef.

Sammanställning och analys sker i verksamheterna. MAS och MAR är delaktiga som rådgivande i specifika frågor.

Egenkontroll

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

Egenkontroller inhämtas från de särskilda boendeformerna i egen regi. Skånegatans dagverksamhet innefattas avseende loggkontroller och statistik över avvikelser.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård	1 gång per år	Uppföljning med kvalitetsinstrumentet QUSTA
Dokumentation	2 gånger per år 1 gång per år	Verksamheternas egenkontroll Stickprovsgranskning av MAS och MAR
Loggkontroller	1 gång per år 1 gång per månad	Verksamheternas loggar i Vodok 2.0 Stickprovskontroll NPÖ
Avvikelser	Minst 4 gånger per år	Avvikelsesystem Vodok 2.0
Läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll extern granskning
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Riskbedömning/screening fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0 Senior Alert Punktprevalensmätning (PPM)
Basala hygien och klädrutiner	1 gång per år	Nationell mätning (PPM-BHK)
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0
Infektionsregistrering	Var tredje månad	Registreringsblankett
Vård i livets slut	1 gång per år	Palliativregistret

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Uppföljning

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård

Uppföljning av verksamheters förutsättningar att bedriva en god och säker vård har genomförts i alla egen regiverksamheter.

Patientsäkerhetsberättelse, kvalitetsregister och egenkontroller där bland annat QUSTA-instrumentet har legat till grund för dialogen med verksamheterna. Vid dialogen medverkade chef och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna och baspersonal i verksamheterna.

Dokumentation

Under 2020 har verksamheternas egenkontroll och analys av hälso- och sjukvårdsdokumentation begärts in. Stadsdelens dokumentationsstödjare har genomfört utbildning i vårdprocessen och dokumentationssystemet Vodok 2.0.

Avvikelsehantering

Registreringen av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har bevakats i syfte att se trender över avvikande händelser i verksamheten.

Läkemedel

Extern kvalitetsgranskning samordnas av MAS och har genomförts i en verksamhet. På övriga verksamheter har granskningarna ställts in på grund av pandemin.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer

Indikatorer för hälso- och sjukvården har begärts från samtliga verksamheter vid två punktprevalensmätningar (PPM) under året. Punktprevalensmätning innebär en mätning vid ett specifikt tillfälle eller datum över utvalt område. Resultatet visar på ett nuläge som ligger till grund för analys.

Statistik över genomförda riskbedömningar

Statistik över genomförandegrad av riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens har inhämtats, sammanställts och analyserats. Verksamheternas registreringsgrad i det nationella kvalitetsregistret Senior alert har följts upp.

Vård i livets slut

Resultat från Palliativregistret har sammanställts och analyserats av MAS.

Samverkan

Strategiska möten och arbetsgrupper internt och externt

Deltagande vid hälso- och sjukvårdsmöten i verksamheter har skett fysiskt där det varit möjligt med anledning av pandemin. I övrigt har kommunikation skett digitalt via mail, telefon eller Skype.

MAS och MAR i innerstadens stadsdelar har genomfört regelbundna arbetsmöten via Skype där gemensamma frågor och strategier hanterats. Huvudsakliga fokusområdet under 2020 har varit att stöd i arbetet att minska smitta och smittspridning av covid-19. Samverkansmöte med entreprenörernas MAS och MAR har skett via Skype vid ett tillfälle under året.

Under året har samverkan med stadens samtliga MAS och MAR och Äldreförvaltningens hälso- och sjukvårdsstrateg skett via Skype upp till tre gånger per vecka under pandemins intensivare perioder. Dessa möten har fokuserat på omvärldsbevakning, information och strategier samt beredskapsplaner. Arbetet har utgått utifrån myndigheternas och regionens beredskapsplaner, riktlinjer och författningar med anledning av smittläget.

Samverkansmöten med ansvariga läkarorganisationer har skett i utökad omfattning. Under vår och höst har möten genomförts upp till en gång per vecka, istället för fyra gånger per år, med respektive organisation med anledning av pandemiläget.

Stockholms stads MAS'ar har i samverkan upprättat "Beredskapsplan för hälso- och sjukvård vid misstanke om eller vid bekräftat fall av Covid-19 i särskilda boenden för äldre i Stockholms stad"

Stockholms stads MAR'ar har i samverkan upprättat stöddokumenter för stadens arbete med Covid-19. Dessa är "Handlingsplan medicintekniska produkter covid-19" och "Strategier för arbetsterapeuter och fysioterapeuter covid-19".

MAR har medverkat i en arbetande referensgrupp i Äldreförvaltningens uppdrag att tillsammans med stadsdelarna ta fram en handlingsplan för legitimerad personal inom äldreomsorgen. Handlingsplanen syftar till att underlätta nyrekrytering och minska personalomsättningen inom gruppen.

I projektet "Modernisering av sociala system" inom Stockholms stad ingår MAR som sakkunnig i Verksamhetsrådet för hälso- och sjukvård.

MAS har deltagit i intervjuer inom ramen för Covid-19 pandemin:

- Stockholms stads utvärdering av covid-19 pandemin – med fördjupning inom äldreomsorg,
- Södermalms stadsdelsförvaltnings hantering av Corona och
- KI's intervju om betydelsen av kommuners organisation av äldreomsorg för hantering av covid-19.

Kompetens

Utbildningsinsatser

MAS har vid 18 tillfällen under våren och fyra tillfällen under hösten utbildat baspersonal inom särskilt boende och hemtjänst i basala hygien- och klädrutiner samt covid-19.

Utifrån beviljade stimulansmedel för hälso- och sjukvård och stimulansmedel för psykisk hälsa och suicidprevention har MAS genomfört, samordnat och planerat utbildningsinsatser.

Stimulansmedel för hälso- och sjukvård har använts till kunskapshöjande insatser inom områdena:

- dokumentation,
- sårvård,
- inkontinensvård,
- förflyttningsteknik och
- undersköterskans kliniska bedömning.

Utbildningarnas huvudsyfte var att stärka hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper generellt. Några medarbetare har fått specifik utbildning för att därefter kunna vidareutbilda andra medarbetare.

Stimulansmedel för psykisk hälsa har använts till utbildning i Första hjälpen till psykisk hälsa. MAS höll utbildningen vid tre av sex tillfällen.

Risکاناليس

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

Med anledning av pandemin har fler riskanalyser begärts in från samtliga verksamheter utöver de som systematiskt inhämtas inför semesterperioderna sommar och jul- och nyår. Syftet med riskanalyserna var att säkerställa att verksamheterna identifierade, planerade och vidtog väsentliga åtgärder inom dessa områden:

- Smittspridning
- Tillgång till skyddsutrustning
- Source control
- Delegeringar
- Läkemedel
- Dokumentation
- Bemanning legitimerad personal

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under året har fem händelser utretts. Ingen av dessa bedömdes innebära risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada. Två utredningar pågår vid årsskiftet, beslut om anmälan till IVO tas under 2021.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamhetschef eller annan utsedd ansvarig genomför loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Syftet är att säkerställa hantering av patientuppgifter enligt gällande regelverk. Vid avvikelser utreds händelsen gemensamt av verksamhetschef och MAS. Loggrapporter har begärts in av MAS och arkiverats. Under året har en avvikelse rapporterats, då en medarbetare på stadsledningskontoret (SLK) kom upp i loggkontrollen. Anledningen till detta var att service av systemet? genomförts och då registrerades detta i loggen.

Loggkontroller av läsbehörighet i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts, sammanställts och analyserats månadsvis av MAS. Vid behov återkopplas resultat till verksamheterna. Under året har fyra avvikelser uppmärksammats. Samtliga gäller avsaknad av dokumenterat samtycke. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvård har kontaktats och samtycken har säkerställts.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Den rådande pandemin har påverkat alla verksamheters möjlighet att upprätthålla genomförandet av planerade aktiviteter. Verksamheterna har vid flera tillfällen fått genomföra omställningar i arbetet. Bland annat genom att implementera uppdaterade rutiner för basal hygien och klädregler samt nya rutiner för smittsäkra arbetsätt. Det har också inneburit stora utbildningsinsatser för att stärka kompetensen inom dessa områden.

Egenkontroll

QUSTA (quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)

Uppföljning av hälso- och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA har genomförts i samtliga verksamheter. Verksamheterna har inför uppföljningen besvarat frågor i underlaget och identifierat styrkor och utvecklingsområden. Efter genomgång av rutiner och dialog med representanter från de olika professionerna och chefer har MAS och MAR gjort en bedömning av verksamheternas kvalitet.

Uppföljningarna visar att ledningssystemet med rutiner som stödjer arbetsätt har utvecklats och reviderats. Verksamheterna har kunnat upprätthålla den basala vården och omsorgen av patienterna under pandemin. Ett utvecklingsområde för vård- och omsorgsboendeenheten är att fortsätta att implementera ledningssystemet för att säkerställa ett gemensamt arbetsätt.

Verksamheterna behöver också fortsätta att utveckla det strukturerade patientsäkerhetsarbetet vilket innefattar att systematiskt hantera avvikelser samt använda genomförda mätningar och egenkontroller i utvecklings- och förbättringsarbetet..

Dokumentation

Alla verksamheter har utsedda handledare för stöd och utveckling av journalföring. De har även tillgång till stöd från stadsdelsförvaltningens processledare för dokumentation.

Strukturerad stickprovgranskning av journalföringen har genomförts av MAS och MAR. Den positiva utvecklingen av dokumentationen som setts tidigare år har brutits. En orsak kan vara att tillfällig personal anlåtats i högre grad på grund av pandemin. De har inte alltid haft tillräcklig kunskap om journalsystemet. Det kan också bero på upplevd tidsbrist som kan bero på ökad arbetsbelastning under pandemin. Identifierade områden att arbeta vidare med är att öka kunskapen om dokumentation av vårdprocessen. Detta uppfylls inte i de hälsoplaner som granskats. Verksamheterna har identifierat samma utvecklingsområden i sin egenkontroll.

Riskbedömningar

Alla vårdtagare som bor på ett särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Riskbedömningsinstrument som ska användas är:

- Downton Fall Risk Index för att utvärdera fallbenägenheten
- MNA (Mini Nutritional Assessment) för att mäta näringsstatus
- Norton för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) - munstatus
- Nikola Riskbedömning för urininkontinens



Kvalitetsindikatorerna anges i procent och är beräknade på antal journaler vid mätdatum 1 januari 2021.

Den sammantagna andel aktuella riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår och munstatus samt urininkontinens ligger mellan 53 - 74procent vilket är i nivå med föregående år. Bedömningen är att målet för aktuella riskbedömningar i verksamheterna bör ligga på 90 procent, vilket inte uppnåtts i någon verksamhet. Statistiken visar på en variation både i genomförandegrad mellan verksamheterna och för de olika riskbedömningarna. Alla verksamheter behöver därför säkerställa att riskbedömningar genomförs enligt riktlinjer.

Årets PPM-mätning har utökats med frågor om hur stor andel av riskbedömningarna som visar på risk, samt i vilken utsträckning åtgärder kopplas till hälsoplaner. Av svaren framgår att hälsoplaner upprättas i högre grad vid risk för trycksår eller fall än vid risk för undernäring eller ohälsa i munnen. För att förebygga undernäring är det viktigt att munhälsan är god. I sjuksköterskans ansvar ingår att göra en screening av munstatus för att upptäcka ohälsa i munnen och vidta adekvata åtgärder. Tandläkarorganisationer ansvarar för att göra munhälsobedömningar och planera tandvården. Under pandemin har besöksrestriktioner från Region Stockholm medfört att uppsökande verksamheten för munhälsobedömning inte kunnat genomföras. Under pandemin har sjuksköterskans därmed behövt ta mer ansvar för munhälsan.

Senior alert

Under året har registreringar i kvalitetsregistret minskat, en bakomliggande orsak till det bedöms vara att det inte prioriterats i förhållande till andra processer som till exempel att säkerställa vården under pandemin.

ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index

Bedömning av den enskildes förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv ska erbjudas alla som flyttar in i särskilt boende och därefter följas upp vid förändrat hälsotillstånd eller minst årligen. Bedömningen ger möjlighet att på bästa sätt anpassa stöd och hjälp i vardagen för den enskilde, samt besluta om eventuella specifika åtgärder för att stärka eller kompensera nedsatt förmåga. Andelen patienter som vid årsskiftet hade en aktuell bedömning var 52 procent. Det är en lägre andel jämfört med föregående år då 70 procent hade en aktuell bedömning. Alla verksamheter behöver arbeta med att upprätthålla aktuella bedömningar.

Läkemedelsgenomgångar

Läkarorganisationerna är ansvariga att tillsammans med sjuksköterskan på boendet genomföra läkemedelsgenomgångar. Alla patienter har rätt till en läkemedelsgenomgång per år. Under året har målet att alla ska få en läkemedelsgenomgång inte uppfyllts helt på grund av rådande pandemi.

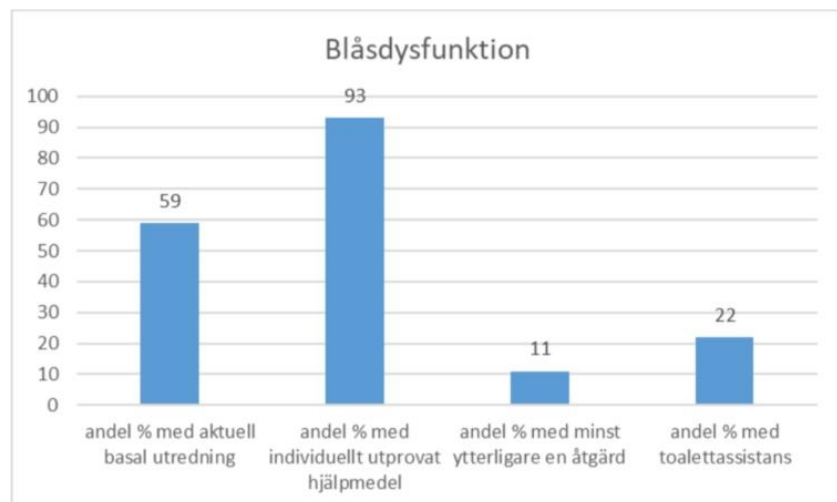
Punktprevalensmätning (PPM)

Två gånger under året har verksamheterna genomfört och redovisat PPM av indikatorer för blåsdysfunktion och indikatorer för skyddsåtgärder samt prevention vid risk för fall, trycksår, undernäring och försämrad munhälsa. Då uppgifter inte inkommit från alla verksamheter vid båda tillfällena är resultaten inte fullständiga men bedöms visa på en tendens.

Blåsdysfunktion

Resultatet visar att 59 procent har aktuell basal utredning och att 93 procent av dessa har fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel

förskrivna. Andra åtgärder vidtas i mindre utsträckning. Andelen patienter som behandlas med urinkateter är 7 procent. Av dessa har 89 procent en dokumenterad indikation för detta. Detta indikerar att man är restriktiv med åtgärden vilket är positivt då kvarliggande kateter är förenligt med risker. En förutsättning för god och säker inkontinensvård är att sjuksköterskor som ordinerar inkontinenshjälpmedel har formell utbildning. Detta har några sjuksköterskor, för att utveckla kontinensvården bedöms att fler sjuksköterskor behöver formell kompetens.



Indikatorer för blåsdysfunktion enligt socialstyrelsen

Skyddsåtgärder

Användning av skyddsåtgärder kan vara en inskränkande insats som behöver kvalitetssäkras och nollvision ska eftersträvas av verksamheterna. Statistiken visar att detta är ett utvecklingsområde.

Andelen personer med beslut om skyddsåtgärd ligger på samma nivå som föregående år. Beslut att använda individuella larm och grind till vårdsäng är de vanligast förekommande besluten. Positivt är att bälten och brickbord används i mycket liten utsträckning. Av redovisad data framkommer faktorer som visar på brister i att kvalitetssäkra insatsen, då en minskad andel har åtgärden kopplad till en hälsoplan och att samtycke inte alltid dokumenteras i journal.

Basala hygien- och klädrutiner (PPM-BHK)

Under hösten deltog samtliga verksamheter i den nationella mätningen av basala hygien- och klädrutiner. Mätningen genomfördes som observationer av hur personal i vården är följer klädregler, regler för handtvätt/handsprit samt om handhavande av skyddsutrustning varit korrekt. En sjuksköterska frikopplades och genomförde alla observationer i syfte att få en likstämmighet i resultatet.

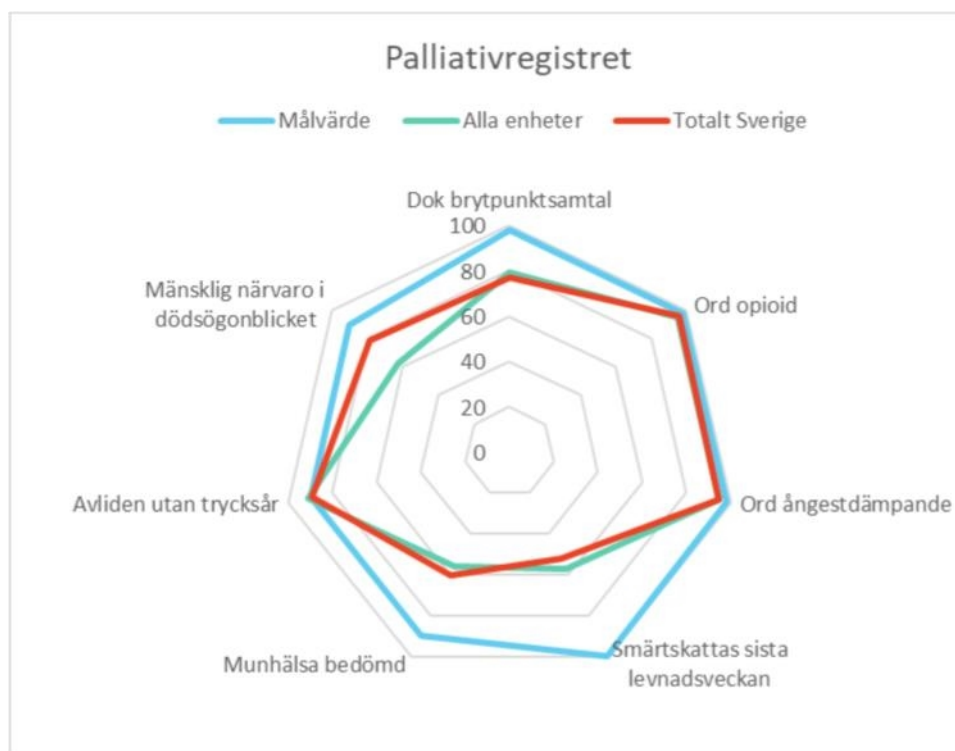
Resultatet visade att alla observerade individer var klädda korrekt och att de inte hade ringar, armband eller bandage på händerna. Korrekt genomförda hygiensteg varierade mellan 66-89 procent. De steg som visade störst brister var att använda handskar och förkläden korrekt. De

yrkeskategorier som främst genomförde hygienstegen korrekt var sjuksköterskor, läkare, studenter och fysioterapeuter, dock observerades inte så många av dessa yrkeskategorier. Ett sämre resultat sågs bland undersköterskor och vårdbiträden.

Denna mätning visar att kunskapen och följsamheten till hygienrutiner är ett utvecklingsområde i alla verksamheter.

Registrering i Svenska palliativregistret

Presenterad statistik är baserad på de förväntade dödsfallen i verksamheterna. Palliativregistrets uppsatta målvärden är 100 procent för alla parametrar förutom ”Avliden utan trycksår”, ”Munhälsa bedömt” samt ”Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket” där målvärdet är 90 procent.



Sammanställt resultat för samtliga enheter.

Samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativregistret. I statistiken redovisas alla enheter sammantaget och en jämförelse har gjorts med resultatet för hela i Sverige. Under året har 142 patienter avlidit i våra verksamheter, varav 75 har registrerats i Palliativregistret, vilket är en lägre andel än föregående år. Då alla som avlidit i verksamheterna inte registrerats kan inga säkra slutsatser dras av statistiken. Följsamheten till registrering är därmed ett utvecklingsområde.

Av de registreringar som gjorts framgår att alla har fått ordination för smärtstillande och ångestdämpande läkemedel, samt att få individer har fått trycksår i livets slut. Bedömd munhälsa och smärtskattning i livets slut är utvecklingsområden som verksamheterna också delar med övriga Sverige.

Ytterligare utvecklingsområde är mänsklig närvaro vid dödsögonblicket hos de patienter som önskar det.

Avvikelser

En god? avvikelserapportering i särskilda boenden är viktig för att kunna analysera bakomliggande orsaker, se mönster och vidta adekvata åtgärder för att minimera risker och vårdskador som ett led i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Avvikelser ska registreras i Vodok 2.0. Magdalenagårdens vård- och omsorgsboende återtogs till egen regi november 2019. En ökning av registrerade avvikelser var därför förväntad, årets statistik visar däremot på en minskning. Detta visar på minskad följsamhet till att registrera rapporterade händelser. En orsak kan vara en ökad andel tillfällig personal, som saknar kännedom om verksamhetens rutiner för avvikelshantering. Det kan också bero på upplevd tidsbrist som medför att rapporterade avvikelser inte registreras. Arbetet med avvikelshanteringen är ett utvecklingsområde för alla verksamheter.

Klagomål och synpunkter

Resultat och analys av inkomna klagomål och synpunkter redovisas i verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser.

Händelser och vårdskador

Under 2020 har ingen händelse anmälts till IVO gällande risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada.

Riskanalys

Under året har riskanalyser begärts in från verksamheterna i samband med pandemin och inför sommarens semesterperiod och jul- och nyårshelger. Årets analyser har visat på en förbättring? i att använda riskanalyser som ett hjälpmedel och stöd vid de ändrade förutsättningar pandemin medfört.

Mål och strategier för kommande år

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i egenregi på Södermalm.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - På ett strukturerat sätt följa upp verksamheterna genom dialog med ledning och hälso-och sjukvårdspersonal,
 - begära in verksamheternas egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation,
 - följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser samt i samverkan med verksamhetschefer/enhetschefer utreda allvarliga händelser,
 - stickprovsgranska hälso- och sjukvårdsdokumentation för särskilt boende i egen regi med fokus på hälsoplaner,

- genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året,
 - efterfråga och ta del av verksamheternas upprättade riskanalyser,
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheten,
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister och
 - följa upp hur den palliativa vården livets slutskede utvecklas
2. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - medverka vid olika mötesformer där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp och
 - stödja chefer i att upprätta rutiner och utveckla arbetssätt inom identifierade utvecklingsområden
 3. Deltagande vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad.

Patientsäkerhetsberättelse

Hornstulls servicehus År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-26 Tabitha Nodeh

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse	1
1 Sammanfattning	3
2 STRUKTUR.....	4
2.1 Övergripande mål och strategier	4
2.2 Organisation och ansvar	5
2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	6
2.4 Patienters och närståendes delaktighet	7
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
2.6 Klagomål och synpunkter	8
2.6 Egenkontroll	8
3 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
3.1 Riskanalys	10
3.2 Utredning av händelser - vårdskador	10
3.3 Informationssäkerhet.....	10
4 RESULTAT OCH ANALYS	11
4.1 Egenkontroll	11
4.2 Avvikelser	13
4.3 Klagomål och synpunkter.....	14
4.4 Händelser och vårdskador	14
4.5 Riskanalys	14
5 Mål och strategier för kommande år	15

1 Sammanfattning

I patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivaren, i detta fall Hornstulls servicehus, har tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Verksamheten har vidtagit åtgärder för att säkerställa att varje medarbetare inom verksamheten kunnat utöva sitt arbete så att en god och säker vård kunde ges. Med hjälp av löpande verksamhetsanalys under 2020 har flera utvecklingsområden identifierats och handlingsplaner upprättats.

Dessa utvecklingsområden har varit underlag för patientsäkerhetsberättelsen för år 2021.

Att förebygga och minska smittspridning av covid-19 samt att skydda boende på Hornstulls servicehus har varit ett högt prioriterat arbete under året. Detta har uppnåtts genom samverkan med läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, smittskyddsläkare, vårdhygien och äldreförvaltningen. Under året har verksamheten säkerställt bemanningen och bemött personalens frågor och oro, för att få en god psykosocial arbetsmiljö. Personalen har fått utbildning, bland annat grundkompetens i basala hygienrutiner och utbildning i att använda skyddsutrustning. Kompetensutveckling har också genomförts för att stärka baspersonalens och legitimerad personals kunskap angående klinisk bedömning, hygien, nutrition, palliativ vård, psykiskohälsa lyft- och förflyttningsteknik, nutrition samt sårvård.

Arbetet med de övergripande målen för 2020 har pågått under hela året. Målen har handlat om uppdatering av ledningssystem, egenkontroll, intensifiering av registreringar i Senior Alert, dokumentation, läkemedelsgenomgångar och följsamhet till vårdhygieniska principer. Dessa områden är strakt kopplade till varandra och möjliggör en utveckling av säkerhet och kvalitet i verksamheten.

Utifrån 2020 års verksamhetsanalys har nya verksamhetsmål sammanställts. Flera av dessa mål kommer att följas upp i verksamhetsplanen för Hornstulls servicehus 2021.

2 STRUKTUR

2.1 Övergripande mål och strategier

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

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

Strategier för patientsäkerhetsarbetet 2020 har varit att:

- genomföra egenkontroller genom granskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation, kontroll av narkotika samt loggkontroller i Vodok 2.
- följa rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i VODOK och samverka med Södermalms medicinskt ansvarig sjuksköterska samt medicinskt ansvarig för rehabilitering vid utredning av vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.
- säkerställa följsamheten till basala hygienrutiner. Detta genom utbildningar, externa och interna observationer.
- fortsätta utvecklingen av teamarbete.
- uppdatering av ledningssystemet utvärdera arbetssätt och metoder.
- registrera i Senior Alert och Svenska palliativregistret.
- analysera och följa upp den palliativa vården i livets slutskede utvecklas. Detta utifrån analys av resultat från svenska palliativregistret.
- följa upp åtgärdsplanerna från 2020 års kvalitetsuppföljning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) (utifrån kvalitetsuppföljningsmodellen QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar).

2.2 Organisation och ansvar

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

Södermalms stadsdelsnämnd (Vårdgivare) fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer kontinuerligt upp och utvärderar målen. Ger direktiv och säkerställer att ledningssystem för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvalitén. Ger direktiv och säkerställer att ledningssystem inom ansvarsområdet är utformat så att vårdprocesser fungerar verksamhetsöverskridande.

Verksamhetschef

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen är enhetschefen för Hornstulls servicehus. Verksamhetschef formulerar mål och tar inom ramen för vårdgivarens ledningssystem fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas. Verksamhetschefen medverkar i kvalitetsuppföljning, ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården samt att vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet tillämpas i verksamhetens arbetsätt.

Verksamhetschef samverkar med av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), dietist och dokumentationsstödare för att nå god kvalitet i hälso- och sjukvård. Utöver det har verksamheten stöd av Apoteket AB och Vårdhygien.

Biträdande enhetschef

Biträdande enhetschef, med uppdrag att fullfölja enskilda uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen följer upp och ansvarar för egenkontroller samt analys av resultat så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Medverkar, inom ramen för verksamhetens ledningssystem, kontinuerligt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i följsamheten, framtagandet, utprovningen och vidareutveckling av rutiner och metoder.

Arbetar kontinuerligt med risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

Ordinarie sjuksköterskor finns tillgängliga vardagar från 07.00 till 16.30 övrig tid ansvarar ambulerande sjuksköterskor med avtal för hälso- och sjukvården. Verksamheten har avtal med Klara Kompetens.

Fysioterapeut eller arbetsterapeut har varit tillgänglig under vardag måndag – torsdag från 07.45-16.30.

Baspersonal

Baspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter följer de lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Överenskommelse mellan regionen och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- utskrivning till slutenvården
- Överenskommelse mellan regionen och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre personer med fysisk funktionsnedsättning, utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd samt för personer med förvärvad hjärnskada eller kognitiv svikt.
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner mellan kommunal utförare och Legevisitten AB.
- Lokal rutin för samverkan med HELSA Vårdcentral
- Lokal rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal
- Lokal rutin för kontakt med dietist
- Lokal rutin för kontakt med biståndshandläggare
- Lokal rutin för joursjuksköterskepatrullen Klara Kompetens
- Samverkansöverenskommelse med Oral Care (tandvård)
- Centralt avtal med Apoteket AB gällande kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Centralt avtal med Vårdhygien
- Samverkan med stadens dietist för att förebygga undernäring samt malnutrition.

2.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Alla patienter och deras närstående erbjuds, efter inhämtat samtycke, inflyttningssamtal med hälso- och sjukvårdspersonal inom två veckor och även vid förändrat hälsotillstånd.

Patient och närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede. Anhöriga erbjuds också efterlevandesamtal efter dödsfall.

Vid hälso- och sjukvårdsavvikelse involveras patienten i utredning om den själv vill, närstående involveras om samtycke finns.

Vid registrering i Senior Alert inhämtas samtycke och patientens önskemål och vilja tas i beaktan.

På Hornstulls servicehus finns också ett förtroenderåd som bevakar boendes intresse samt ser till att närstående, boende och pensionärsorganisationer regelbundet träffar representanter verksamheten. Det finns möjlighet för närstående och boende att lämna meddelanden till förtroenderådet.

2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Den personal som upptäcker en avvikelse ansvarar för att vidta eventuella åtgärder för patienten omgående.

Baspersonal rapporterar avvikelser skriftligt och lämnar till sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut eller närmsta chef enligt lokal rutin. Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar i avvikelsemodulen i Vodok 2.0 och i patientens journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

Hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker en avvikelse registrerar direkt i avvikelsemodulen.

Avvikelseerna utreds och analyseras i team där hälso- och sjukvårdspersonal samt chef ingår. Här ska en bedömning, utredning och analys av enklare händelser genomföras. Vid allvarigare avvikelser ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kontaktas snarast och utredning påbörjas omgående. Avvikelser kommuniceras i olika mötes forum såsom kvalitetsråd, rapporter och arbetsplatsträffen. Externa avvikelser skickas till berörd verksamhet per post.

2.6 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som inkommer till stadsdelsförvaltningen registreras och diarieförs. Dessa skickas till verksamheten för utredning.

Inkomna synpunkter och klagomål besvaras skyndsamt till den som lämnat genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet eller synpunkten inkommit och kommer att utredas. Biträdande enhetschef/enhetschef ansvarar för utredningen som görs tillsammans med berörd personal och vid behov tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Den enskilde får sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som också diarieförs.

2.6 Egenkontroll

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

Egenkontrollen utförs enligt de rutiner som finns för äldreomsorgsavdelningen inom Södermalms stadsförvaltning.

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	Journalgranskning, i Vodok 2.0
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Avvikelser	1 gång per vecka	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Synpunkter och klagomål	Inför arbetsplatsträff Löpande/var fjärde vecka på kvalitetsrådet	Excel Tertialrapporter

Riskbedömningar/screening (endast efter inhämtat samtycke) fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	En gång per år samt vid behov	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0 Senior alert
Funktionsbedömning ADL (endast efter inhämtat samtycke)	En gång per år samt vid behov	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagna mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Basala hygienrutiner	Var 8:e vecka eller oftare enligt riskbedömning	Självskattning, vårdhandboken
Vård i livets slutskede		Svenska palliativregistret

3 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Arbetsätt och verktyg som har använts för att öka patientsäkerheten är:

- Egenkontroll av utförda åtgärder
- Uppdatering ledningssystemet och revidering av lokala rutiner
- Kompetenshöjning, för både bas- och legitimerad personal, inom klinisk bedömning, hygien, psykisk ohälsa, nutrition, palliativ vård, lyft- och förflyttningsteknik, nutrition samt sårvård.
- Teamsamverkan utifrån bedömda risker. Preventivt arbete med fokus på att förhindra fallskador, trycksår, och undernäring.

- Utredning av inkomna synpunkter samt inträffade avvikelser.
- Förebygga och minska smittspridning av covid-19 genom samverkan med läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, smittskyddsläkare, vårdhygien och äldreförvaltningen.

3.1 Riskanalys

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

Inför varje verksamhetsår införs väsentlighets- och riskanalyser. Bedömda risker samt väsentlighet för verksamheten dokumenteras i stadens integrerade ledningssystem (ILS). Dessa följs upp vid tertialrapporter och bokslut.

3.2 Utredning av händelser - vårdskador

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

Under år 2020 har ingen vårdskada inträffat som föranlett anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

3.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Det är viktigt att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienterna som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt. Samtidigt måste risken att obehöriga får tillgång till informationen minimeras. Risker för informationssäkerheten kan uppstå bland annat vid informationsöverföring, byte av vårdgivare, otillgänglig vårdokumentation och att obehöriga får tillgång till sekretessmaterial

På Hornstulls servicehusförvaras all dokumentation inlåst och i skydd från obehöriga. Fax och e-post som skickas till och från sjuksköterskepatrullen är avidentifierade. Rutinmässiga kontroller av åtkomst av dokumentation utförs regelbundet av utsedd personal.

4 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

4.1 Egenkontroll

Egenkontroll	Resultat
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	Genomförd av MAS och MAR och visade att flertalet rutiner upprättats och reviderats under året. Ett mer strukturerat och systematiskt arbetssätt finns kring delegering, läkemedelshantering. Dokumentation har också utvecklats jämfört med året innan.
Dokumentation	Resultat från stickprovsgranskning från 10 journaler visade att: Teamarbetet är delvis synligt. I dokumentationen framgår att patienten är delaktig och ges möjlighet att uttrycka sina önskemål. Utvecklingsområden som har identifierat är utveckling av hälsoplaner med fokus på fördjupad utredning för att ordinera adekvata åtgärder samt korrekt dokumentation av medicinska diagnoser med uppdatering för diagnos och angiven källa.
Loggkontroller	Loggkontroll av VODOK 2.0 visade inga avvikelser. Loggkontroll av NPÖ visade inga avvikelser.
Narkotikakontroll	Kontroll av narkotika, enligt läkemedelshanteringsrutin, har utförts delvis. Ansvarsområde samt kunskap om riktlinjer och rutinerna kring kontroll av narkotika behöver förbättras.
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	Majoriteten av patienter med blåsdysfunktion har en aktuell

	<p>utredning och individuellt utprovad inkontinenshjälpmedel. Två av sjuksköterskorna har formell utbildning gällande inkontinens. Arbete med andra åtgärder än inkontinenshjälpmedel behöver utvecklas.</p>
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	<p>PPM mätningen visar att användandet av skyddsåtgärder är låg, dock dokumentation gällande ordination, samtycke behöver förbättras.</p>
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	<p>Under året har verksamheten haft fokus på utveckla strukturer för ett tvärprofessionellt teamarbete samt att implementera dessa. Målet har varit minska risker och förebygga vårdskador i verksamheten. Ett fungerande multiprofessionellt team är en förutsättning för ett gott personcentrerat arbetssätt och vård. Teamarbete har krävt struktur men på grund av Covid-19 har verksamheten gjort andra prioriteringar och därmed teamet har inte kunnat träffas regelbundet som var planerat men verksamheten har ändå lyckats att uppnå målet för genomförda riskbedömningar/ screening för trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa.</p> <p>Antal fallriskbedömningar behöver utökas. Avsaknad av arbetsterapeut under några månader har varit bidragande orsak till att målet ej uppnåtts.</p>
Kvalitetsregister	<p>Registrering i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret har ökat markant jämfört med 2019. Alla patienter som har gett samtycke har registrerats i Senior Alert.</p>
Funktionsbedömning ADL	<p>55 st. av boende hade aktuell ADL bedömning (genomförd inom</p>

	12 månader). Något lägre jämfört med 2019. Avsaknad av arbetsterapeut under några månader har varit bidragande orsak till att målet ej uppnåtts.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	På grund av besöksförbud och pågående pandemin har verksamheten inte haft någon kvalitetsgranskning av läkemedelshantering under 2020.
Basala hygienrutiner	Verksamheten kontrollerar regelbundet att personalen följer basala hygienrutiner i vårdarbetet. Fortlöpande utbildning av basala hygienrutiner sker kontinuerligt. Infektionsstatistik har förts och mäts regelbundet. På grund av besöksförbud och pågående pandemin har verksamheten inte haft någon hygienrund under 2020, men att förebygga och minska smittspridning av covid-19 samt att skydda boende på Hornstulls servicehus har varit ett högt prioriterat arbete under året. Detta har uppnåtts genom samverkan med läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, smittskyddsläkare, vårdhygien. Personalen har vid flertal tillfällen fått utbildning, bland annat i basala hygienrutiner och utbildning i att använda skyddsutrustning.

4.2 Avvikelser

Antalet fallavvikelser som har rapporterats under 2020 är 215 stycken vilket har minskat markant jämfört med 2019.

Resultatet är en konsekvens av att några patienter med hög fallrisk flyttade till vård- och omsorgsboende samt att verksamheten har haft fokus på skadeförebyggande insatser. Alla patienter som har gett samtycke har registrerats i Senior Alert.

En stor del av de fall, som rapporterats står för egen förflyttning i hemmet. Teamet kommer att fortsätta arbeta

enligt regel för bedömning, prevention och insatser vid inträffade fall.

Ingen skada	146
Misstanke om annan fraktur	2
Misstanke om ben och lårbensfraktur	7
Misstanke om skada	15
Skada	27

53 medicinavvikelser har inkommit under 2020 vilket har ökat markant jämfört med 2019. En stor andel av avvikelserna har handlat om uteblivna doser. Ökning av avvikelserna beror på att verksamheten har blivit bättre på att uppmärksamma och rapportera läkemedelsavvikelser.

Arbetet med att få all personal att rapportera in inkomna läkemedelsavvikelser behöver fortgå.

4.3 Klagomål och synpunkter

Under året har fem klagomål har inkommit från anhöriga som haft synpunkter på besöksförbudet på grund av Covid-19.

4.4 Händelser och vårdskador

Inga vårdskador eller allvarigare händelser har inträffat under året.

4.5 Riskanalys

Med hjälp av löpande verksamhetsanalys under 2020 har flera utvecklingsområden identifierats och handlingsplaner upprättats. Utvecklingsområden har handlat om uppdatering av ledningssystem, egenkontroll, intensifiering av registreringar i Senior Alert, dokumentation, läkemedelsgenomgångar och följsamhet till vårdhygieniska principer. Genomförda riskanalyser inför sommaren och julnyårshelgerna säkerställde bland annat tillgången till

legitimerad personal, som hade kunskap om verksamhetens rutiner samt behörigheter till system.

Risicanalys för beredskapen på grund av Covid-19 har varit en viktig grund för det förebyggande smittspridningsarbetet i verksamheten. Med hjälp av riskanalyserna har verksamheten säkerställt bemanningen och bemött personalens frågor och oro, för att få en god psykosocial arbetsmiljö.

I samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska gjordes riskanalys av bemanningen av verksamhetens sjuksköterskor. Analysen resulterade i en ökad grundbemanning på ytterligare 50 %

5 Mål och strategier för kommande år

Utifrån 2020 års verksamhetsanalys har nya verksamhetsmål sammanställts. Flera av dessa mål kommer att följas upp i verksamhetsplanen för Hornstulls servicehus 2021.

- Fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet, genom uppdatering av ledningssystemet.
- Fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet genom systematiskt arbete med identifierade brister från Qusta 2020 samt kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.
- Fortsatt utveckling arbetssätt och kompetens avseende nutrition och mun- och tandhälsa.
- Ett systematiskt förbättringsarbete gällande hantering av medicintekniska produkter.
- Ett systematiskt förbättringsarbete gällande hantering av nycklar
- Verksamhetens riktlinjer/rutiner skall göras lättillgängliga, kända för alla och att alla arbetar mot samma mål.
- Samtliga boende på Hornstulls servicehus ska erbjudas riskbedömning för blåsdysfunktion, fall, undernäring, munhälsa och trycksår.
- Samtliga boende på Hornstulls servicehus ska aktuell ADL bedömning.

- Läkemedelsgenomgång genomförs en gång per år eller vid behov på samtliga patienter.
- Ett systematiskt förbättringsarbete vad gäller avvikelshantering skall ske regelbundet. Händelseanalys skall följas av planerade och utförda åtgärder för att om möjligt minska antalet avvikelser, fel och brister.
- Vården av personer med psykiskohälsa och demenssjukdom skall förbättras och tryggas genom att vid behov göra bedömningar med hjälp av det nationella kvalitetsregistret BPSD.
- Årliga hygienronder, krav ställs på god hygienisk standard i hela verksamheten.
- Munhälsobedömning och utfärdande av tandvårdsintyg skall erbjudas till berättigade patienter.

Patientsäkerhetsberättelse

HSL-ENHETEN

Katarinagården, Kulltorp,
Magdalenagården och Nytorpgårdens
vård- och omsorgsboende
År 2020

Innehåll

Sammanfattning	3
<i>STRUKTUR</i>	4
<i>Övergripande mål och strategier</i>	4
<i>Organisation och ansvar</i>	4
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	6
<i>Patienters och närståendes delaktighet</i>	6
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i>	6
<i>Klagomål och synpunkter</i>	7
<i>Egenkontroll</i>	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	9
<i>Risikanalys</i>	9
<i>Utredning av händelser - vårdskador</i>	9
<i>Informationssäkerhet</i>	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
<i>Egenkontroll</i>	10
<i>Avvikelse</i>	11
<i>Klagomål och synpunkter</i>	11
<i>Händelser och vårdskador</i>	12
<i>Risikanalys</i>	12
Mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

Det gångna årets fokus har kommit att ligga på Covid-19 och den pandemi som råder. Fokusområden under denna tid har varit och är fortsatt till viss del att säkerställa tillgång till skyddsutrustning och att utbilda personal i hur man tar på av denna och följsamhet till de basala hygienrutinerna. Utbildning har hållits av MAS vid ett flertal tillfällen under 2020. Hälso- sjukvårdsdokumentation, teammöten och kvalitetsråd kommer vara fortsatta fokusområden 2021. Utbildning i dokumentation har genomförts på både på grupp och individnivå till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det kommer fortsatt att planeras in även under 2021. Uppdatering av de lokala hälso-och sjukvårdsrutinerna har genomförts under 2020 och kommer även fortsatt under 2021 vara ett fokusområde.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

En trygg och säker hälso-och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

Strategier:

- Genomföra egenkontroll av HSL dokumentation enligt mall en gång per månad samt utföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Kunskapstest vid delegering, uppföljning av delegeringar enligt rutin samt egenkontroll månadsvis.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månadsvis så att samtliga journaler kontrolleras årligen.
- Genomföra riskbedömningar utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktions bedömningen och trycksår och registrera i nationella kvalitetsregister.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- Teammöten hålls i det tvärprofessionella teamet regelbundet.
- Narkotikakontroller enligt rutin.
- Strukturerat genomföra analys och åtgärder utifrån resultat av egenkontroller och avvikelser gällande hälsosjukvård på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Upprätta och utveckla kompetensen hos personal genom deltagande i nätverksträffar och utbildningar för tex, dokumentation, handledning, palliativa ombud och mat och måltider.
- Årlig uppföljning av hälsosjukvården genomförs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljningar.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med stadelens dietist

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

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. Verksamhetschef har uppdragit till biträdande enhetschef HSL att fullgöra utredning, analys, åtgärd och uppföljning av händelser, utföra loggkontroller i Vodok, se till att narkotika kontroll utförts, att funktionskontroll MTP utfört samt enskilda ledningsuppgifter.

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.

Katarinagården:

- Legitimerad sjuksköterska finns på plats i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-19.00, lördag och söndag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar namngiven patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Kulltorp:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten dygnet runt. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Magdalenagården:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten dygnet runt. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Nytorpgården:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar namngiven patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

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 att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

- Verksamheten samarbetar med Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering en gång per år. Detta för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs kring läkemedelshantering.
- Södermalms Stadsförvaltning har samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden, som förser verksamheten med en läkare och som ansvarar för den medicinska vården.
- Oral Care erbjuder och genomför enligt avtal årliga munhälsobedömningar
- Vårdhygien kontaktas i form av konsultation när behov uppstår vid behov tex. vid svåra utbrott av vinterkräksjuka eller vid frågor runt multiresistenta bakterier.
- Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- Samverkan sker med Södermalm stadsdelsförvaltnings dietist för att förebygga undernäring och säkerställa ett gott näringsinnehåll och fördelning av energi över dygnet.

Korttidsboende på Kulltorp och Nytorpgården.

- Samverkar vid behov med biståndsbedömare, primärvård, ASIH, hemrehab, trygg hemgångsteamet på Södermalm och hemtjänstutförare.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Verksamheten erbjuder patienter, och vid samtycke från patienten även närstående, att delta vid vårdplanering i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en gång per år eller vid behov.
- Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadsamtal.
- I samband med att en avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

- Samtliga medarbetare rapporterar medicinskt avvikande händelser.
- Den som upptäcker en avvikande händelse rapporterar detta på avsedd blankett och lämnar till tjänstgörande sjuksköterska som gör en första bedömning om vidare och/eller omedelbara åtgärder krävs. Om det är hälso- sjukvårdspersonal som uppmärksammar en avvikande händelse lägger denne in händelsen direkt i avvikelsemodulen Vodok 2.0.
- Sjuksköterska dokumenterar i journal, utreder händelsen, dokumenterar och antecknar åtgärd på avsedd blanketten.
- Utifrån det underlag som blanketten utgör registreras avvikelser sedan i avvikelsemodulen av i dokumentationssystemet Vodok 2.0 av sjuksköterska och blir på så sätt tillgänglig för verksamhetschef, bitr. enhetschef, MAS och MAR.
- Bitr. enhetschef med HSL uppdrag granskar och godkänner åtgärder på inkomna händelser/avvikelser varje månad, detta görs i samråd med personalgruppen på kvalitetsråd.
- Rapporterade avvikelser återkopplas till berörd omvårdnadspersonal enskilt eller i grupp på rapporter eller våningsmöten.
- Åtgärder som kräver förändringar i arbetssätt dokumenteras i avvikelssystemet och går igenom med aktuell arbetsgrupp.
- Upprepade fall diskuteras på kvalitetsråd där sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, baspersonal och bitr. enhetschefer deltar.
- Åtgärder dokumenteras i journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

Klagomål och synpunkter

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

- Till stadsdelen inkomna klagomål och synpunkter gällande hälso- sjukvård registreras och diarieförs. De skickas därefter till aktuell enhet för vidare utredning. I förekommande fall utreds händelsen direkt av handläggare placerad vid staben inom avdelningen för äldreomsorg.
- Klagomål och synpunkter som kommer enhetschef, bitr. enhetschef eller bitr. enhetschef HSL tillkänna telefonledes dokumenteras och skickas till stadsdelen för registrering och diarieföring.
- Inkomna synpunkter och klagomål gällande hälso- sjukvård besvaras snarast dock senast inom 14 dagar genom kontakt via telefon eller e-post med den enskilde där vi bekräftar att klagomålet eller synpunkten inkommit och kommer att utredas.
- Biträdande enhetschef HSL ansvarar för utredningen som görs tillsammans med berörd personal och vid behov tillsammans med MAS.

- Den enskilde får sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som också diarieförs.
- Till stadsdelen inkomna klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvården registreras och diarieförs och svaren på dessa diskuteras på våningsmöten, arbetsplatsträffar och kvalitetsråd.

Det finns en Excel fil framtagen av utvecklingsenheten för äldreomsorgen som används för att sammanställa alla synpunkter och klagomål på verksamheten för att sedan kunna analysera dessa på en övergripande nivå.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Uppföljning av handlingsplanerna från föregående års Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger per år	Enligt rutin
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Riskbedömningar/screening för: fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 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
Basala hygienrutiner	2 gånger per år	Protokoll
Loggkontroller Vodok	1 gång per månad	Protokoll
Narkotikakontroll	1 gång per månad	Protokoll

Delegering	1 gång per månad	Protokoll
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för prevention	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- Qusta har genomförts av MAS/MAR.
- HSL-möten har genomförts regelbundet på enheterna.
- Månatlig egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen har gjorts av biträdande enhetschef HSL.
- PPM vecka 10 och 39 har genomförts och underlag har skickats till MAS.
- Infektionsregistrering har genomförts och underlag har skickats till MAS varje kvartal och årsvis.
- Narkotikakontroll har gjorts månadsvis.
- Apoteket AB utför kontroller av läkemedelshanteringen och åtgärdsplan upprättas utifrån resultat.
- Patienter registreras i Senior Alert och Palliativa registret utifrån den enskildes samtycke.
- Nattfastemätningar genomförs regelbundet för att minska malnutrition.
- Kvalitetsråd har genomförts 1 gång per månad där händelser som skett i verksamheten tas upp systematiskt

Risikanalys

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

- Riskanalys utifrån den enskilde patienten gällande fall, trycksår och undernäring görs vid inflyttning till boendet och utifrån identifierade risker upprättas en handlingsplan för att förebygga risk. Riskanalyserna uppdateras vid behov dock minst en gång per år.
- Systematisk hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter sker via kvalitetsråd
- Inför sommar- och juledigheter – görs en riskanalys avseende bemanning av hälso- och sjukvårdspersonal. Inga risker föreligger enligt dessa.

- Lokal rutin finns om en sjuksköterska blir sjuk akut sjuk.
- Lokal rutin finns för att säkerhetsställa att en boende får tillräckligt med vätska vid värmebölja.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Fall	281 st
Läkemedemedel	95 st
Trycksår	2 st
Specifik omvårdnad	25 st
Vårdkedjan	11 st

Alla händelser har utretts och åtgärder har gjorts där behov funnits.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

- NPÖ-loggar har utförts av MAS varje månad. Vid 4 fyra tillfällen har det uppmärksammats att det saknats samtycke.
- Loggar av hälso- och sjukvårdsjournaler har skett varje månad för att säkerställa att alla journaler granskas. Inga obehöriga har varit inne och läst i journalerna.
- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsjournaler har genomförts vecka 10 och 39 enligt rutin. Resultatet har analyserats och handlingsplan har upprättats.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

- Årets Qusta visar att enheterna har förbättrats generellt men att det finns ett fortsatt behov av ytterligare förbättring inom samtliga områden inom hälso- sjukvården.
- Egenkontrollen av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att enhetens utvecklingsområden fortsatt är kartlagt hälsotillstånd. Generellt är det fler patienter på enheterna som har ett kartlagt hälsotillstånd dock finns behov av fortsatt arbete i teamet med fokus på patientens delaktighet i det kartlagda hälsotillståndet sker på teammöten.
- Antalet rapporterade händelser/avvikelser har generellt ökat under året. Det är dock fortfarande fallavvikelser som till största del rapporteras och en stor del av dem är fall vid egen förflyttning. Det är även så att det är ett fåtal personer som står för de flesta av fallen vilket kan ha sin förklaring i sjukdomstillståndet. En

förklaring till det ökade antalet rapporterade händelser/avvikelser kan vara att de synliggörs och diskuteras på kvalitetsrådet.

- Antalet hälsoplaner och registreringar i kvalitetsregister har generellt minskat under året på samtliga enheter. Trolig orsak till detta kan vara den rådande pandemin och fokus då legat på annat.
- Funktionskontroller ADL utförs men där kan följsamhet till rutin fortsatt förbättras något.
- Infektionsregistrering görs enligt rutin och resultatet skickas till MAS.
- Apoteket AB har utfört årlig kontroll på Magdalenagården under vårterminen 2020. Brister som funnits har åtgärdats. Resterande kontroller blev inställda p.g.a. den rådande pandemin.
- Basal vårdhygien har följts upp under året både vad det gäller självskattning och observation av följsamhet. Resultatet visar en relativt hög följsamhet men det finns fortfarande enskilda medarbetare som måste påminnas om vad som gäller trots att Webb utbildning i Basal Vårdhygien genomförts av medarbetare. Utöver webb-utbildning i basal vårdhygien har medarbetare gjort utbildning i covid-19 och även fått praktik utbildning av MAS i basal vårdhygien och hur man tar av- och på skyddsutrustning. Detta har gjort vid ett flertal tillfällen under 2020. Rutiner skapades och uppdaterats gällande skyddsutrustning och implementeras under året.
- Loggkontroller som utförts månatligen har varit utan anmärkning på samtliga enheter.
- Narkotikakontrollerna har utförts enligt rutin varje månad på samtliga enheter utan anmärkning förutom på Kulltorp som hade en avvikelse under året där MAS kontaktades som beslutade om åtgärd i form av tätare kontrollräkningar och att två stycken sjuksköterskor kontrollräknade varje gång. Detta pågick fram till att MAS via uppföljningar bedömde att man kunde återgå till ursprunglig rutin.
- Egenkontroll av delegeringar visar på följsamhet av rutin. Delegeringar förnyas enligt rutin.

Avvikelser

Antalet rapporterade händelser/avvikelser har ökat något under året. Det är fortfarande fallavvikelser som rapporterats i största del. Enheten arbetar aktivt med information till medarbetare och vikten av att skriva avvikelser vid andra händelser än fall. Bra diskussioner på upprättat kvalitetsråd hoppas till en förståelse till att skriva andra avvikelser ska öka.

Generell lärdom har även 2020 varit att kommunikation i vissa fall fallerar och att vi måste bli bättre både på att förmedla oss både i tal och i journal.

Klagomål och synpunkter

De klagomål och synpunkter som inkommit under 2020 har främst handlat om bristande kommunikation. Både mellan personal och till anhörig/närstående. Vikten av att ha en tydlig kommunikation har tagits

upp i personalgrupperna och kommer även fortsatt tas upp i olika mötesform på enheterna,

Händelser och vårdskador

3 utredningar har skett. Inge av dem bedömdes att vara Lex Maria.

Risakanalys

- Riskanalyser genomförs alltid vid förändringar/händelser som kan ha en negativ inverkan på patientsäkerheten.
- Vid identifierade risker upprättas handlingsplan för att förebygga risk.
- Under året har patienterna riskbedömts vad gäller fall, nutrition och trycksårskick. Detta leder till ett säkert och strukturerat arbete för att fånga upp risker i tid och åtgärda.
- Systematisk hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål utförs i ett ständigt förbättringsarbete via kvalitetsråd.
- Vid inflyttning och vid behov utför det tvärprofessionella teamet en riskanalys av arbetsmiljön kring varje patient. Fortsatt arbete måste läggas på att upprätta handlingsplaner vid risk.

Mål och strategier för kommande år

Att öka kvaliteten och utveckla hälso-sjukvården.

- Utveckla hälso-och sjukvårdsdokumentationen. Strategi: Genom att regelbundet och vid behov ha dokumentation som en punkt på HSL-möte. HSL-personalen kommer fortsatt få individuell- och gruppanpassad utbildning i dokumentation.
- Öka andelen registrerade avvikelser vad gäller framförallt läkemedel. Strategi: Genom att på kvalitetsråd prata kring om vad en avvikelse är och varför de görs.
- Öka frekvensen av Kartlagt hälsotillstånd utifrån patientens delaktighet. Strategi: Regelbundna teammöten som hålls i den tvärprofessionella gruppen där patientens delaktighet framkommer.
- Öka registrering i kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret. Strategi: Genom regelbundna teammöten där varje yrkesprofession deltar med sin spetskompetens.
- Utveckla det systematiska arbetet med avvikelsehanteringen. Strategi: Genom regelbundna kvalitetsråd där avvikelser hanteras systematiskt i det tvärprofessionella teamet.
- Utveckla det tvärprofessionella arbetet genom regelbundna teammöten där HSL personal och omvårdnadspersonal deltar med patienten i fokus.

Patientsäkerhetsberättelse

Skånegatans dagverksamhet År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-01-20, Lisa Jansson

Innehåll

Sammanfattning	3
<i>STRUKTUR</i>	4
<i>Övergripande mål och strategier</i>	4
<i>Organisation och ansvar</i>	4
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	5
<i>Patienters och närståendes delaktighet</i>	5
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i>	5
<i>Klagomål och synpunkter</i>	6
<i>Egenkontroll</i>	6
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	7
<i>Risikanalys</i>	8
<i>Utredning av händelser - vårdskador</i>	8
<i>Informationssäkerhet</i>	8
RESULTAT OCH ANALYS	8
<i>Egenkontroll</i>	8
<i>Avvikelser</i>	9
<i>Klagomål och synpunkter</i>	9
<i>Händelser och vårdskador</i>	9
<i>Risikanalys</i>	9
Mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

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

Hälso- och sjukvårdspersonal anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende ansvarar för akuta hälso- och sjukvårdsinsatser på Skånegatans dagverksamhet. Enhetschef har gått igenom samtliga lokala hälso- och sjukvårdsrutiner och gjort uppdateringar där det har behövts. Nya rutiner har tagits fram och implementerats gällande smittförebyggande åtgärder för covid-19.

Baspersonal har genomgått utbildningar i:

- Delegering
- Förflyttningsteknik
- Basal hygien
- Användande av skyddsutrustning

Resultatet av egenkontroll av loggkontroller visar att ingen obehörig varit inne i journalsystemet. Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation visar att den sker i Vodok 2.0. Inga avvikelser har förekommit.

Lärdomar som spridits efter analys av riskhantering är att verksamheten under år 2021 fortsatt behöver arbeta med att höja kunskapen i basal hygien och strukturera upp anmälningar till förflyttningutbildning.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål:

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

Strategier:

Följa hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Genomföra loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Genomföra funktionskontroll av larm på toaletter.
- Genomföra egenkontroll av låsbara läkemedelslådan.
- Genomföra egenkontroll av rengöring av medicintekniska hjälpmedel.
- Uppdatera inventarielistor för medicintekniska hjälpmedel och genomföra funktionskontroll.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i handledning och förflyttningsteknik, delegeringsutbildning och basal hygien.
- Genomgång av hälso- och sjukvårdsrutiner på månatliga verksamhetsmöten.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner uppdateras årligen och oftare vid behov.
- Genomföra riskanalyser av bemanning, smittförebyggande åtgärder, delegering, strömavbrott och sjuksköterskans tillgänglighet.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utredda, analyser och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

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. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården anställd inom Södermalms vård- och omsorgsboende enhet är chef för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som vid akuta behov gör insatser på

Skånegatans dagverksamhet.

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. Legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende som vid akuta behov gör insatser på Skånegatans dagverksamhet. Arbetsterapeuten ansvarar för att funktionskontroller av verksamhetens selar.

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 att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheten har samverkat med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal anställd av Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende, primärvården och gästens hemtjänst.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten erbjuder patienter och anhöriga möte om hälso- och sjukvårdsinsatser om behov uppstår. Baspersonal arbetare utifrån äldreomsorgens värdegrund gällande bemötande och delaktighet och Program för stöd till anhöriga 2021-2024.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Baspersonal informerar sjuksköterska och lämnar ifyllt avvikelseblankett för hantering i Vodok 2.0. Sjuksköterska informerar gästens husläkarmottagning/vårdcentral. Vid allvarliga avvikelser (risk för vårdskada/missförhållande) informeras enhetschef omgående. MAS informeras muntligt av verksamhetschef vid risk för allvarlig vårdskada/vårdskada.

Fallregistreringar lämnas direkt till arbetsterapeut/sjukgymnast som registrerar i Vodok 2.0. Avvikelser följs alltid upp. Återkommande fall följs upp av arbetsterapeut/sjukgymnast tillsammans med gästens vårdcentral.

Enhetschef på Skånegatans dagverksamhet hanterar avvikelser och fallrapporter i Vodok 2.0 senast den 10:e i månaden efter. När avvikelse måste kompletteras meddelar enhetschef den som registrerat avvikelsen/fallrapporten via Vodok 2.0 meddelandefunktion. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschef på Skånegatans dagverksamhet, hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal på Skånegatans dagverksamhet diskuterar gemensamt orsaker och åtgärder i syfte att utveckla vården samt minimera att upprepningar inte sker.

MAS och MAR ansvarar för att stänga avvikelser när dessa är färdighanterade.

Klagomål och synpunkter

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

Information om möjligheten att lämna förslag, klagomål eller synpunkter finns väl synligt i verksamheten. Möjligheten att lämna muntliga eller skriftliga synpunkter och klagomål delges gäster och eventuella anhöriga vid välkomstsamtalet. Om gästen tycker det är krångligt att använda blanketten ”Tyck till” hjälper personalen till.

Synpunkterna ska omgående lämnas till enhetschef som senast dagen efter mottagandet skickar till registratören på Göta Ark för att diarieföras via sd12registraturet.soder@stockholm.se En kopia sparas på enheten.

Registrator ankomststämplar och diarieför ärendet, behåller originalet samt lämnar en kopia till enhetschef för utvecklingsenheten för handläggning. Ska ärendet handläggas på berörd enhet skickar verksamhetsutvecklare ärendet till enhetschef som utreder ärendet. Inom 14 dagar sammanställer enhetschef ett svar till den enskilde där också vidtagna och/eller planerade åtgärder redovisas. Vid beröm ska ett tackkort skrivas, är det en synpunkt eller ett klagomål ska detta skriftligen bemötas på ett professionellt sätt samt åtgärda anledningen till synpunkten eller klagomålet. En kopia sparas hos enhetschef. Svaret skickas direkt till den som framfört klagomål/synpunkt. Enhetschef ansvarar för att en kopia skannas till registraturen via sd12registratur.soder@stockholm.se och med kopia till utvecklingsenheten.

Inkomna synpunkter, förslag och klagomål tas upp på enhetens verksamhetsmöte för att kvalitetsutveckla verksamheten. Alla medarbetare ska få kännedom om inkomna synpunkter, förslag och klagomål. Enhetschefen sammanställer och analyserar de synpunkter, beröm eller klagomål som inkommit under verksamhetsåret. Analyserna utmynnar i förslag på förbättringsåtgärder inom verksamheten. Redovisning av inkomna klagomål, synpunkter och beröm sker i tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Varje månad	Vodok 2.0
Loggkontroller	Varje månad	Vodok 2.0
Avvikelser Synpunkter och klagomål	Varje månad	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Låst läkemedelslåda	1 gång per månad	
Basala hygienrutiner, självskattning	2 gånger per år	Vårdhygien.se
Utbildning basala hygienrutiner	1 gång per år	Vårdhygien.se
Inventarieförteckning medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år, oftare vid nyinköp	
Funktionskontroll lyftselar	2 gånger per år	
Funktionskontroll övriga medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år	
Rengöring medicintekniska hjälpmedel	1 gång per månad	
Delegeringsutbildning	1 gång per år	
Förflyttningsteknik	1 gång per år	

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys har genomförts.
- Egenkontroll av loggkontroller har genomförts.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner har gått igenom på verksamhetsmöten.
- Ny rutin Smittförebyggande åtgärder covid-19 har implementerats.
- Ny rutin för användande av skyddsutrustning har implementerats.
- Funktionskontroller av larm på toaletter har utförts månatligen.
- Två omvårdnadspersonal har genomgått delegeringsutbildning.
- Sex personal har genomfört utbildning och självskattning av basal hygien.

Risicanalys

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

- Systematisk hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Riskanalyser beträffande smittförebyggande åtgärder, strömavbrott, förflyttningsteknik, funktionskontroll av selar, bemanning, ingen i tjänst med delegering, inte får tag på sjuksköterska, hissproblem, vattenläcka. Riskanalyserna uppdateras vid behov dock minst en gång per år.
- Inför sommaren
 - Lokal rutin finns för vad som ska göras om sjuksköterska inte är tillgänglig
 - Lokal rutin finns för att säkerställa att gäster får tillräckligt med vätska under varma sommardagar

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket
Verksamheten har inte haft händelser som medfört vårdskada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

- Verksamheten har utfört loggkontroller i Vodok 2.0
- Verksamheten har utfört egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

- Resultatet av egenkontroll av loggkontroller visar att ingen obehörig har varit inne i journalsystemet.
- Resultat av egenkontroll av dokumentation visar att den sker i Vodok 2.0.
- Resultat av egenkontroll av synpunkter och klagomål visar att det inte förekommit några.
- Resultat av egenkontroll gällande läkemedelslådan visar att den varit låst.
- Resultat av kunskaper i basala hygienrutiner visar att den är god men fortsatt arbete behövs.
- Resultat av egenkontroll av inventarieförteckningen visar att den är uppdaterad.

- Resultat av egenkontroll gällande medicintekniska hjälpmedel visar att de är funktionskontrollerade.
- Resultat av rengöring av medicintekniska hjälpmedel visar att det görs enligt rutin.
- Resultat av delegering visar att personalen genomgått utbildning under året.
- Resultat av utbildning förflyttningsteknik visar att personal genomgått utbildning under året.

Avvikelser

Verksamheten har inte haft några avvikelser.

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvården har inkommit.

Händelser och vårdskador

Verksamheten har inte haft några händelser eller avvikelser som lett till vårdskada.

Risicanalys

Lärdomar som spridit efter analys av riskhantering är att verksamheten behöver höja kunskapen i basal hygien och ha en tydligare struktur för anmälan till förflyttningsutbildning.

Mål och strategier för kommande år

Under år 2021 behöver verksamheten:

- För att nå målet med patientsäkerhet behöver verksamheten fortsatt arbeta med att höja kunskapen i basal hygien. Detta kommer ske genom självskattning och webutbildning via vårdhygien.se. Samt kompletteras med ”Handcheck” en apparat som visar om handdesinfektion utförts på rätt sätt.
- För att nå målet med att upprätta och utveckla kompetens i förflyttningsteknik behövs fortfarande en rutin för anmälan till utbildning att tas fram.