

Patientsäkerhetsberättelse för Hemmet för gamla och Enskededalens dagverksamhet År 2022



Datum 2023-02-02

Ansvarig för innehållet Nina Ehn

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

| | |
|---|----|
| SAMMANFATTNING..... | 5 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 6 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning | 6 |
| Övergripande mål och strategier | 6 |
| Organisation och ansvar | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 8 |
| Informationssäkerhet | 8 |
| Strålskydd..... | 8 |
| En god säkerhetskultur | 8 |
| Gröna korset | 8 |
| Teammöte..... | 9 |
| Kvalitetsråd | 9 |
| Adekvat kunskap och kompetens | 9 |
| Patienten som medskapare | 9 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD | 10 |
| Egenkontroller | 10 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | 11 |
| Hälso- och sjukvårdsdokumentation | 11 |
| Teamarbete..... | 11 |
| Infektioner | 12 |
| Skyddsåtgärder | 12 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 13 |
| QUSTA..... | 13 |
| Läkemedelshantering..... | 14 |
| Smittförebyggande åtgärder..... | 15 |
| Delegering..... | 15 |
| Säker vård här och nu | 15 |
| Palliativ vård..... | 16 |
| Kvalitetsregister | 17 |

| | |
|---|----|
| Nattfastemätning..... | 17 |
| Behörigheter | 17 |
| Riskhantering | 18 |
| Stärka analys, lärande och utveckling..... | 18 |
| Avvikelse..... | 18 |
| Fall..... | 19 |
| Läkemedelsavvikelse | 20 |
| Klagomål och synpunkter..... | 20 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 21 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR..... | 22 |
| Mål 2023 | 22 |

SAMMANFATTNING

Arbetet kring pandemin har fortsatt vara centralt under 2022. Ett omfattande arbete gällande smittförebyggande åtgärder, kompetensutveckling, vaccinering och egenkontroller för basala hygienrutiner, klädregler och följsamhet till rätt användning av skyddsutrustning har genomförts med gott resultat.

Avvikelse har uppmärksammats med Gröna korset samt på kvalitetsråd, HSL-möten samt avdelningsmöten. Genom att uppmärksamma alla avvikelser som inträffar med hjälp av Gröna korset har ett forum skapats för att diskutera avvikelser tvärprofessionellt i arbetsgruppen av legitimerad personal varje vardag. Arbetet med Gröna korset enligt denna struktur är en del av att systematisera och synliggöra patientsäkerhetsarbetet i verksamheten.

Uppföljning av hälso- och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA visade att enheten bibehållit sitt resultat från föregående år på 97 procent. Förbättringar skedde framförallt i områdena rehabilitering och trycksår. Ett förbättringsområde till nästkommande år är att systematisera arbetet med patienter som riskerar eller lider av psykisk ohälsa.

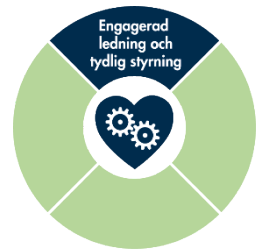
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Hälso- och sjukvårdokumentation

Utveckla hälso- och sjukvårdokumentationen genom egenkontroller, kompetensutveckling, kollegial journalgranskning och interna workshops med fokus på utformning av tydlig hälsoplan för patienten. Hälsoplanen ska vara upprättad tillsammans med patienten utefter dennes specifika förutsättningar.

Teamarbetet

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

Smittförebyggande åtgärder

Fortsätta utveckla kompetensen om smittförebyggande åtgärder. Upprätthålla och vid behov utveckla det gedigna arbetet med egenkontroller och hygienombud som genomförts under 2022.

Säkerhetskultur

Utveckla arbetssätt och rutiner kring gröna korset och belysa avvikelser och förbättringsarbete som sker i verksamheten. Arbete med resultatet från sammanställning

som genomfördes hösten 2020 med hjälp av SKRs verktyg för patientsäkerhetsarbete används i arbetet med att skapa en god säkerhetskultur i verksamheten.

Palliativ vård

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

Kompetensutveckling om demens

Kompetensutveckling om demens för legitimerad personal ska genomföras. Arbetsätten kring palliativ vård behöver vidareutvecklas och implementeras i verksamheten.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren, Skarpnäcks stadsdelsnämnd, har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och ett aktivt förebyggande arbete för att förhindra vårdskador.

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

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamhetsområdet.

Verksamhetschef ansvarar även för den löpande verksamheten inom sitt område och säkerställa att den fungerar på ett tillfredsställande sätt. I ansvaret ingår att det finns personal med rätt kompetens samt att lokaler och utrustning är anpassade utifrån verksamhetens inriktning och behov. Verksamhetschef ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främja kostnadseffektivitet.

Verksamhetschefen ansvarar för utredning, åtgärder och återkoppling av resultat till verksamheten. Verksamhetschefen ska samverka med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i frågor som rör verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att egenkontroller genomförs, analyseras och att åtgärder planeras och utförs där det behövs.

Verksamhetschefen ansvarar även för och att informera medarbetarna om resultatet.

Verksamhetens sjuksköterskor ansvarar för att genomföra egenkontroller i HSL-dokumentation, läkemedelshantering, basala hygienrutiner, nattfastemätning och medicintekniska produkter. Sjukgymnast ansvarar för egenkontroll av liftar och lyftsele samt medicintekniska produkter. Arbetsterapeut ansvarar för egenkontroll av sängar och medicintekniska produkter. Omvårdnadspersonal ansvarar för egenkontroller i basala hygienrutiner och livsmedelshantering och trygghetslarm.

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.

Enhetschef på Hemmet för gamla somatik och enhetschef Enskededalens dagverksamhet har ansvar för att rapportera till verksamhetschef enligt HSL gällande hälso- och sjukvården i verksamheten samt att säkerställa att verksamheten skyndsamt informerar om avvikelser och klagomål. Enhetscheferna har även ansvar för att implementera rutiner i verksamheten och att det genomförs egenkontroller enligt upprättat plan. Resultat av egenkontroll ska analyseras och åtgärder planeras i samverkan med verksamhetschef. Enhetscheferna ska säkerställa att personal har rätt kompetens samt att lokaler och utrustning är anpassade utifrån verksamhetens inriktning och behov i samverkan med verksamhetschef. Enhetscheferna ansvarar även för att genomföra, dokumentera och följs upp åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enhetscheferna ska även utreda, åtgärda och återkoppla resultat i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. Sjuksköterska har omvårdnadsansvar för mellan 10-21 patienter. Sjuksköterskor finns på enheten måndag- fredag 7.00-17.00 och lördag-söndag samt helgdag 7.00-15.00. Övrig tid finns tillgång till sjuksköterskepatrull där enheten har avtal med Klara Kompetens. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar måndag-fredag.

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i VODOK och NPÖ genomförs av verksamhetschefen som även ansvarar för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer logghanteringen. Rutinen är känd och följs i verksamheten. Stickprov av HSL-personal och boende kontrollerats. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler utfördes av all legitimerad personal under två tillfällen under året. Som underlag används MAS blankett för HSL dokumentation. Handlingsplan och åtgärder upprättas, samtal om resultatet genomförs på HSL-möte.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ej aktuellt för verksamheten.

En god säkerhetskultur

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



Gröna korset

Varje vardag träffas legitimerad personal för att aktivt arbeta med att identifiera och minimera risker och skador genom att gemensamt analysera dessa. Genom att diskutera händelser utan att fokusera på individen bedrivs arbetet på en organisatorisk och strategisk nivå.

Teammöte

Varje vecka träffas sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och en undersköterska från varje avdelning för att följa upp, i ordning, gällande förändringar i hälsotillstånd, omsorgsbehov, fallolyckor och avvikelser hos de boende som skett sen senaste mötet på den avdelningen.

Kvalitetsråd

Kvalitetsrådet träffas 10 gånger per år eller oftare vid behov. På rådet deltar chef, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterska. Om behov finns bjuds andra deltagare in utifrån vad som skall avhandlas. Syftet med kvalitetsråd är att systematiskt och fortlöpande tvärprofessionellt arbeta med förbättringsarbete och avvikelser för att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Årligen genomförs en kompetensbedömning per yrkeskategori i en kompetensförsörjningsplan. I kompetensförsörjningsplanen inventeras nuvarande kompetens samt planeras för framtida behov. För att säkerställa att bemanning och schemaläggning planeras utifrån kompetens görs riskbedömningar vid särskilda tillfällen så som sommarsemestrar och julleddighet. Schemaläggningen planeras utifrån medarbetarnas kompetens och kunskapsnivåer så att relevanta kunskaper finns på alla avdelningar. Vid rekryteringar görs en bedömning utifrån vilken kompetens som saknas eller behöver utökas. Alla medarbetare samt deras fortbildning dokumenteras för att få en tydligare bild av var i behoven ligger. Verksamheten använder sig även av individuella utbildningsmål som baseras dels på de krav på kvalitet som verksamheten ska uppnå, dels på vad medarbetarna upplever som utmaningar i sitt dagliga arbete. Verksamheten tar regelbundet upp implementering och revidering av verksamhetens rutiner och arbetssätt för att skapa en förståelse för arbetet med kvalitetsförbättringar.

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna och deras närstående ska erbjudas möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbete genom kontinuerlig dialog. Enheten erbjuder vårdplaneringar där den äldre och anhöriga deltar. Anhörigmöten och boenderåd genomförs minst två gånger per år.

Patienter erbjuds alltid samtal vid inflyttning där patienten själv får beskriva sina förväntningar på vården. Den legitimerade gruppen har ett arbetsätt gällande planeringen av patientens vård som sker i samråd med patienten för att säkerställa delaktighet och medbestämmande i sin egen vård. Verksamheten har arbetat för att patienten ska få anpassad information om sin vård och behandling och om eventuella risker. Detta ökar förståelsen för varför vissa åtgärder sätts in samt att målen och förväntningarna med vården blir tydliga och likartade. Verksamheten har strävat efter att patienten ska vara en del i teamet och kunna bidra med sin kompetens för att nå ett så gott resultat som möjligt.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Egenkontroller

Översikt av egenkontroller i verksamheten.

| Egenkontroll | Omfattning | Källa |
|----------------|-----------------|-------|
| Skyddsåtgärder | 2 gånger per år | Vodok |

| | | |
|--|----------------------|--------------------------------|
| Avvikelser | 1 gång per månaden | Vodok |
| Synpunkter och klagomål | 1 gång per månaden | Förteckning och patientnämnden |
| Kvalitetsregister | 2 gånger per år | Vodok Senior alert |
| Funktionsbedömning ADL | 2 gånger per år | Vodok |
| Infektionsregistrering | 1 gång per månad | Enligt MAS regel |
| Kvalitetsgranskning av Läkemedelshantering | 1 gång per år | Protokoll från Apoteket |
| Hygienronder | 1 gång vart annat år | Protokoll från vårdhygien |
| Basala hygienrutiner | 2 gånger per år | Enligt lokal rutin |
| Vård i livets slutskede | 2 gånger per år | Svenska palliativregistret |
| Nattfastemätning | 2 gånger per år | Enligt MAS regel |
| Loggkontroller | 2 gånger per år | Vodok |
| Journalgranskning | 2 gånger per år | Vodok |
| Medicintekniska produkter - MTP | 2 gånger per år | MTP inventarier |
| QUSTA | 1 gång per år | MAS |
| Behörigheter | 1 gång per år | Vodok |
| Delegering | 2 gånger per år | Vodok |

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Mål: Förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen

Resultat: Kontroll har genomförts på 10 journaler genom kollegial journalgranskning utifrån mall från MAS. Samtliga sjuksköterskor och rehab har journalgranskat en kollegas journaler. Analys har genomförts av enhetschef från dessa underlag.

Analys av resultat: Fortsatt otydlighet gällande kontakt nattetid, detta är en brist i systemet. Egenvård är ett område som behöver utvecklas vilket varit tydligt under de senaste granskningarna, detta gäller även kartlagt hälsotillstånd. Samtliga patienter har minst en vårdplan som i dokumentationssystemet kallas hälsoplan. Alla hälsoplanerna var inte kompletta och behöver utvecklas mer.

Åtgärd: Genomgång av kompetensstegen i VODOK samt genomgång av ICF. Nästa egenkontroll av journaler ska sjuksköterska granska samtliga av sina egna journaler för att upptäcka brister i sin egen journalföring.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning visar på att dokumentationen under kartlagt hälsotillstånd utvecklats. Arbete med hälsoplaner och egenvård fortsätter under 2023.

Teamarbete

Mål: Utveckla dokumentation av teamarbetet

Resultat: Granskning av sex journaler med checklista som följer den "röda tråden" av vård- och omsorgsprocessen parallellt i den enskildes hälso- och sjukvårdsdokumentation och sociala dokumentation.

Analys av resultat: Information finns både i HSL och SoL- dokumentation, denna info matchar och överensstämmer med varandra. Dock saknas själva informationen om att det genomförts teambaserade bedömningar eller teammöten.

Åtgärd: Följa rutinen för dokumentation, rutinen tas upp på APT och våningsmöten samt andra relevanta tillfällen.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärder är planerad till våren 2023.

Infektioner

Mål: Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner.

Resultat: Infektionsregistrering har genomförts på hela verksamheten månadsvis under året.



Analys av resultat: Det går att i statistiken se att det under vintermånader finns en ökning av i kategorin annan infektion. Detta är oftast en övre luftvägsinfektion. En ökning av sårinfektion under sensommar kan utläsas. Dessa resultat är likt tidigare år. Enheten har inte haft något fall av virusorsakad magsjuka. Enheten har ett fungerande arbete med basala hygienrutiner och klädregler.

Åtgärd: Inga åtgärder utifrån detta resultat är planerad. Enheten fortsätter att följa infektionsstatistiken varje månad samt arbeta med basala hygienrutiner och klädregler.

Uppföljning av åtgärd: Enheten har en fungerande rapportering och statistik för att upptäcka vårdrelaterade infektioner.

Skyddsåtgärder

Mål: Vården är fri från tvångsåtgärder

Resultat: Genom samtal med sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska har enheten undersökt om det finns skyddsåtgärder i verksamheten. Stickprov på journal genomfördes för att kontrollera att sänggrindar och rörelselarm är korrekt dokumenterade. Journalgranskning genomfördes på samtliga patienter som har en skyddsåtgärder av annan karaktär än sänggrindar och rörelselarm. Journalgranskningen bestod i att kontrollera att skyddsåtgärderna vara korrekt förskrivna, kopplade till hälsoplan samt att samtycke finns. De typer av skyddsåtgärder som fanns i verksamheten vid egenkontrollen var sänggrindar och rörelselarm. Det stickprov på sänggrindar och rörelselarm som genomfördes var majoriteten dokumenterade och kopplade till hälsoplaner med fallrisk. Samtycke var dokumenterat dock ej alltid korrekt dokumenterat.

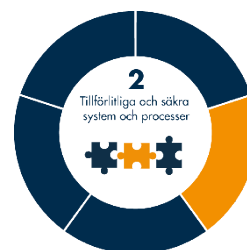
Analys av resultat: Enheten har god hantering av skyddsåtgärder. Fortsatt behov av att utveckla hälsoplan för en tydligare hantering av ordination och uppföljning.

Åtgärd: Fortsatt utveckling av dokumentation av skyddsåtgärder och dokumentation av samtycke.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning sker vid nästa egenkontroll som är våren 2023.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



QUSTA

Mål: Säker och god hälso- och sjukvård

Resultat: MAS har genomfört en granskning utifrån kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). Syftet med kvalitetsinstrumentet är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. MAS har intervjuat

verksamhetschef, sjuksköterska och granskat lokala rutiner. Rapport har lämnats till enheten för fortsatt kvalitetsarbete.

| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|------|------|------|------|
| 79 % | 90 % | 97 % | 97 % |

Resultat QUSTA

| Frågor som regleras enligt förordningar. | | Poäng 2022 | Poäng 2021 | Poäng 2020 | Poäng 2019 | Max poäng |
|--|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 | Samverkan och informationsöverföring | 20 | 20 | 18 | 15 | 20 |
| 2 | Läkemedelshantering | 20 | 19 | 18 | 18 | 20 |
| 3 | Delegering | 19 | 19 | 18 | 18 | 20 |
| 4 | Avvikelsehantering | 20 | 20 | 18 | 16 | 20 |
| 5 | Medicintekniska produkter | 20 | 20 | 18,5 | 16 | 20 |
| 6 | Hygien | 20 | 20 | 19 | 15 | 20 |
| 7 | Rehabilitering | 20 | 20 | 17,5 | 17 | 20 |
| 8 | Demens | 10 | 10 | 10 | 7 | 10 |
| 9 | Psykisk hälsa | 4 | | | | 10 |
| 10 | Dokumentation | 8 | 8 | 8 | 8 | 10 |
| Frågor om vård och behandling | | | | | | |
| 11 | Fallprevention | 20 | 19 | 18 | 14 | 20 |
| 12 | Trycksår | 20 | 20 | 18 | 16 | 20 |
| 13 | Nutrition | 20 | 20 | 19 | 16 | 20 |
| 14 | Mun och tandvård | 10 | 10 | 8 | 6 | 10 |
| 15 | Kontinens | 20 | 20 | 17 | 14 | 20 |
| 1 | Vård i livets slutskede | 20 | 19 | 17 | 16 | 20 |
| | Summa | 271 | 263 | 242 | 212 | 280 |

Ny kategori 2022

Analys av resultat: Verksamheten har ett väl fungerande och systematiskt arbetsätt för att säkerställa att patienter får en vård och omsorg av god kvalitet. Verksamheten arbetar mycket med kompetensutveckling och delaktighet hos personalen och verksamhetschef har en god kännedom om vilka områden som behöver förstärkas.

Åtgärd: Utveckling behöver ske inom området psykisk ohälsa gällande nedskrivna rutiner och systematiska arbetssätt. Utvalda medarbetare kommer att få en fördjupad utbildning i området. Enheten kommer även att utveckla rollen ombud i psykisk hälsa.

Uppföljning av åtgärd: Arbetet kommer att följas upp under våren 2023.

Läkemedelshantering

Mål: God och säker läkemedelshantering

Resultat: Apoteksrund genomfördes under december. Ronden var digital. På plats i verksamheten var sjuksköterska med ansvarsområde läkemedelsförråd och verksamhetschef. Kvalitetsgranskare och MAS närvarade digitalt. Genomgång av rutiner och arbetssätt genomfördes samt rundvandring med observation i läkemedelsrum och stickprov gällande patienters läkemedel och signeringslistor genom webbkamera genomfördes. Genomgång av läkemedelslistor och signeringslistor i patienternas lägenheter visade på god ordning med förbättringsmöjlighet inom kontrollräkning vid behov narkotika samt dokumentation av generika substitution. Förslag på hur den lokala rutinen gällande läkemedelshantering framkom också. Utöver den årliga apoteksgranskningen genomförs egenkontroll av läkemedelshantering. Kontroller består av kontroller i läkemedelsrummet, olika typer av stickprov samt kontroller av rutiner. Egenkontrollen följer en utarbetad mall.

Analys av resultat: Verksamheten har en god hantering av läkemedel och de förbättringsförslag som framkommit utvecklar detta ytterligare. Enheten har fått beröm för att journalföringen är noggrann.

Åtgärd: Utveckla den lokala rutinen gällande kontrollräkning av narkotikaklassade vid behovsläkemedel som finns i patientens lägenhet. Uppdatering av dokumentation av generika samt läkemedel som kan förvaras utanför läkemedelsskåpet behöver genomföras.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärder genomför under nästa egenkontroll under våren 2023.

Smittförebyggande åtgärder

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

Resultat: Observation av förutsättningar för basala hygienrutiner samt följsamheten till dessa och självskattning av basala hygienrutiner har genomförts. Mallar från vårdhygien har använts som underlag. Egenkontroller av BHK-PPM visar på fortsatt god följsamhet till basala hygienrutiner. Följsamheten till basala hygienrutiner var under vårens mätning 86 procent korrekt och förutsättningar för basala hygienrutiner var 92 procent korrekt. Under höstens mätning var 85 procent korrekt och förutsättningar för basala hygienrutiner var 92 procent korrekt. Enheten har även genomfört en egenkontroll med "Handcheck", en låda med lampa, där ett kontrastmedel används som handdesinfektionsmedel. Användaren kan under lampas ljus se vilka ställen som ej desinfekterats och kan på detta sätt förbättra sin teknik. Användaren får en visuell återkoppling på kvalitén av handdesinfektionen på sina händer.

Analys av resultat: Enheten har goda resultat kopplat till basala hygienrutiner.

Åtgärd: Fortsätta med befintligt arbetssätt.

Uppföljning av åtgärd: Arbetssättet fungerar bra.

Delegering

Mål: Säkra delegeringar

Resultat: En lista för aktuella delegeringar skrivs ut från VODOK, denna granskas utifrån arbetsuppuppgift, giltighetstid samt ansvarig HSL-personal. Listan jämförs även med personallistor och genomförd webbutbildning i säker läkemedelshantering. Enheten har arbetat med workshop vid delegering för att vidareutveckla kompetensen inom hälso- och sjukvård för omvårdnadspersonalen.

Analys av resultat: Delegeringar är aktuella och korrekta i stort. Användningen av frastexter för detaljerad delegering saknas i vissa fall.

Åtgärd: Samtliga sjuksköterskor ska använda frastexter för detaljerade delegeringar.

Uppföljning av åtgärd: Stickprov visar att delegeringarna har frastexter.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



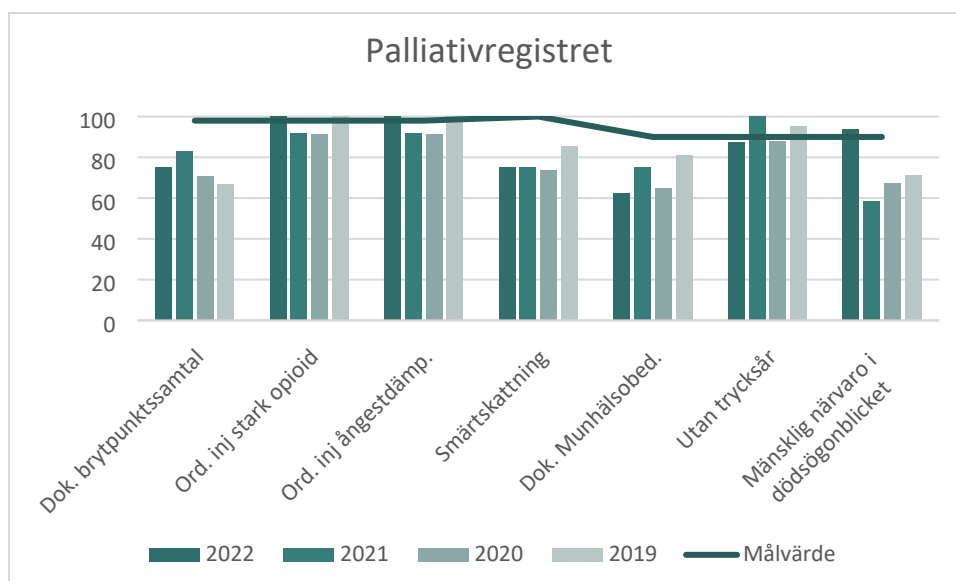
Palliativ vård

Mål: En god och kvalitativ palliativ vård.

Resultat: Informationen gällande dokumenterat brytpunktssamtal, ordination av läkemedel mot smärta och ångest, dokumenterad smärtskattning under sista levnadsveckan, förekomst av trycksår samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket har inhämtats från Palliativregistret. Resultatet i form av statistik och spindeldiagram samt förbättringsområden har diskuterats på sjuksköterskemöte. Undersökning av antalet registrerade i palliativregistret jämförs med antalet avlidna på Hemmet för gamla.

| Område | Målvärde | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 |
|------------------------------------|----------|------|------|------|------|
| Dok. brytpunktssamtal | 98 | 75 | 83,3 | 70,6 | 66,7 |
| Ord. inj stark opioid | 98 | 100 | 91,7 | 91,2 | 100 |
| Ord. inj ångestdämp. | 98 | 100 | 91,7 | 91,2 | 100 |
| Smärtskattning | 100 | 75 | 75 | 73,5 | 85,7 |
| Dok. Munhälsobed. | 90 | 62,5 | 75 | 64,7 | 81 |
| Utan trycksår | 90 | 87,5 | 100 | 88,2 | 95,2 |
| Mänsklig närvaro i dödsögonblicket | 90 | 93,8 | 58,3 | 67,6 | 71,4 |

Analys av resultat: Enheten har höjt resultatet på flera områden. Framförallt gällande läkemedelsordinationer och mänsklig närvaro vid dödsögonblicket. Ur dokumentationsgranskning går det att se att patienter önskemål om den sista tiden finns dokumenterat mycket tidigt i vårdtiden, oftast vid inflyttning. Enheten har identifierat att dokumentation av brytpunktssamtal i nuvarande journalsystem är en utmaning. Det går dock att se i dokumentation att flertalet samtal som motsvarar brytpunktssamtal hållits och dokumenterats men att ordet brytpunktssamtal inte finns med i rubriken.



Åtgärd: Enheten har arbetat med att sjuksköterskorna tillsammans med anhöriga planerar för närvaron under den palliativa vården. Sjuksköterskan mejlar till bemanningsansvarig samt chef när en patient har behov av vak. Arbeta med dokumenterat brytpunktsamtal samt smärtskattning och munhälsobedömning fortsätter under 2023.

Uppföljning av åtgärd: Arbetssättet kring vak är inarbetat och fungerar väl.

Kvalitetsregister

Mål: Förebygga fall, ofrivillig viktnegång, trycksår, ohälsa i mun och problem med blåsdysfunktion.

Resultat: Egenkontroll med utgångspunkt i Senior Alert genomfördes utifrån vårdprevention. Enheten har genomfört 143 riskbedömningar under året. 134 av 143 riskbedömningar av fall visade på fallrisk vilket motsvarar 94 procent. 77 procent visade på risk för undernäring, 51 procent för ohälsa i munnen och 27 procent för risk för trycksår.

Analys av resultat: Verksamheten når mål i senior alert inom vårdprevention gällande utredning av bakomliggande åtgärder samt åtgärdsplan vid risk. Verksamheten når inte upp till målet om uppföljning även kallad utförda åtgärder vid risk. Detta beror på att visa av åtgärdsplanerna inte har genomförts i tid.

Åtgärd: Genomföra uppföljning enligt lokal rutin.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärder genomför under nästa egenkontroll under våren 2023.

Nattfastemätning

Mål: Alla patienter har en kortare nattfasta än 11 timmar.

Resultat: Nattfastemätning genomförs i tre dygn på samtliga avdelningar. Resultatet analyseras och sammanställs av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. För patienter med nattfasta över 11 timmar planeras åtgärder som erbjuds patienten. Resultatet från nattfastemätning har registrerats i ILS. Resultatet från nattfastemätningarna visar att majoriteten av patienterna har en nattfasta som understiger 11 timmar. Målet är att är en nattfasta som ligger under 11 timmar. Resultatet visar att i mars hade 83 procent av boende på demensavdelning och 21 procent av boende på somatisk avdelningen nattfasta under 11 timmar. Under oktober månad var det 80 procent på demens respektive 77 procent för somatisk.

Analys av resultat: Analys visar att resultatet på våren på den somatiska avdelningen troligtvis var en miss i dokumentationen av kvällsmål under en natt som då påverkat resultatet. Det är fortsatt god följsamhet till förfrukost i verksamheten. För att minska nattfastan för patienter med nattfasta mer än 11 timmar behövs fortsatt arbete med sängfösare och nattmål. med tydliga rutiner och följsamhet till dessa rutiner.

Åtgärd: Arbeta med att säkerställa att samtliga patienter som önskar får kvällsmål samt att under nattfastemätning fråga patienter som äter egen fika i sin lägenhet själva om tid för att registrera rätt i nattfastemätning.

Uppföljning av åtgärd: Resultatet har på somatik avdelningarna har ökat från våren till hösten utifrån att bättre dokumentera patienters egna mål.

Behörigheter

Mål: Rätt personer har tillgång till rätt system

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

Analys av resultat: Inga obehöriga behörigheter har hittats.

Åtgärd: Fortsatta kontroller av behörigheter enligt egenkontrollplan.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av åtgärder genomför under nästa egenkontroll under våren 2023.

Riskhantering

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

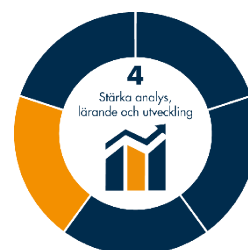
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risکانالyser med tillhörande handlingsplan genomfördes inför sommaren och inför jul gällande bemanning, beställningar, kompetens och annat som kan vara relevant vid semester eller när många röda dagar ligger nära varandra. Riskanalys och handlingsplan upprättas även gällande värmebölja. Riskanalys och handlingsplan gällande Covid-19 och smittspridning, bemanning, patientnära arbete, användning av munskydd och beredskap. Inget avbrott gällande bemanningen, kompetens, tillgång material eller läkemedel inträffade. Covid-19 har inneburit risker för smitta och smittspridning, riskanalyser som genomförts har bland annat resulterat i rutiner och nya arbetsätt.

Verksamheten har arbetat med riskanalyser, egenkontroller och avvikelser med en systemsyn för att säkerställa en säker arbetsmiljö, bemanning, kompetens, organisation och rutiner. För att arbeta med att förebygga vårdskador är verksamheten uppmärksamma på riskområdena läkemedel, fall samt fördröjd vård och behandling. Andra riskområden är nutrition, delegering, omvårdnad, bemötande, kommunikation, information, infektioner och smittspridning samt medicintekniska produkter. Inom dessa områden finns egenkontroller som ett verktyg i att förebygga vårdskador.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetsätt utifrån tillgänglig information

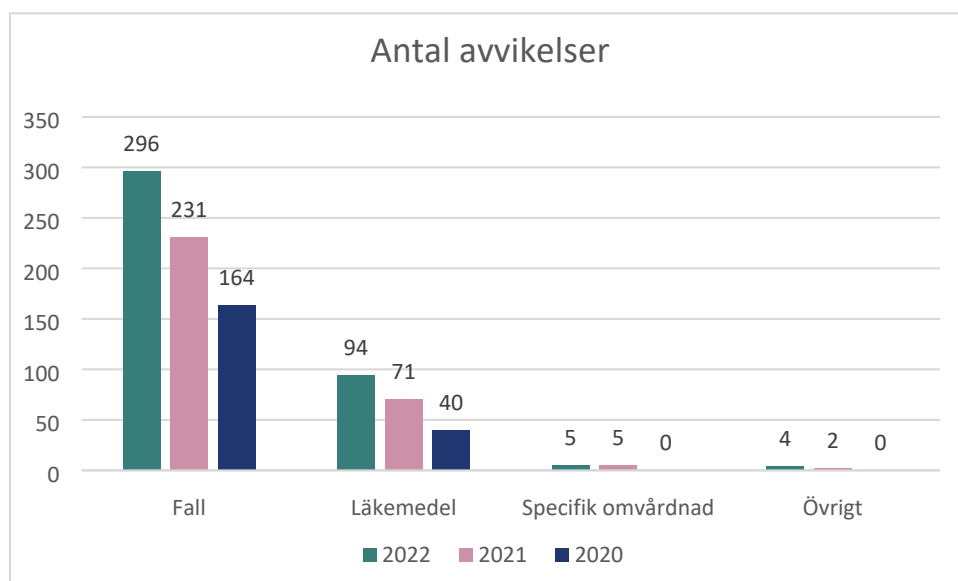
Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

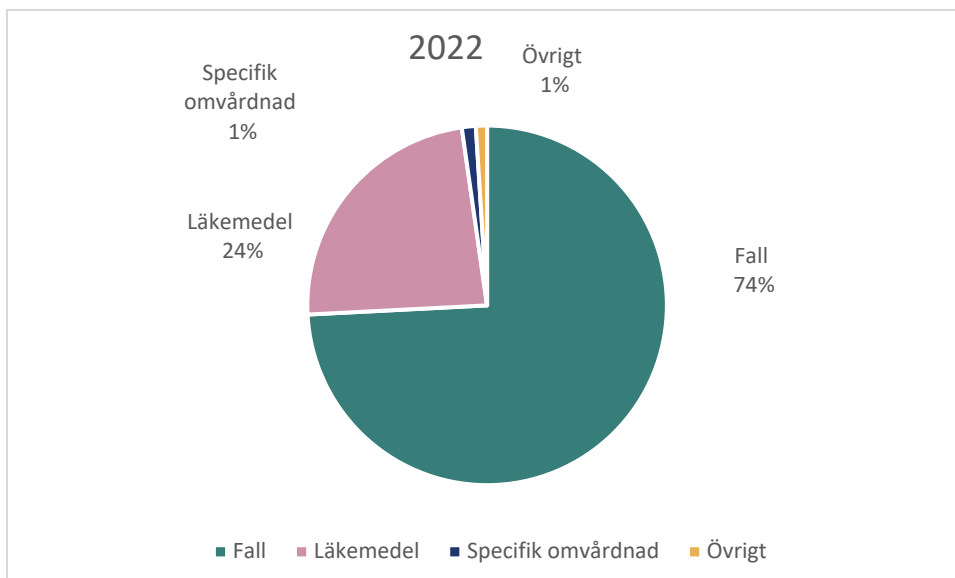
Den som upptäcker en avvikelse ansvarar för att rapportera denna enligt lokala rutiner på enheten. Vanligtvis är det undersköterskan som uppmärksammar händelsen och skriver rapporten och lämnar den till den legitimerade personalen. Avvikelse rapport skrivs i Vodok av legitimerad personal, där legitimerad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

Utredning av allvarliga händelser genomförs i samverkan mellan verksamhetschef och MAS. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller haft risk för att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS ansvar att anmäla till IVO och till stadsdelsnämnd. Återkoppling till personal sker på HSL-möte, APT eller avdelningsmöte.

Under året har 399 avvikelser registrerats. Fallhändelser är den vanligaste typen av avvikelse i verksamheten efterföljt av läkemedelsavvikelser.

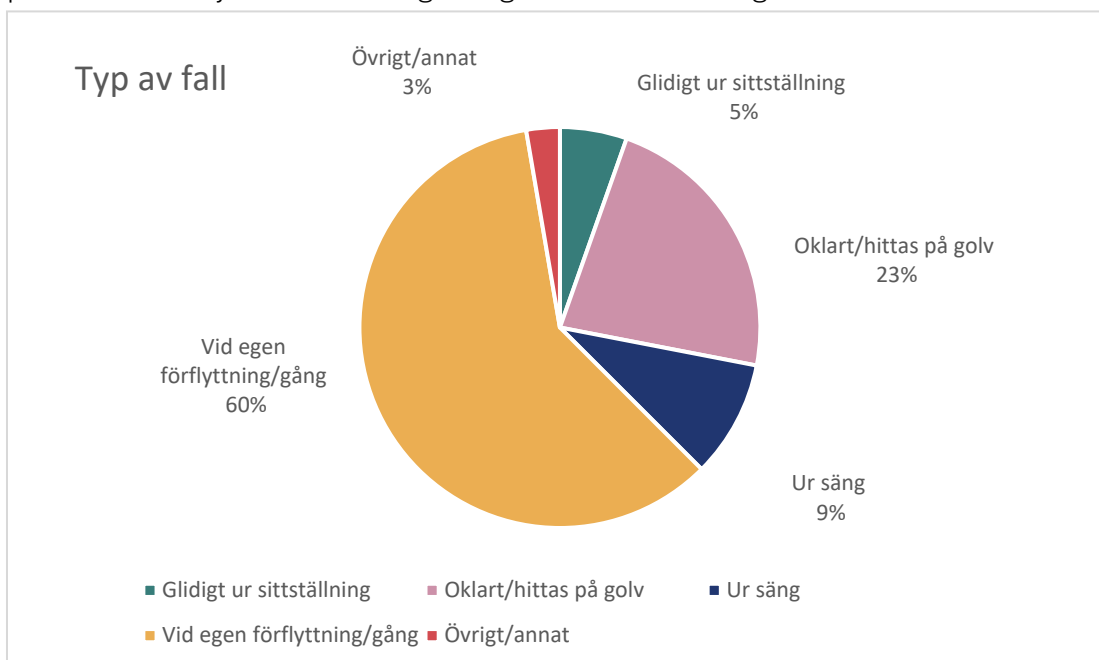


Fördelningen av typ av avvikelse är förväntat utifrån tidigare års resultat.



Fall

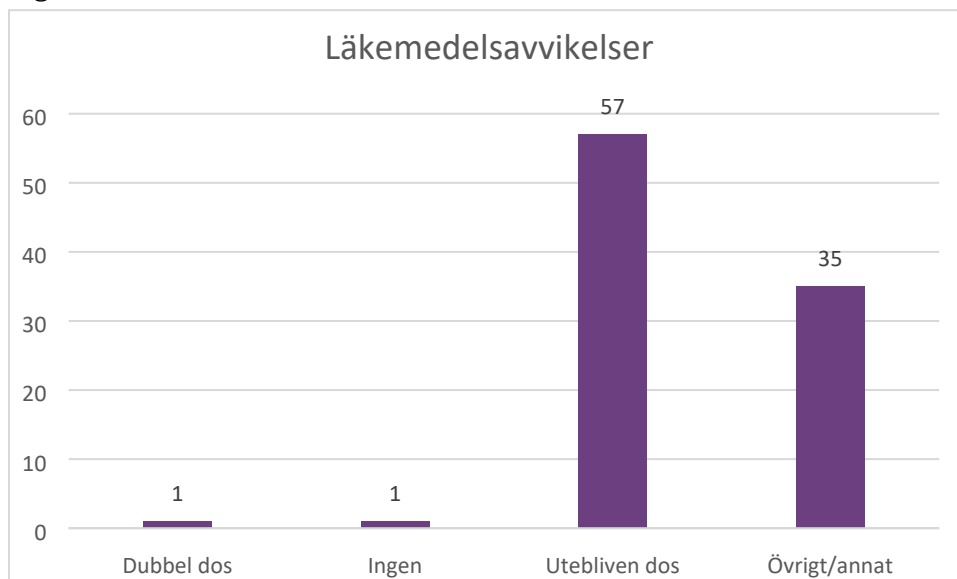
Under året har 296 fall rapporterats på enheten. Ett fall inträffar när någon ofrivilligt hamnar på golvet eller marken. Vid analys av typ av fall är fall vid egen förflyttning vanligast, 60 procent av fall är av denna typ. Näst vanligast är Oklar/hittas på golv är 23 procent efterföljt av fall ur säng och glidit ur sittställning.



Läkemedelsavvikelser

Under året har 94 läkemedelsavvikelser inträffat. Utebliven dos är den vanligast förekommande avvikelser. Analys av denna kategori har visat att riskkällor är personal blir avbrutna i arbetsmomentet och missat att gå tillbaka. I övrigt/annat kategorin gäller

majoriteten av avvikelser läkemedel saknats i patientens läkemedelsskåp i deras lägenhet.



Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter hanteras utifrån gällande rutin i Stadsdelsförvaltningen. Synpunkter och klagomål som kommer in sammanställs och redovisas under året i verksamhetsuppföljningen. På enheten tas synpunkter och klagomål upp i olika forum för att utveckla verksamheten. Verksamhetschef har uppdragit åt biträdande enhetschef att besvara klagomål och synpunkter som rör hälso- och sjukvården. Dessa synpunkter och/eller klagomål ska även delges MAS. MAS samt biträdande enhetschef utreder, analyserar parallellt och återkopplar till varandra innan beslut fattas. I de fall patienten inte är nöjd med handläggningen av ärendet kan hen vända sig till patientnämnden eller inspektionen för vård och omsorg (IVO). En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys. Inför varje kvalitetsråd kontrollerades den interna listan för synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård. Inga klagomål och synpunkter gällande hälso- och sjukvården har inkommit under 2022 till patientnämnden och ett klagomål gällande bemötande har inkommit till verksamheten.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Verksamheten planerar för att samarbeta med kliniskt träningscentrum (KTC) i Högdalen. Första steget är att genomföra HLR-utbildning. Enheten kommer även att fortsätta att genomföra workshop vid delegering samt införa workshop kring förflyttningsteknik, fallprevention och ergonomi. Enheten utvecklar sin krisberedskap enligt Stockholms stads mål om krisberedskap i 7 dygn.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

Mål 2023

- Kompetensutveckling fallprevention
- Kompetensutveckling om demens
- Kompetensutveckling om psykisk hälsa
- Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen
- Utveckla teamarbetet
- Digital signering av läkemedelshantering

Fallprevention

Enheten utvecklar en workshop likt det som finns kring delegering av läkemedelshantering för området fallprevention, förflyttning och ergonomi. Arbetssätt om att registrera fall i Senior Alert behöver utvecklas och implementeras.

Demens

Genomföra utbildning enligt Demens ABC. Fortsätta med arbetet kring reflektion för varje avdelning. Undersöka möjligheten att skicka medarbetare på utbildning till administratörer i BPSD-registret.

Psykisk hälsa

Genomföra utbildning för utvalda medarbetare inom psykisk hälsa. Utveckla rutiner och arbetssätt och implementera dessa i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

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

Teamarbetet

Fortsätta med regelbundna teammöten, utveckla kvalitén gällande innehåll och struktur på mötet. Den röda tråden i dokumentation kring teamarbete behöver framgå tydligare i all dokumentation.

Palliativ vård

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

Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder

Enheten undersöker möjligheten att köpa in och implementera ett system för att digitalt signera läkemedel och andra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Arbetet genomförs i samverkan med MAS.