

Bilaga 03

Patientsäkerhetsberättelse
Egen regi 2021

Patientsäkerhetsberättelse

År 2021

Katarinagårdens vård och omsorgsboende
Kulltorps vård och omsorgsboende
Magdalenagårdens vård och omsorgsboende
Nytorgsgårdens vård och omsorgsboende

2022-02-24 Carina Lummer

Innehåll

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

Sammanfattning

Det gånga årets fokus har likt året innan varit Covid-19 och den pandemi som fortfarande råder. Fokusområden under denna tid har varit och är fortsatt till viss del att säkerställa tillgång till skyddsutrustning och att utbilda, hålla i och säkerställa att medarbetare har följsamhet till de basala hygienrutinerna. Utbildning har hållits av utvecklingsenheten vid ett flertal tillfällen under 2021. Under året har det skett en förändring i ledningen i samband med avslut så har nya chefer blivit tillsatta, detta har medfört att fokus har varit att lära känna verksamheterna samt identifiera prioriterade områden. Förvaltningens utvecklingsgrupp har varit ett stort stöd för verksamheterna i att upprätthålla det som tidigare beslutats samt arbetet med verksamhetsplan 2022. Hälso-sjukvårdsdokumentation, teammöten och kvalitetsråd kommer vara fortsatta fokusområden 2022 samt uppdatering av de lokala hälso-och sjukvårdsrutinerna som sedan tidigare påbörjats.

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, blåsdysfunktionens 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 t.ex., dokumentation, handledning och mat och måltider.
- Årlig uppföljning av hälso- och sjukvården sker genom Qusta verktyget som genomförs i samarbete med MAS och MAR
- 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.

Nytorpsgården:

- 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 efterlevnadssamtal.
- I samband med att en avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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 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 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.
- 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 läkemedelshandlingen 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, läkemedel, trycksår, specifik omvårdnad och gällande vårdkedjan skrivs det avvikelser på, och 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. När det uppmärksammas att samtycken saknas återkopplas det till Biträdande Enhetschef.
- 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.
- 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 under 2021 på alla verksamheter. Brister som funnits har åtgärdats.
- 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 under höst 2021 haft workshops om basal hygien och skyddsutrustning erbjudits all personal. 5 tillfällen på varje enhet har genomförts av utvecklingsenheten.
Vi har även organiserat med en hygienombud på varje plan på varje enhet som skall vara en resurs för övrig personal. Nätverk för hygienombud har skapats.
- Loggkontroller som utförts månatligen har varit utan anmärkning på samtliga enheter.
- Narkotikakontrollerna har utförts enligt rutin varje månad på samtliga enheter utan anmärkning förutom Magdalenagården som under 2021 haft avvikelser av narkotika. Intern utredning har gjorts samt kontakt med MAS har varit återkommande. Vi började med narkotika kontroller två gånger i veckan, som pågick till vi tillsammans med MAS bedömde att vi kunde återgå till vanlig 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.

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

Fem utredningar under 2021, ingen bedömdes att vara Lex Maria.

Risikanalys

- 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 trycksårsrisk. 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 avvikelshanteringen. 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 för
vårdgivare,
Södermalms stadsdelsförvaltning,
äldreomsorg**

År 2021

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 rapporteringskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter	6
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Uppföljning	8
Samverkan	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	10
Avvikelser.....	14
Klagomål och synpunkter	14
Händelser och vårdskador	14
Riskanalys	14
Mål och strategier för kommande år.....	14

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är en samlad rapport över MAS och MARs arbete under 2021 och sammanfattande bedömning av den hälso- och sjukvård som bedrivits inom Södermalms stadsdelsförvaltnings enheter i egen regi.

Den rådande pandemin har fortsatt 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 under det gångna året påbörjat och fullgjort vaccination av Covid-19 för samtliga tre doser vilket har varit tidskrävande. Verksamheterna har fortlöpande fått uppdatera sitt arbetssätt och förhålla sig till nya restriktioner och riktlinjer gällande Covid-19.

Karantänsbestämmelser har påverkat kontinuiteten gällande personal i verksamheten vilket medfört en betydande ökad frånvaro i arbetsgrupperna i perioder.

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 anlåtats, 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,
 - medverka i att 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 avvikelssystem.

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 2021 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 samtliga verksamheter.

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 2021 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. Under pandemins intensivare perioder har möten hållits mer frekvent och sedan under stabilare perioder återgått till mer normal frekvens. 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.

Kompetens

Utbildningsinsatser

Utbildningsinsatser har skett under hösten, för att höja kompetensen hos baspersonal inom särskilt boende i basala hygien- och klädrutiner samt covid-19.

Utifrån föregående års uppstartade projekt har utbildning för hälso- och sjukvårds personal och omvårdnadspersonal gällande psykisk hälsa och suicidprevention fortsatt under året.

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

Riskanalys

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

Två pågående anmälningar om vårdskada till IVO pågår vid årsskiftet 2020/2021. Beslut från IVO kom under året. Ärendena bedömdes som korrekt åtgärdade och avslutades.

Under året har fem händelser utretts. Ingen av dessa bedömdes innebära risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada.

Årskiftet 2021/2022 finns ett ärende hos IVO där man begärt ett yttrande från Verksamhetschef och MAS.

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.

Loggkontroller av läsbarhet i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts, sammanställts och analyserats månadsvis av MAS. Vid behov återkopplas resultat till verksamheterna.

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 omsorgen i våra verksamheter 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 stickprovsgranskning av journalföringen har genomförts av MAS och MAR. Dokumentationen ses som ett utvecklingsområde för samtliga verksamheter. En orsak kan vara att tillfällig personal anlitas 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

Den sammantagna andel aktuella riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår och munstatus samt urininkontinens ligger mellan 52-94 procent vilket är i nivå med föregående år. De riskbedömningar som är generellt låga är Nikola och ROAG. Övriga riskbedömningar ligger på 89-94%. Bedömningen är att målet för aktuella riskbedömningar i verksamheterna bör ligga på 90 procent, vilket i flertalet fall har uppnåtts, vilket är ett stark positiv utveckling jämfört med tidigare år. Statistiken visar på en variation både i genomförandegrad mellan verksamheterna och för de olika riskbedömningarna. Verksamheter behöver fortsätta med att utveckla sitt riskbedömningsarbete.

Årets PPM-mätning omfattas av 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- ROAG för att upptäcka ohälsa i munnen och vidta adekvata åtgärder. Tandläkarorganisationer ansvarar för att göra munhälsobedömningar och planera tandvården. Under 2021 har man under sista halvåret återtagit uppsökande verksamhet, som tex tandläkarbedömningar för munhälsobedömning. Under pandemin har sjuksköterskan därmed delvis behövt ta mer ansvar för patientens munhälsa.

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. Man har påbörjat ett nytag med registreringar i Senior Alert under slutet av 2021.

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 92 procent. Det är en betydligt högre andel jämfört med föregående år då 54 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. Det finns inga indikationer på att detta inte har uppfyllts.

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 76 procent har aktuell basal utredning och att 97 procent av dessa har fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel förskrivna. Andra åtgärder vidtas i mindre utsträckning. Andelen patienter som behandlas med urinkateter är 6 procent. Av dessa har alla 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. Minoriteten av sjuksköterskorna har formell utbildning kring detta men dock finns det minst en sjuksköterska med formell kompetens på varje verksamhet. Här finns ett utvecklingsområde

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 en likvärdig nivå som tidigare år. Beslut att använda individuella larm och grind till vårdsäng är de vanligaste förekommande besluten. Även i år påvisar mätningen att bälten samt brickbord används i en mycket låg utsträckning vilket är positivt. Av redovisad data framkommer faktorer som visar på brister i att kvalitetssäkra insatsen, brister som framkommit är att en viss andel patienter saknar dokumenterad åtgärd kopplad till hälsoplan samt viss avsaknad av samtycke. Detta ses som ett utvecklingsområde.

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.

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 35-70 procent. De steg som visade störst brister var att man för sällan använde handsprit. 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, och i den gruppen har också flest insatser i form av återkommande utbildning genomförts.

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

Registrering i Svenska palliativregistret

Samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativregistret. Man kan dock se att registreringen i Palliativregistret har skett i begränsad omfattning i alla verksamheter.

Följsamheten till registrering är därmed ett utvecklingsområde.

Avvikelser

En frekvent 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. Arbetet med avvikelshantering är ett utvecklingsområde för alla verksamheter. Utvecklingsområdet är främst att hantera och analysera på ett patientsäkert sätt.

Klagomål och synpunkter

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

Händelser och vårdskador

Under 2021 har ingen händelse anmälts till IVO gällande risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada.

Risikanalys

Under året har risikanalys 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 risikanalys 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 risikanalys,
 - 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
 - Fortsätta att utveckla nätverket för innerstadens fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter.
 3. Deltagande vid olika strategiska arbetsgrupper som arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad.