

Bilaga 03

Patientsäkerhetsberättelse
Entreprenad 2020

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse Guldbroloppshemmet- A&O Temabo
Patientsäkerhetsberättelse Bergsund- A&O Temabo
Patientsäkerhetsberättelse Sofiagården- Vardaga
Patientsäkerhetsberättelse Hornskroken- Vardaga
Patientsäkerhetsberättelse Sjöstadsgården-Humana
Patientsäkerhetsberättelse Grindstugan mfl- Norlandia

2020 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2021 för Vårdgivare Guldbryllloshemmet

Datum och ansvarig för innehållet

2021-01-20 Ann-Sophie Rudolph

Reviderad 2020-11-02

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Riskanalys

Informationssäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Guldrölloshemmet är ett särskilt boende med fyra avdelningar och heldygnsoomsorg som drivs på entreprenad. 33 platser fördelat på tre avdelningar är för personer med demenssjukdom. Elva platser på en avdelning har inriktning mot psykiatri.

Guldrölloshemmet har sjuksköterskebemanning dygnet runt. Sjukgymnast finns med 0,8 årsarbetare varav 0,3 är för aktiviteter och arbetsterapeut med 1,0 årsarbetare varav 0,5 av tjänsten är inriktad mot aktivitetsansvar

Under året har vi arbetat med att öka patientsäkerheten och sett till att arbetet bedrivs enligt Vardagas riktlinjer och styrdokument. Avvikeshantering i Qmaxit, avvikelshanteringssystemet, är känd hos alla personal

Arbetet med att alla medarbetare ska registrera och följa upp i kvalitetsledningssystemet samt registrera förbättringsförslag pågår löpande i verksamheten.

Legitimerad personal arbetar fortlöpande med riskanalyser, kartlagt hälsotillstånd och hälsoplaner med kopplade ordinationer och åtgärder som följs upp för utvärdering och eventuell revidering. Alla patienter har aktuella riskbedömningar som följs upp på teammöten samt vid behov.

Dokumentationen sker i ParaSol och Vodok. Vodok följer det internationella dokumentationssystemet ICF

Guldrölloshemmet genomför i enlighet med Vardagas styrdokument egenkontroll två gånger per år. Brister som uppdragats går igenom och handlingsplaner och tidsplaner upprättas i Förbättringsloggan och arbetas sedan med löpande i verksamheten.

Varje månad utförs av legitimerad personal en loggkontroll av HSLdokumentationen. Resultatet signeras och dokumenteras på för detta avsedd blankett.

Egenkontroll av HSLdokumentation genomförs 2 gånger/år av legitimerad personal.

Under 2020 har inte de vanliga tillsynerna från uppdragsgivaren utförts på grund av pandemin. Uppföljningar av avtal och verksamhet har skett digitalt.

Guldrölloshemmet har som mål att de anhöriga som vill ska få vara delaktiga i omsorgen av deras närstående. På grund av pandemin och besöksförbud har vi fått ändra strategi. Under sommaren hade vi en besöksskärm på bakgården där man har kunnat träffas. Vi har också haft digitala möten med olika sociala medier som FaceTime, Whatsup m.fl.

Vi arbetar aktivt med anhörigkontakter och är noggranna med att anhöriga och närstående alltid ska känna sig välkomna med både frågor och ideer. Anhöriga kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till verksamhetschef, gruppchef, sjuksköterska eller kontaktperson. Vardaga har även en oberoende Kundombudsman som anhöriga kan vända sig till.

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Ambea/Vardaga.

Ambea/Vardaga är ett företag som med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvård

Sammanfattningen bör även innehålla hur informationssäkerheten har säkerställs i verksamheten utifrån den nya författningen HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Mål:

Att bedriva en säker och högkvalitativ vård genom att följa Vardagas ledningssystem och checklistor samt identifiera, rapportera och utreda alla avvikelser.

Strategier:

Rapporteringskunskap: Via APT och utbildningar säkerställa att alla medarbetare känner till ledningssystemet och dess syfte.

Förebyggande arbete: Dokumentation enligt HSL innebär bland annat att göra riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Riskbedömningarna uppdateras kontinuerligt vid behov. Upprätta kartlagt hälsotillstånd och vid behov skapa hälsoplaner där

åtgärder har tidsbetämd uppföljning med utvärdering. Information och diskussion vid teammöten är viktig inte minst för genomförande och utvärdering av åtgärder.

Läkemedelshantering: Genomföra årliga individuella läkemedelsgenomgångar för varje patient. Vi planerar att införa Medview i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Medview ska följas upp sex månader efter den årliga obligatoriska läkemedelsgenomgången.

Syftet med Medview är att optimera läkemedelsbehandling samt att minska läkemedelsrelaterade symtom hos patienterna. Medview innebär att undersköterskorna deltar i processen genom symtombevakning och rapporterar till sjuksköterskan som tillsammans med läkare gör en läkemedelsöversyn. Eventuell förekomst av biverkningar dokumenteras och kontakt med ansvarig läkare tas för att åtgärder ska vidtas.

Målet med Medview är att öka patienternas välbefinnande och livskvalitet genom att observera, analysera samt åtgärda misstänkta läkemedelsrelaterade symtom. Enligt Socialstyrelsen (2014) behöver läkemedelsbiverkningar fångas upp innan de orsakar större skada.

Ansvarig sjuksköterska för respektive avdelning ansvarar för hög kvalitet på genomförandet av delgeringsförfarande till omvårdnadspersonal. Vid behov ska delegering återkallas.

Inkontinensvård: Tillsamman med kontaktperson ska ansvarig sjuksköterska med förskrivningsrätt se till att alla patienter har har individuellt utprovade inkontinensskydd..

Kompetensutveckling: Alla medarbetare gör Vardagas alla webbutbildningar en gång om året, speciella individuella kunskaper tas om hand och används i verksamheten. Tillgång till utbildning på Lära finns och tid ges för kompetensutveckling.

Senior Alert har vi ännu inte kommit igång med. Start under 2021

Palliativ vård: Omvårdnadsplaner upprättas vid palliativ vård i livets slutskede och checklistor såsom vändschema, munvård och vätskeregistrering används. Checklistor för omhändertagande av avliden används. Anhöriga erbjuds efterlevandesamtal en månad efter dödsfall.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag.

Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata som genererar en månatlig kvalitetsrapport med index.

Kvalitetsråd: Ska hållas en gång per månad enligt styrdokument. På kvalitetsrådet går man igenom aktuella avvikelser och diskussioner förs om orsak till händelsen samt vidtagna åtgärder. Vikt läggs vid att identifiera strukturella och organisatoriska problem eller lösningar som kan underlätta arbetet med att minimera riskerna och arbeta förebyggande.

Qualimax: Qualimax är Vardagas kvalitetsledningssystem. Medarbetare som först upptäcker en händelse är skyldig att skriva en avvikelse i systemet. Verksamhetschef och ansvarig gruppchef är skyldiga att ta del av avvikelserna och dokumentera att detta gjorts. Rör avvikelsen hälso- och sjukvård så är det sjuksköterskans ansvar att dokumentera och redogöra för vidtagna åtgärder samt följa upp.

Teammöten: dessa ska hållas enligt schema med legitimerad personal, gruppchef och kontaktperson samt vid behov. På teammöten sker en avstämning av patientens behov och hälso- och sjukdomstillstånd. Om åtgärder behöver vidtas eller uppdateringar göras så upprättas en plan för detta.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna ska registrera i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens ska göras i Senior Alert.

Från Covid-19 pandemins start fattade företags Krisledningsgrupp beslut om hur arbetet skulle bedrivas på central och lokal nivå utifrån Folhälsomyndigheten, Regeringen och Socialstyrelsens beslut. Kvalitetsavdelningen har haft nära samarbete med alla Sveriges regioner, smittskydd och de kommuner där företaget har verksamheter. Samverkan med läkarorganisationen har också fungerat väl. En Coronasida på intranätet upprättades direkt med gällande styrdokument, checklistor och Q&A från Kvalitet (hälso- och sjukvård), HR och inköp. Digitala informationsmöten från Kvalitetsavdelningen tillsammans med HR och inköp hölls frekvent för alla chefer och legitimerad personal för att snabbt få ut nya styrdokument och aktuell information. Information har även kommit till verksamheterna utifrån regionala beslut från respektive region/kommun.

Beslut togs tidigt om besöksförbud i verksamheterna och införande av mekanisk barriär som ett tillägg till arbetsdräkten.

Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion har genomförts inom en vecka från inflytt till Guldbryllopshemmet

Munhälsobedömningar har genomförts.

Samtliga patienter har under året fått läkemedelsgenomgångar genomförda.

Paramedicinerna har systematiskt arbetat med att kvalitetssäkra hjälpmedel genom att regelbundet utvärdera, kontrollera och se över behovet. Nya madrasser, sängar och lyftar har köpts in för att ersätta sådant som inte hållit god kvalitet.

Utbildning i förflyttningsteknik har erbjudits 2ggr under året

Legitimerad personal har haft ett fortsatt fokus på arbetet med skyddsåtgärder och där det behövs införskaffat och dokumenterat samtycke till dessa.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

I verksamheten har vi under året haft en tydlig struktur för kontroll och uppföljning. Målsättningen har även detta år varit att en röd tråd ska kunna följas genom minnesanteckningar, checklistor m.m. Respektive gruppchef följer upp sin avdelning gällande bland annat följsamhet till basala hygienrutiner, dokumentation och informationsöverföring inom vårdteamet. Vid identifiering av brister upprättas en handlingsplan för att åtgärda dessa. Egenkontrollfrågor som utges från Vardagas Kvalitetsavdelning två gånger per år besvaras i samverkan med medarbetarna för att uppnå en större delaktighet och därtill för att få mer korrekta svar. Resultaten från tillsyner och granskningar kommuniceras till samtliga medarbetare på arbetsplatsträffar, HSL möten och i Kvalitetsrådet.

De dagliga kontrollerna av t ex signeringslistor för överlämnande av dispenserade läkemedel görs som oftast i slutet av månaden och finns där brister tas det upp med berörd personal.

Egenkontrollerna genomfördes enligt riktlinjer i maj och november 2020. Alla punkter där målet inte helt uppnåtts blev till handlingsplaner i förbättringsloggen.

Guldbryllopshemmet hade senaste kvalitetstillsyn av Vardagas kvalitetsavdelning i februari 2020.

Loggkontroll har dokumenterats och utförts enligt gällande rutin (en gång/ månad). Resultatet har dokumenterats i blankett "Loggkontroll-Granskningsprotokoll för systematisk stickprovskontroll". Om kontrollen visar att obehörig har varit i journalen och läst kontaktas MAS.

Resultat från brukarundersökningar redovisas på APT möten och på anhörigmöten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Guldbriolopshemmet har samverkansavtal med Capio/legevisitten. Namngiven läkare besöker verksamheten varje vecka på fastställd dag samt vid behov. Övrig tid, årets alla dagar, kontaktas läkare enligt journalschema.

Samverkan med uppdragsgivare

Samverkan har skett digitalt under 2020 på grund av rådande pandemi. Detta gäller både verksamhets- och avtalsuppföljning.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Avdelningsmöten, arbetsplatsträffar och ledningsmöten genomförs regelbundet.

Teammöten med alla yrkeskategorier hålls en gång i veckan.

HSL-möten hålls en gång per månad.

Samarbete med Flexident sker regelbundet vad gäller munhälsobedömningar och nödvändig tandvård.

Överrapportering mellan dagsjuksköterskor och nattsjuksköterskor samt övrig dag- och nattpersonal sker varje dag, för att få en helhetssyn kring patienten.

Överrapportering och konferens om patient sker vid behov med vårdgivare utanför Guldbriolopshemmet.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Personalens kunskap om avvikelshantering samt Lex Sarah och Lex Maria säkras genom skriftlig information på blankett som skrivs under av varje medarbetare samt genom diskussion på arbetsplatsträffar. Samtliga medarbetare har tillgång till kvalitetssystemet i datorerna som finns på varje våningsplan. Preventions- och riskbedömningar utförs på varje patient vid inflyttning. ADL status omprövas av fysioterapeut och arbetsterapeut efter gällande rutiner och omprövas vid behov.

Verksamhetschefen har under 2020 gått skyddsronn tillsammans med skyddsombud för att synliggöra eventuella arbetsmiljörisker både fysiska och psykiska. Handlingsplaner upprättas vid upptäckta risker där en tidsplan och ansvarig för åtgärder finns preciserad.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

På Guldbrylloppshemmet utförs loggkontroll varje månad av sjuksköterska. Kontrollresultatet signeras och dokumenteras på för detta avsedd blankett. Egenkontroll görs två gånger per år i enlighet med styrdokument Guldbrylloppshemmet hade en uppstartstillsyn i februari 2020. De punkter som krävde åtgärder finns i förbättringsloggen och har arbetas aktivt med. Legitimerad personal följer det lagstadgade innehåller för journalföring enligt HSLF-FS 2016:40.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Medarbetarna registrerar i företagets kvalitetsledningssystem Q-maxit. Cheferna, både grupp- och verksamhetschef, får meddelande per e-post om att en avvikelse har registrerats. Rehab får meddelande om fall och sjuksköterskor får aviseringar då det rör läkemedel. Allvarliga avvikelser ska rapporteras direkt till verksamhetschefen för snabba åtgärder. Vid allvarlig avvikelse meddelas uppdragsgivaren omedelbart. Blanketter för avvikelsehantering finns även tillgängliga i verksamheten i pappersform att användas i händelse av datorhaveri. Sammanställning av månadens avvikelser tas upp på kvalitetsråden. Det är alltid verksamhetschefen som avslutar en avvikelse.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål. Samtliga medarbetare har kunskap om Vardagas rutiner för hantering av synpunkter och klagomål och sin egen skyldighet att rapportera och bidra till att åtgärda de klagomål som inkommer. Alla inkomna synpunkter och klagomål rapporteras i Q-maxit. Vid inflyttning informeras boende och närstående om verksamhetens rutin för hantering av synpunkter och klagomål och de får också information om Vardagas Kundombudsman till vilken man kan vända sig om man vill ha stöd i att få gehör för sina synpunkter på verksamheten. Skriftlig information lämnas i en välkomstmapp och är därtill anslagen i entrén samt i verksamhetens Närståendepärm. I entrén finns en brevlåda för möjlighet till inlämnande av synpunkter. I månadsbrevet som verksamhetschef skriver finns information om hantering av synpunkter och klagomål med som en stående punkt. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet. Verksamhetschef och legitimerad personal informeras omgående om inkomna synpunkter/klagomål. Återkoppling om vidtagen åtgärd sker alltid skyndsamt, utan fördröjning till patient, närstående eller annan ev. berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/Kvalitetsutvecklare och uppdragsgivare. Under året har två synpunkter eller klagomål inkommit som föranlett verksamhetschef att informera vidare till överordnad chef och uppdragsgivare. Inga synpunkter eller klagomål gällande risker eller händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada har inkommit till verksamheten.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Följande tillsyner/granskningar har genomförts under 2020

Kvalitetstillsyn digitalt 1ggr/mån

Besiktning av liftar under hösten

Besiktning samtliga hjälpmedel i verksamheten löpande under året

Uppföljning av entreprenadavtal 2 tillfällen

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom ska kontinuerligt närståendeträffar hållas.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende från verksamheten.

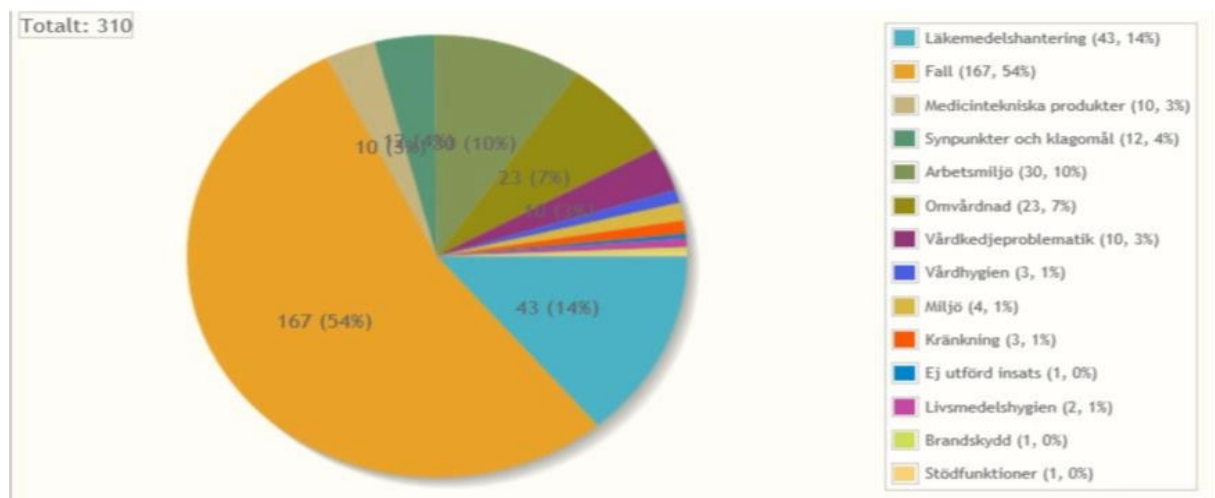
Verksamheten ska ha Närståendeträffar som leds av verksamhetschef och hålls två gånger per år. Under pandemin så har dessa av förklarliga skäl inte hållits. Vid Närståendeträffarna ställer verksamhetschef alltid frågan om på vilket sätt närstående önskar ytterligare stöd från verksamheten. Månadsbrev med aktuell information från verksamheten skrivs av verksamhetschef och förmedlas till de boende och närstående som önskar. Månadsbrev finns även anslaget på avdelningarna.

Vardaga har en kundombudsman som tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående, hen är oberoende. Samverkan sker med patienter och närstående via välkomstsamtalet, riskbedömningar, levnadsberättelse och genomförandeplan för att förebygga vårdskador.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	<p>Rutiner och styrdokument för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador</p>	<p>På alla patienter som bor på Guldbrölloppshemmet har fallriskbedömning gjorts.</p> <p>Fallrapporter har dokumenterats och besvarats i Q-maxit och i Vodok.</p> <p>HSL-personalen har fortsatt förbättringsarbetet gällande dokumentation att bli bättre på kartlagt hälsotillstånd, upprättande av hälsoplaner, avsett hälsotillstånd med tillhörande ordinationer/åtgärder. Dessa har delvis blivit uppföljda, utvärderade och reviderade.</p> <p>Teammöten har hållits under året vid behov.</p>	Under 2020 förekom 167 fall.	<p>Alla patienter på Guldbrölloppshemmet har en aktuell fallriskbedömning.</p> <p>Nyinflyttade patienter har fått fallriskbedömning genomförd inom 3 dagar.</p>
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande	Rutiner och styrdokument för basal hygien i vård och omsorg	Observationer och skattningar av följsamhet till basala hygienrutiner har	Ingen MRSA har spridits. En boende har smitta sedan länge. Covid 5	Kontinuerliga kontroller av basala

	meddelandeblad och styrdokument	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning •Självskattning av följsamheten 	genomförts. Resultaten av observationerna har presenterats på möten på Guldbrylllopshemmet. Därefter har gruppcheferna följt upp vid behov och man har då fått göra om utbildningen	patienter smittade under hösten 2020. Ingen spridning, alla tillfrisknade. Under januari 26 patienter i virusrelaterad magsjuka.	hygienrutiner har genomförts. Varje dag har vi påminnt alla medarbetare både om basala hygienrutiner och de utökade försiktighetsåtgärder med anledning av Covid.
Rapporterings-skyldighet	Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser i Q-maxit	Genomgång med alla medarbetare om avvikelshantering och rapporterings-skyldighet	Totalt antal avvikelser 310 stycken	Antalet avvikelser har ökat i takt med tiden vilket man kan anta beror på ett minskat motstånd att skriva avvikelser
Läkemedels-hantering och delegerings-processen	En säker läkemedelshantering. Att medarbetare kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt. Att endast delegerad personal med utbildning delar läkemedel efter genomgången test.	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshandlingen	Årlig individuell läkemedelsgenomgång som dokumenteras. Läkemedelsskåpen följt Vardagas rutiner angående läkemedelshandlingen. Uppföljning av läkemedels-avvikelser.	Antal läkemedels-avvikelser under 2020 var 43 st, 14%. Legitimerade sjuksköterskor har undervisat i hur korrekt och säker läkemedelshandling ska gå till.	Samtliga patienter har haft en läkemedelsgenomgång under 2020 Nyanställd personal har löpande fått delgering och uppdateringar av delegeringar har gjorts enligt rutin.

			<p>Legitimerade sjuksköterskor har följt rutinen kring delegeringsförfarandet.</p> <p>Utbildning i läkemedelshantering av befintlig delegerad omvårdnadspersonal .</p> <p>Med hjälp av kunskapstest i Svenskt Demenscentrum ”Jobba säkert med läkemedel” och kunskapstest ”Läkemedelshantering” enligt styrdokumentet säkerställs kunskaperna hos delegerad personal</p> <p>Sjuksköterska har informerat omvårdnadspersonal en vid tillkomst av nya läkemedel</p> <p>Majoriteten undersköterskor har aktuella delegeringar som under året uppdaterats av ansvarig sjuksköterska.</p>		<p>Fortbildning genomförs för att säkra läkemedelshantering.</p>
Trycksår	Att förebygga uppkomst av trycksår.	<ul style="list-style-type: none"> Rutiner och riktlinjer för risk- och 	Riskbedömning Norton och MNA har genomförts och dokumenteras.	Under 2020 har det i verksamheten uppkommit 5 st	Nolltolerans mot uppkomna trycksår.

		<p>preventionsbedömning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i sårvård • Samverkan vid teammöte 	<p>Vid risk för trycksår eller befintlig trycksår har detta dokumenterats i ICF-enheten, kartlagt hälsotillstånd, eventuell hälsoplaner upprättats med avsett hälsotillstånd, tillhörande åtgärder och ordinationer. Detta har följts upp, utvärderas och eventuellt revideras på återkommande teammöten.</p> <p>Vid behov genomfört mat- och vätskeregistrering.</p> <p>Vid behov ordinerar tryckluftmadrass + vändschema.</p> <p>Omvårdnadspersonalen uppmanats att kontinuerligt se över patienternas hudkostym och vid tecken på begynnande sår omedelbart ta kontakt med tjänstgörande sjuksköterska.</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är såransvarig. Vid lättare sårvård instrueras och utbildas omvårdnadspersonal</p>	<p>trycksår i kategori 1</p>	<p>Vid trycksår har snabba åtgärder vidtagits</p>
--	--	--	---	------------------------------	---

<p>Dokumentation</p>	<p>En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar</p> <p>Handledning/utbildning</p> <p>Egenkontroll två ggr/år</p> <p>Loggkontroller</p>	<p>Följt rutiner och riktlinjer för dokumentation.</p> <p>Fortsatt arbetet med dokumentationsmognaden i HSL-gruppen med hjälp av delmål.</p> <p>Genomfört egenkontroll vid två tillfällen under 2020.</p> <p>Loggkontroller genomförts 1 gång/månad.</p> <p>Kvalitetstillsyn av dokumentationen genomförd en gång på våren och en gång på hösten 2020</p>	<p>Egenkontrollen visar att det stegvis går framåt med att stärka och förbättra dokumentationen i Vodok.</p> <p>Det finns formulerade planer på hur det fortsatta kvalitetsarbetet inom dokumentation bör fortskrida.</p>	<p>HSL dokumentationen följer rutiner, riktlinjer och lagstiftning.</p>
<p>Vård i livets slut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. • Dokumentera i en hälsoplan/NVP 	<p>Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut</p> <p>Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud</p> <p>Använd palliativa registret</p>	<p>Rutiner och riktlinjer följs för vård i livets slut.</p> <p>Legitimerad sjuksköterska finns dygnet runt.</p> <p>Webbutbildning genomförd av samtlig HSL-personal; Vardaga – Vård i livets sista tid – Palliativ vård</p> <p>Påbörjat större noggrannhet att dokumentera brytpunktsamtal liksom att använda Abbey Pain Scale vid smärtbedömning.</p> <p>Dokumenterar enligt direktiv om palliativ</p>	<p>Av de som avled har endast ett fåtal registrerats i Palliativa registret då det mest har varit bemannat med hyr sjuksköterskor under året vilka inte har haft behörighet till registret.</p> <p>Brytpunktssamtal har genomförts vid samtliga förväntade dödsfall. Ingen har avlidit med trycksår.</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>

			<p>vård i livets slutskede Vodok.</p> <p>Checklistor används såsom vänd- och munvårdsschema, vätskeregistrering vid palliativ vård i livets slutskede. Erbjudit efterlevandesamtal.</p>		
<p>MNA (kost/nutrition/vikt)</p>	<p>Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning</p> <p>Nyinflyttade patienter ska bedömas inom tre dygn</p> <p>Arbeta förebyggande mot undernäring.</p> <p>Identifiera de boende som är eller riskerar att bli undernärda.</p> <p>Arbeta med kost- och nutritionsbehandling på samma sätt som medicinsk behandling.</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal.</p> <p>Handledning/utbildning i klinisk nutrition</p>	<p>Riskbedömningarna MNA och Norton har gjorts var 6:e månad samt vid behov av legitimerad personal.</p> <p>Nyinflyttade patienter har riskbedömts .</p> <p>Mat- och vätskeregistrering har gjorts de tre första dyggen i samband med inflytt.</p> <p>Viktmätning erbjuds var 3:dje månad eller oftare vid behov.</p> <p>Hälsoplaner har delvis upprättas med planerad uppföljning för utvärdering och ev. revidering. Uppföljning sker löpande på teammöten och givetvis också vid behov.</p> <p>För att bryta nattfastan erbjuds</p>	<p>Antal trycksår= 5</p> <p>Viktnedgång= 16</p>	<p>Alla patienter har aktuella riskbedömningar i MNA och Norton.</p> <p>Daglig kommunikation med omvårdnadspersonalen gällande insatser av olika slag då extra fokus beövts på en patients nutritionsbehov .</p> <p>Uppföljningar på teammöten.</p>

			alla något att äta, registrering gjorts varje natt på utvalda veckor på varje avd.		
Munhälsa	Alla patienter ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömningar. Dokumentera i Senior Alert ROAG Handledning och utbildning i munvård	Erbjudit samtliga patienter SLL:s årlig munhälso- bedömning som de flesta tackat ja till. Efter genomförd muhålsobedömning erhålls ett munvårdskort. Sjuksköterskor erhåller protokoll från tandläkare/tandhygienist efter genomförd behandling. Omvårdnads- ansvarig sjuksköterska har genomfört munhälso- bedömning när en ny patienten flyttat in.samt vid behov. Dokumenterat ROAG i Vodok.	Samtliga patienter har en tandläkarkontakt. Munvårdskortet, protokoll från tandläkare/tandhygienist finns tillgängligt hos varje patienten (i dennes lägenhet) där omvårdnadsperson alen kan ta del av rekommendationer för god munvård.	Alla patienter som önskar har fått en årlig munhälso- bedömning. Alla patienter har en vårdkontakt med tandvården. Alla patienter har riskbedömning ROAG i Vodok
Inkontinens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och riktlinje	Omvårdnads- ansvarig sjuksköterska utreder och förskriver inkontinenshjälpmedel. Ska dokumenteras i Vodok enligt riktlinjer.	Alla 43 boende på Guldbrollopshemmet använder inkontinenshjälpmedel.	Alla patienter som behöver ska ha fått individuellt utprovat inkontinens- hjälpmedel

<p>Samtycke till att registreras i kvalitetsregister</p>	<p>Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister</p>	<p>Följa styrdokument och riktlinje</p>	<p>Vid inflyttning efterfrågas samtycke att registreras i kvalitetsregister.</p> <p>Samtycket är dokumenterat i Vodok.</p>	<p>Alla patienter har ett dokumenterat samtycke.</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>
<p>Samarbete och intern kommunikation</p>	<p>Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring mellan de olika yrkeskategorierna.</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring</p> <p>Teammöten för att skapa forum för informationsdelning och samarbete</p>	<p>ATP Kvalitetsråd HSL-möte Våringsmöte Planeringsdagar Teammöten Muntliga rapporter mellan dag-, kväll- och nattpersonal. Dokumentation i ParaSol och Vodok.</p>	<p>Kommunikation, liksom förbättring av kommunikation, pågår ständig över tid både skriftlig och muntligt.</p>	<p>Målet är att alla ska känna att de får begriplig och hanterbar information genom att vi både skriftligt och muntligt ska överrapportera</p>

Patientsäkerhetsplan 2021 för verksamheten

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Vardagas verksamheter ska under 2021 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2021 och metod för att uppnå målen
<p>Risk och preventionsbedömningar – alla patienter ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid (minst var 6:e månad)</p>	<p>Målet är att alla boende ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och (minst var 6e månad). Metod för att uppnå målet: -Medview följs upp varje månad av HSL ansvarig. Fördjupad läkemedlesgenomgång görs vid inflytt och efter 6 månader enligt Vardagas rutin. Att var och en finner ett arbessätt att kontinuerligt utvärdera och uppdatera Hälsoplaner, Avsett hälsotillstånd med dess ordinationer/åtgärder. Att ha ”Dokumentation” som en fast punkt på HSL-möte. Att ständigt förs en reflektion över vad som är mätbart, accepterat och realistiskt. Att återkommande” städa journalerna för att minimera bruset i dem. Granskning via stickprovskontroller HSL-dokumentationansvarig som är ansvarig att göra det, två gånger/år. Alla journaler ska vara granskade årligen. Alla granskningar kommer tas upp på HSL möten.</p>
<p>Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient</p>	<p>Lokal rutin och styrdokumentet finns i verksamheten och efterföljs löpande.</p>
<p>Fallförebyggande arbete</p>	<p>Målet för 2021 är att antal fall och frakturer ska minska. För att uppnå detta ska användandet av läkemedel som kan orsaka fall minskas. Arbetsterapeut och Fysioterapeut involveras i läkemedelsinsättning som kan påverka fallrisk. Användande av Medview Fallförebyggande åtgärder kan då sättas in i ett tidigt skede. Fallriskbedömningar görs vid inflytt, uppföljning efter 3 månader och sedan återigen efter 6 månader i Senior Alert. För att uppnå målen kommer ska Senior Alert att användas och tas upp varje månad på HSL-möten. Bedömningarna kommer i fortsättningen göras på teammötet.</p>

<p>Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.</p>	<p>Målet är att all personal ska följa basala hygienrutiner. Målet kommer att uppnås genom att samtliga medarbetare ska genomgå webutbildning, egenkontroll/självskattning kommer utföras och resultat dokumenteras i avvikelssystem och Förbättringslogg sedan återkopplas uppföljningen på Kvalitetsrådet. Under pandemin följs alla nya råd och rekommendationer upp löpande på avdelningsmöten och APT</p>
<p>Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)</p>	<p>Målet är att alla boende har en korrekt omvårdnadsdokumentation. Att varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska gå igenom sin granskade journal + de noteringar som är gjorda på den granskade kartlagda hälsoplanen av dokumentationsansvarig sjuksköterska. Utifrån dessa reflektera och korrigera/komplettera de övriga journalerna. Att nyanställd HSLpersonal avsätter tid och går grundutbildning i Vodok om inga tidigare erfarenhet finns av journalssystemet. Att gemensamt fortsätta arbetet med att formulera sig mer tydligt och specifikt i kartlagt hälsotillstånd. Att var och en finner ett arbets sätt att kontinuerligt utvärdera och uppdatera Hälsoplaner, Avsett hälsotillstånd med dess ordinationer/åtgärder. Att ha ”Dokumentation” som en fast punkt på agendan vid HSL-möte. Att det ständigt reflekteras över vad som är mätbart, accepterat och realistiskt. Att återkommande städa journalerna för att minimera bruset i dem. Granskning via stickprovskontroller HSL-dokumentationsansvarig , två gånger/år. Alla journaler ska vara granskade årligen. Alla granskningar kommer tas upp på HSL möten för att man ska lära av varandra.</p>
<p>Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess</p>	<p>För att uppnå en säker läkemedel- och delegeringsprocess fortsätter med standardiserat delegeringsförfarande så att alla medarbetare får samma information vid webutbildning med test. Uppvisat diplom tas till ssk och därefter utförs en konskapstest, läkemedelshantering och praktisk genomgång med SSK för godkännande. Delegeringsunderlaget skrivs i och placeras i delegeringspärm. SSK kallar in medarbetare när delegeringen ska förnyas.</p>
<p>Minska läkemedelsavvikelser</p>	<p>Målet är att antal läkemedelsavvikelser ska minska.</p>

	<p>Alla avvikelser skall följas upp inom 1v. Vid upprepade fall av bristande läkemedelshantering av delegerade medarbetare kan delegering återtas.</p> <p>Avvikelse tas regelbundet upp på teammötet samt Kvalitetsråd vid behov. Ssk ska planera 2 ggr/år läkemedelshantering (utbildning) för medarbetare</p>
Rapportering av händelser – Vårdskada	<p>Målet är att ingen allvarlig vårdskada ska inträffa. Vi kommer nå målet genom att lokal rutin finns och efterföljs kopplat till ansvarig chef. Stort fokus finns på det strukturerade arbetet med våra avvikelser.</p>
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	<p>Målet är att alla som avlider i vår verksamhet ska ha den optimala omsorgen sista tiden. För att uppnå det ska alla medarbetare gå webbutbildning i palliativ vård. Vi fortsätter med palliativa ombudsmöten både lokalt och regionalt. Statistik från Palliativa registret tas upp på kvalitetsrådet.</p> <p>Att SSK tillsammans med medarbetare ska registrera i palliativa registret för en mer korrekt information.</p> <p>Att ssk ska använda smärtskattning med Abbey pain Scale.</p>

Lägg in hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.



Patientsäkerhetsberättelse

Bergsunds vård- och omsorgsboende, 2020

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Organisation och ansvar	4
3	Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet under 2020	5
3.1	De viktigaste åtgärderna som vidtagits	5
4	Övergripande mål och strategier	6
4.1	Utarbetade strategier	6
5	Resultat och analys	7
	Uppföljning och utvärdering av uppsatta mål	11
6	Egenkontroll	11
6.1	Apotekskontroll	11
6.2	Läkemedelsgenomgångar	12
6.3	Dokumentation	12
6.4	PPM-mätningar	12
6.5	Risikanalys	14
6.6	Introduktion nyanställning	14
7	Vidtagna åtgärden utifrån gjorda egenkontroller	15
8	Palliativt arbete	16
9	Avvikelse	17
10 Klagomål och synpunkter	19
11Mål och strategier för 2021	19

1 Sammanfattning

Ansvar och Omsorg AB bedriver vård och omsorg i särskilt boende. De personer som bor på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och de flesta insatser är enligt SoL. Alla verksamheter ska hålla en hög kvalitet på samtliga plan och i varje sektor. Samtliga medarbetare i verksamheten skall vara medvetna om verksamhetens inriktning och övergripande mål.

Bergsunds vård – och omsorgsboende är ett vårdboende i centrala Stockholm. Verksamheten drivs sedan 2019-05-21 av A&O Ansvar och Omsorg AB på uppdrag av Stockholms kommun, Södermalms stadsdel. Enheten har 123 lägenheter fördelat på åtta våningsplan. Ett våningsplan, 16 lägenheter är öronmärkta för personer med demensdiagnos.

Boendet består av två hus med fyra plan i varje. Lägenheterna har en boendedel, ett pentry och ett hygienutrymme. De flesta lägenheterna har en egen balkong eller uteplats. I gemensamhetsutrymmena finns det tillgång till stora balkonger. Det finns en innergård där utevistelse är avsedd för boendes bruk samt en träffpunkt med dagliga aktiviteter.

En stor utmaning år 2020 var den svåra pandemi som drabbade Sverige under februari och i slutet av mars fick vi vårt första fall på Bergsund. Ett intensivt arbete inleddes med att förhindra smittspridning i verksamheten.

- Varje våningsplan blev sin egen enhet och personal fick inte gå emellan. Lunch och rast intogs på våningsplanet.
- Kohortvård under de förutsättningar som finns på ett omsorgsboende.
- Alla medarbetare fick information om och tog del av relevant utbildningsmaterial.
- Alla medarbetare fick kunskap om relevanta rutiner.
- Alla medarbetare måste tillämpa basala hygienrutiner och klädregler och fick förutsättningar att efterleva dem genom information, utbildning och kontroller.
- Alla medarbetare fick information om hur skyddsutrustning ska användas och kunde hantera den på ett korrekt sätt, inklusive hantering av avfall. Utbildning, information och praktisk genomgång.
- Hålla avstånd!

Arbetet kring pandemin och allt den förde med sig med dagliga utbildningsinsatser, oro, sjukfrånvaro upptog största delen av verksamhetens fokus under hela våren. All intern mötesverksamhet drogs in då vi inte arrangerade möten mellan personal, vilket tyvärr bidrog till att mycket av vår planerade verksamhetsutveckling inte kunde genomföras.

Besöksförbud infördes och personalen fick i hög grad utgöra en länk mellan närstående och boende. Kurator och aktivitetscoacher genomförde dagligen flera digitala ”närståendebesök” via Skype eller Facetime, vilket var mycket uppskattat av både boende och närstående. Till sommaren fick vi ett efterlängtat ”besöksfönster” till gården där boende kunde ta emot besök med en plexiglasskiva mellan sig och besökaren.

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett gott arbete att förbättra kvalitetsarbete under 2020 trots den försvårande situation som rått på grund av pandemin.

Många möten har fått ställas in då vi inte kunnat blanda personal från olika enheter och inte heller haft möten i större sällskap.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka kvaliteten i verksamheten:

- * I avsaknad av fysiska möten har vi utvecklat informationsflödet ut till avdelningarna i form av informativa veckobrev och att chefer deltagit vid överrapporteringstillfällen på våningsplanen.

- * Registrering i kvalitetsregister

- * Avvikelsehantering och analysering

- * Analys av synpunkter och klagomål

- * Det dagliga arbete i vården och omsorgen om de boende bygger på den nationella värdegrunden och Ansvar och Omsorgs värdegrund som sammanfattas med orden ”*Värme, Omtanke, Trygghet*”. Varje boende får vård- och omsorg utefter sina behov och önskemål.

2 Organisation och ansvar

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar & omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Områdeschef (OC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets-, miljö- och arbetsmiljörelaterade åtgärden.

Kvalitetsutvecklare följer upp samtliga verksamhetens kvalitetsarbete inom Ansvar och Omsorg.

Verksamhetschef (VC) ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL-mål och att dessa följs upp och rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Enhetschef är direkt underställd verksamhetschefen. Verksamhetschefen leder och fördelar arbetet i verksamheten. Enhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten och har ett ledningsansvar tillsammans med verksamhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal skall bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för

risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

A&O:s interna MAS har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet. Ansvaret innefattar vidare de krav som ställs på läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador etc. MAS ansvarar även för att utarbeta regler och rutiner samt kontrollera att dessa är kända och efterföljs i verksamheten.

Läkarkontakt

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkare från läkarorganisationen Legevisitten kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Läkare kommer till Bergsund för rond två dagar/vecka och nås övrig kontorstid på telefon. På jourtid finns jourläkare tillgänglig på telefon.

3 Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet under 2020

Vårdgivaren 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 ansvarar för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och riktlinjer.

Verksamhetschef ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategier i patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

3.1 De viktigaste åtgärderna som vidtagits är

- Samtliga medarbetare har genomgått webbaserad utbildning i Basala hygienrutiner vid två tillfällen.
- Samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning i Covid-19 samt hantering och användning av skyddsutrustning.
- Flertalet genomfört webbutbildningar i värdegrundstrappan
- Samtlig personal genomgått utbildning i lyftteknik.
- Flertalet medarbetare genomfört webbutbildning i kontaktmannaskap
- Flertalet medarbetare genomfört utbildning i Lex Sarah

- Upprätta och utveckla kompetensen genom att personal har deltagit i utbildningar avseende dokumentation, nutrition, palliativ vård, infektionssjukdomar, demenssjukdomar och sårvård.
- Registrerat i nationella kvalitetsregister.
- Samtliga boenden på demensavdelning är registrerade i BPSD-registret.
- Kvalitetsuppföljning i Qusta-instrumentet, vilket är ett instrument för granskning och uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet. Syftet är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet.
- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Värdegrundsarbete med alla medarbetare på våningsplanen. Kurator lett arbetet.
- Utvecklat dokumentationen i journalsystemet Vodok 2.0
- Påbörjat arbetet med ombudsfunktioner.
- Utvecklat arbetet med avvikelser vilket lett till ökat antal skrivna avvikelser.

4 övergripande mål och strategier

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

Utöver vår strävan att efterleva den nationella värdegrunden för äldreomsorgen är verksamhetens mål att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. Vi vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Vårt mål är att arbeta med patientsäkerhet i fokus och att verksamheten genomsyras av god kvalitet, följsamhet till gällande lagar och förordningar, efterlevnad till rutiner och riktlinjer och samarbete mellan olika yrkeskategorier för en salutogen omvårdnad.

Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador.

För att uppnå målet uppmanas medarbetare att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och kan åtgärdas. Boende och närstående uppmanas likaså att påpeka brister, antingen muntligt eller skriftligt.

4.1 Utarbetade strategier

För att nå målen har följande strategier utarbetats:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation med fokus på riskbedömningar, hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd och möjligheten att följa hela vårdprocessen i journalen.
- Genomföra punktprevalensmätning över indikatorer två gånger under året. Indikatorer som mäts är blåsdysfunktion, riskbedömningar och vidtagna skyddsåtgärder.
- Genomföra riskanalyser av fallrisk, undernäring, trycksårskick, munhälsövård och blåsfunktion. Riskanalyser sker kontinuerligt kring alla patienter i tvärprofessionella grupper.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.

- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.
- Registrera i nationella kvalitetsregister.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildningar avseende dokumentation.
- Utföra nutritionsmätningar, genomföra nattfastemätningar
- Utveckla vår rutin för säker läkemedelshantering
- Riskbedömningar i den boendes lägenhet ska utföras av kontaktperson vid ny inflytt och vid behov. Blankett finns i Verksamhetsstödet. Riskbedömningen ska uppdateras var 6:e månad.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 4 kap. 10§ p 3

Vid årets Qusta-uppföljning granskades följande områden:

Läkemedelshantering, systematiskt patientsäkerhetsarbete, vårdhygien, demens, dokumentation, fallprevention, trycksår, nutrition, munhälsa – och tandvård, kontinens och vård i livets slutskede.

Områden som vi behövde bli bättre på var

- att återkoppla vidtagna åtgärder till personalen efter en avvikelse.
- Inom området vårdhygien saknas en extern kvalitetsgranskning beroende på pandemin. Kontakt har tagits med kommunens hygiensjuksköterska som planerar en kontroll till hösten 2021.
- Nätverkande och extern utbildning inom dokumentation har också halkat efter pga smittrisen. Dock har digital utbildning erbjudits till nyanställda sjuksköterskor.
- Rutin saknas för akut kontakt med, och information till ansvarig läkare efter fall. Läkare kontaktas endast om sjuksköterskan bedömer så.
- Smärtskattning vid trycksår utförs inte med evidensbaserad smärtskattningsskala.
- Rapportera avvikelse när trycksår uppkommit.
- Nattfastemätning har inte utförts år 2020
- Dokumentera patientens nutritionstillstånd i hälsoplanen.
- Extern utbildning i munhälsa har ställts in på grund av pandemin
- Vidtagna åtgärder för att förebygga inkontinens
- Erbjuder basal utredning vid symtom på inkontinens
- Upprätta vårdplan för patient med kvarliggande kateter.
- Använda evidensbaserad skattningsskala för bedömning av patientens symtom.

Resultat av registrering i Palliativa registret år 2020.

De förbättringsområden vi har identifierat är att använda ett validerat smärtskattningsinstrument och att dokumentera kring brytpunktssamtal och munhälsobedömning. Dessa områden blir fokusområden nästkommande år.

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	77,1
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	95,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	94,5
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	51,5
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	59,1
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	88,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	78,4

Resultat från den interna kvalitetsrevisionen 2020 avseendes omvårdnad

På grund av pandemin gjordes inte den interna kvalitetsrevisionen på plats utan frågor besvarades online.

Omvårdnadspersonal fick besvara 28 frågor, samtliga frågor besvarades jakande.

Analys av resultat från Socialstyrelsen Brukarundersökning Bergsund VoB 2020

Andelen svarande för enheten i % (detta redovisas under "Deltagare")	Resultat tidigare år 2018	Föreg. år 2019	I år: 2020	Analys
	40-60%	40-60 %	20-40 %	För låg andel svarande för att få ett rättvisande resultat vilket till viss del kan bero på den rådande pandemin. Många anhöriga får boendes post eftersänd till sin hemadress och pga besöksförbudet har undersökningen inte nått den boende.

Område	Fråga	Resultat tidigare år 2018	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Boende-miljö	Fick du plats på det	88%	71 %	93 %	Ökat	Verksamheten kan inte påverka vilket boende som erbjuds.	Socialstyrelsens brukarundersökning 2021

	Äldreboende du vill bo på?						
	Trivs du med ditt rum eller lägenhet?	68%	55%	70 %	Ökat	Uppmuntra de boende att inreda rummet så trivsamt som möjligt. Tillse att städning av lägenhetens sker enligt planering.	Socialstyrelsens brukarundersökning 2021. Enhetschef följer upp att boende är nöjda med städningen.
	Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?	43%	41 %	48 %	Ökat	Boenderåd för att undersöka hur och på vilket sätt de boende vill förändra de gemensamma utrymmena.	Boenderåd Närståendemöten Socialstyrelsens brukarundersökning 2021
	Är det trivsamt utomhus runt ditt boende?	50%	69 %	64 %	Minskat	Verksamheten ska aktivt arbeta med innegården	Socialstyrelsens brukarundersökning 2021
Område	Fråga	Resultat tidigare år 2018	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Mat & Måltidsmiljö	Hur brukar maten smaka?	60%	56 %	52 %	Minskat	Varje kök har fått en inplastad "lathund" på kylskåpet med vilket tillbehör som hör till vilken maträtt	Kostombud på varje plan kommer att träffas regelbundet tillsammans med verksamhetens dietist Kostråd med boende 2 ggr/termin
	Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?	50%	57 %	57 %	Ingen förändring från föregående undersökning	Måltidsobservationer,	Dietist och enhetschefer på respektive plan ska följa och upp utvärdera måltidsobservationerna.
Område	Fråga	Resultat tidigare år 2018	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Hjälpens utförande	Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	77%	69 %	59%	Minskat	Utökning av personal på kvällstid från dec 2019.	Kontinuerlig uppföljning Enhetschef och verksamhetschef
	Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? <i>T.ex. byte av personal, ändringar av olika aktiviteter etc.</i>	38%	37 %	30%	Minskat	Förändringar ska skrivas upp på avdelningens anslagstavla och även i möjligaste mån förankras muntligt till boende.	APT Boenderåd
	Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp?	55%	61%	48 %	Minskat	Nytt schema i dec 2019 med utökning av personal på kvällstid.	Kontinuerlig uppföljning av Enhetschef och verksamhetschef
Område	Fråga	Resultat tidigare år 2018	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Bemötande	Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?	92%	87 %	82 %	Minskat	Värdegrundmöte 1 ggr per våningsplan i månaden med kurator Introduktion av A&O arbetssätt för nyanställda	Kurator följer upp varje möte med respektive enhetschef och verksamhetschef. Följs upp av respektive enhetschef
	Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur	81%	77 %	69 %	Minskat	Värdegrundmöte 1 ggr per våningsplan i månaden med kurator Introduktion av A&O arbetssätt för nyanställda.	Kurator följer upp varje möte med respektive enhetschef och verksamhetschef. Boenderåd

Område	Fråga	Resultat tidigare år 2020	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Trygghet	Hur trygg eller otrygg känns det att bo på ditt äldreboende?	87%	85 %	77%	Minskat	Kontinuerlig information till boende och anhöriga om den dagliga verksamheten genom veckobrev och kontakt enligt önskemål.	Boenderåd Närståendemöten
	Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?	84%	78 %	63 %	Minskat	Värdering/bemötande ska vara en stående punkt på APT. Kontinuerlig information till boende och anhöriga	Vårdplanering Boenderåd Närståendemöten
Område	Fråga	Resultat tidigare år 2018	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Sociala aktiviteter	Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt boende?	58%	74%	63 %	Minskat	Fortsatt arbete med att erbjuda aktiviteter enligt de boendes önskemål i mindre grupper igen.	Aktivitetsmöten Boenderåd Närståendemöten
	Är möjligheterna att komma ut bra eller dåliga?	43%	45 %	50 %	Ökat	Ung omsorg skall ha aktiviteter ute på innergården på helgerna	Aktivitetsmöten Boenderåd Närståendemöten
	Händer det att du besväras av ensamhet? <i>(Observera att det är nej svaren på frågan om ensamhet som redovisas som positiva svar)</i>	39%	32 %	28 %	Mindre nej svar	Aktivitetscoacherna och personal ska fortsätta erbjuda besök hemma hos de boende som inte vill delta i gruppaktiviteter. Personal ska aktivt erbjuda sig att följa med på aktiviteter.	Aktivitetsmöten Boenderåd Närståendemöten
Område	Fråga	Resultat tidigare år 2018	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Tillgänglighet <i>Observera att det är de brukare som svarat mycket lätt eller ganska lätt som redovisas som positiva svar på dessa frågor</i>	Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov	77%	74 %	73%	Minskat marginellt	Sjuksköterskorna arbetar aktivt med att vara med synliga på avdelningarna både för boende och personal.	Boenderåd Anhörigmöten APT
	Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?	45%	42 %	55 %	Ökat	Information om resultatet till läkarorganisationen.	Boenderåd
	Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende vid behov?	80%	72 %	74 %	Ökat	Nytt schema i dec 2019 med utökning av personal på kvällstid.	Boenderåd Anhörigråd APT
Område	Fråga	Resultat tidigare år 2018	Resultat föreg. år 2019	Resultat i år 2020	Analys årets resultat	Åtgärd	Uppföljning
Hjälpen i helhet	Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?	72%	75 %	74 %	Minskat marginellt	Fortsatt arbete inom verksamhetens fokusområden 2021 Måltid/måltidsmiljö Kontaktmannaskap	Uppföljning inom samtliga fokusområden på boenderåd, anhörigmöten och APT.

						Genomförandeplaner Aktiviteter Värdegrundsarbete	
	Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?	41%	33 %	40%	Ökat	Information till boende och anhöriga via boenderåd, mail och veckobrev om vart dem ska vända sig med synpunkter och klagomål.	Boenderåd Anhörigmöten Socialstyrelsens brukarundersökning 2021.
Övriga kommentarer	Inför kommande undersökning 2021 ska verksamheten arbeta aktivt för att få en högre svarsfrekvens för ett mer rättvisande resultat.						

Uppföljning och utvärdering av uppsatta mål

6 Egenkontroll

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

6.1 Apotekskontroll

I mars 2020 genomfördes en läkemedelskontroll av apoteket. En receptarie kom till enheten och granskade läkemedelsförråd, hantering av läkemedel samt läkemedelsrutin. Kontrollen utfördes enligt apotekets rutin för detta.

Utifrån resultatet av apotekets kvalitetsgranskning har en handlingsplan upprättats.

Följande områden behövde vi åtgärda:

- Säkerställa att alla signaturer i en journal finns med i signaturförtydligandelistan
- Uppdatera signaturförtydligandelistan för alla sjuksköterskor.
- Säkerställa att det finns aktuell "Generella direktiv/ordinationer" från läkarorganisationen
- Skapa rutin för att regelbundet byta koden till boendes medicinskåp
- Dokumentera namnet på den läkare som ger en muntlig ordination
- Säkerställ att brytdatum alltid skrivs på öppnade förpackningar ex ögondroppar samt insulin
- Säkerställ kompetensen hos personalen nu när den nya författningen kräver att dosen alltid ska kontrolleras mot ordinationshandlingen innan överlämning.
- Säkerställ att korrekt läkemedelslista finns i alla medicinskåp i lägenheterna samt i pärmarna på expeditionen.
- Säkerställ spårbarheten när en ny förbrukningsjournal upprättas. Dokumentera antalet tabletter som förts över /transport/ från tidigare journal.

Samtliga punkter är åtgärdade till årets Apoteksgranskning som kommer utföras 2021-04-27

6.2 Läkemedelsgenombgångar

Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska reviderade samtliga boendes läkemedelslistor utspjutt under året, vid rondtillfällen.

6.3 Dokumentation

- Egenkontroller av journalföring är utförda vecka 10 och vecka 39. Egenkontrollen ingår som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och syftar till att säkerställa att vården av patient kan följas i journal. Egenkontrollen har utförts på två journaler per omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Andelen kvinnor och män var lika stor för att få med jämställdhetsperspektivet. Egenkontrollen ger även underlag för verksamheten att bedöma utvecklingsområden och se behov av kompetensstöd för legitimerad personal. År 2020 uppfyllde vi kraven till 70%. Identifierade förbättringsområden är framför allt att dokumentera utvärdering efter utförda åtgärder samt möjlighet att följa hela vårdprocessen.

6.4 PPM-mätningar

- Resultat av punktprevalensmätning avseende blåsdysfunktion vecka 39

Blåsdysfunktion ^{1*}	Vecka 39	Eventuella kommentarer
Syftet med indikatorn är att stärka utvecklingen inom området blåsdysfunktion. Resultaten ger en bild av nuläget och visar på utvecklingsområden.		
1. Antal äldre personer som behandlas med kvarliggande urinkateter.	11	
2. Antal äldre personer som har kvarliggande urinkateter med dokumenterad indikation avseende denna behandling.	8	
3. Antal äldre personer med blåsdysfunktion med aktuell (ej äldre än 12 månader) basal utredning avseende blåsdysfunktion.	79	
4. Antal äldre personer med blåsdysfunktion som har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel.	Alla	
5. Antal äldre personer med blåsdysfunktion som efter en basal utredning, erhållit minst en åtgärd eller behandling, utöver individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel eller kateterbehandling.	0	
6. Antal äldre personer med blåsdysfunktion som har toalettassistans som behandling.	23	
7. Antal sjuksköterskor som har formell kompetens enligt blåsdysfunktionsområdet.	4	

8. Antal sjuksköterskor som VC har bedömt har reell kompetens.	11	
9. Förekomst av rutiner (lokalt vårdprogram) för vård och behandling av äldre personer med blåsdysfunktion i kommunal hälso- och sjukvård.	Ja	

Resultat avseende vidtagna skyddsåtgärder vecka 39

Skyddsåtgärder ^{2**}	Vecka 39	Eventuella kommentarer
Skyddsåtgärder får inte vidtas utan personens samtycke då det saknas lagstöd. Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera patienten. Utan ett samtycke från den enskilde betraktas åtgärden som ett tvång eller en begränsning, även om syftet är att skydda personen för skada. Syftet med indikatorn är att medvetandegöra området och stimulera användandet av alternativa lösningar. I punkt fyra, fem och sex ska anges antal faktiska beslut, vilket innebär att antalet skyddsåtgärder kan vara fler än personer med beslut.		
1. Totalt antal personer med ett eller flera beslut om skyddsåtgärd	40	
2. Ange antal dokumenterade samtycken för skyddsåtgärd	40	
3. Antal personer med hälsoplan som innefattar skyddsåtgärd (kopplad ordination/ åtgärd förskrivning).	40	
4. Ange antal beslut som gäller individuellt larm	25	
5. Ange antal beslut som gäller grind		
6. Ange antal beslut som gäller bälte/grensele/brickbord	15	

Vårdprevention ³	Vecka 39	Eventuella kommentarer
Syftet med indikatorn är att stärka utvecklingen inom området vårdprevention. Bedömning ska göras inom 14 dagar från inflyttning. Aktuell bedömning är inte äldre än 12 månader. Ny bedömnings ska göras när tillståndet förändras. Resultaten ger en bild av nuläget och visar på utvecklingsområden.		
Riskbedömning enligt Norton		
1. Totalt antal personer med aktuell bedömning enligt Norton	83	
2. Totalt antal personer med förhöjd risk enligt Norton ≤ 20 poäng	52	
3. Antal personer med hälsoplan som innefattar ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk	52	

² Fri- och rättigheter omskrivs i; Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen, Regeringsformen (2 kap.), Brottsbalken (24 kap.), Patientlagen (4 kap.)

³ Stadsgemensam riktlinje dokumentation <https://leverantor.stockholm/hsl/>

Riskbedömning enligt MNA; poäng från screening I (initial) och II (slutlig) summeras		
4. Totalt antal personer med aktuell bedömning enligt MNA.	24	
Vårdprevention forts.	Vecka 39	Eventuella kommentarer
5. Totalt antal personer med förhöjd risk enligt MNA \leq 23,5 poäng.	0	
6. Totalt antal personer med undernäring enligt MNA \leq 17 poäng.	11	
7. Antal personer med hälsoplan som innefattar ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk.	11	
Riskbedömning enligt Roag		
8. Totalt antal personer med aktuell bedömning enligt Roag.	64	
9. Totalt antal personer med förhöjd risk enligt Roag \geq 2 poäng	10	
10. Antal personer med hälsoplan som innefattar ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk.	10	
Riskbedömning enligt Downton		
11. Totalt antal personer med aktuell bedömning enligt Downton	77	
12. Totalt antal personer med förhöjd risk >3 poäng	64	
13. Antal personer med hälsoplan som innefattar ordination/åtgärd kopplad till förhöjd risk	64	

6.5 Riskanalys

Riskanalyser utförs på våra boende vid inflytt samt vid tvärprofessionella teammöten där målet är att varje boende ska riskbedömas avseende fallrisk, undernäring, trycksårskick och munohälsa minst var sjätte månad. Detta dokumenteras i journal samt i kvalitetsregistret Senior Alert.

6.6 Introduktion nyanställning

Alla nyanställda ska få en individuellt anpassad introduktion som är anpassad och utformad efter yrke. Utsedd handledare går tillsammans med den nyanställd

Därigenom säkerställs att den nya medarbetaren har tillräcklig kunskap om sin nya arbetsplats. Om så inte är fallet ska handlingsplan upprättas av verksamhetschef.

Alla nyanställda ska få en välkomstmapp med nödvändig information. I mappen ska finnas:

- Sekretessblankett
- Infoblad om lex Sarah och Maria (för påskrift)

- Infoblad om My Payslip och Medvindsinlogg
- Kvittensblankett (för t ex nycklar, passerkort och taggar)
- Befattningsbeskrivning
- Blankett med info om vem som ska kontaktas vid särskild händelse/sjukdom

7 Vidtagna åtgärden utifrån gjorda egenkontroller

- Resultatet av punktprevalensmätningarna visade att det fanns brister i utförd basal utredning kring inkontinens vilket blir ett fokusområde för år 2021. Önskat resultat ska leda till att alla personer med behov av inkontinenshjälpmedel ska få personligt utprovade skydd i syfte att höja komforten, minska läckage och onödig förbrukning samt bidra till en bättre ökad ekonomisk medvetenhet.
- Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska utredas, analyseras och följas upp enligt rutin. *Se särskilt avsnitt kring avvikelshandlingen.*
- Alla boenden registrera i nationella kvalitetsregister.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg, avseende undernäring, fall, trycksår och munohälsa. Boende, 65 år eller äldre, registreras och riskbedömning görs. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska snarast efter inflytt göra en riskbedömning i Senior Alert. Riskbedömningarna ligger till grund för omvårdnadsplaner. Senior Alert uppdateras minst var 6:e månad, och vid behov. Vid årets slut har endast 52% av de boende på Bergsund registrerats i Senior Alert.

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Förekomst av BPSD kan ses som ett mått på livskvalitet för personer med demenssjukdom. BPSD registrering sker efter skattning. Skattningen görs i tvärprofessionellt team.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livets slutskede. Registrets syfte är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede.

- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildningar avseende dokumentation. Vi har under 2020 haft två dokumentationsansvariga sjuksköterskor och en arbetsterapeut. Dessa har ingått i ett nätverk på Södermalms stadsdel avseendes HSL-dokumentation i journalsystemet Vodok. På grund av pandemin har det inte varit några möten i år i dokumentationsgruppen.

Vi har dock haft ett utbildningstillfälle på Bergsund den 14 oktober med ansvarig från Södermalms stadsdel. Våra tre nyanställda sjuksköterskor har även fått utbildning i journalföring via Skype.

- Utveckla vår rutin för säker läkemedelshantering. I rutinen för läkemedelshantering ingår att sjuksköterska ansvarar för att aktuell ordinationshandling finns tillgänglig, att utsedd läkemedelsansvarig sjuksköterska rekvirerar läkemedel enligt direktiv för det generella förrådet, att ha kontroll på utgångsdatum och budget mm. Egenkontroll i form av kontrollräkning av narkotikaklassade preparat skall utföras en gång per månad

8 Palliativt arbete

Den palliativa vården ska utgå från Nationellt vårdprogram för palliativ vård och från Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Vården i livets slutskede ska genomsyras av ett palliativt förhållningssätt med en helhetssyn på människan. Att tillgodose den boendes och närståendes behov av information och samtal är en viktig del av vården och en förutsättning för att skapa delaktighet. Sjuksköterskan ansvarar för att vården i livets slutskede planeras i nära samarbete med läkare, boende och närstående.

- Den boende ska informeras av läkare om sin situation (brytpunktssamtal)
- Boende ska erbjudas möjlighet att dö på den plats han/hon själv önskar
- Boende ska säkerställas god omvårdnad avseende munhälsa
- Boende ska säkerställas god omvårdnad avseende trycksår/förebyggande åtgärder
- Om behov och önskan föreligger ska mänsklig närvaro i dödsögonblicket tillgodoses
- Boende ska smärtskattas med validerat smärtskattningsinstrument
- Boende ska vara lindrad från smärta
- Boende ska symtomskattas med validerat symtomskattningsinstrument
- Boende ska vara lindrad från illamående, ångest och rosslig andning
- Närstående ska vara informerade av läkare om den boendes situation
- Närstående ska erbjudas samtal efter dödsfallet

För läkemedel används ett standardiserat behandlingsprogram med läkemedel mot illamående, oro/ångest, rosslande andning och smärta. Ordinationen kan ges per telefon och skrivs då upp på en särskild blankett som används tills ordinationen är skriftligt införd i Pascal.

Vid enheten finns palliativa ombud bestående av representanter från de flesta avdelningar samt sjuksköterska och arbetsterapeut.

Gruppen har iordningställt en ”Palliativ låda” till varje avdelning där det finns fina lakan, duk, LED-ljus och ljusstake och en skrift för utlåning till anhöriga ”Livets sista tid”.

9 Avvikelser

Avvikelse enligt HSL avser en icke förväntad händelse i verksamheten avseende hälso- och sjukvård som medför eller skulle kunna medföra skada eller risk för skada för den äldre.

Övriga avvikelser kan handla om brister i omsorg, bemötande, livsmedelshantering mm.

Vem rapporterar:

Var och en av medarbetarna som upptäcker en avvikelse har skyldighet att rapportera.

Till vem lämnas rapporten:

- Fall – Sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast
- Övriga HSL avvikelser – tjänstgörande sjuksköterska
- SoL avvikelser – Sjuksköterska/biträdande enhetschef
- HSL avvikelse dokumenteras och utreds av sjuksköterska i Vodok.
- Fallregistrering dokumenteras i Vodok av arbetsterapeut/sjukgymnast

Så behandlas rapporten:

- Omvårdnadsavvikelsen ska, samma dag den upptäcks, skrivas och lämnas till tjänstgörande sjuksköterska/enhetschefen.
- Tjänstgörande sjuksköterska/enhetschef ansvarar för att fel och brist, avvikelser och fallregistrering utan dröjsmål åtgärdas.
- Vid upprepade rapporter om fel och brist kring samma sak kan det också vara aktuellt att skriva en rapport enligt lex Sarah.
- Utredning av fall sker i teamet där varje profession bidrar med sin spetskompetens.
- Enhetschef ska kontinuerligt bevaka händelserapporterna och vidta åtgärder för att förebygga upprepning av liknande händelser.
- Samtliga avvikelser behandlas löpande och sammanställs inför Kvalitetsforum
- Avvikelser går igenom gemensamt på Kvalitetsforum (var fjärde vecka) där följande personer deltar
- Kvalitetsombud, en från varje våningsplan.
- Sjuksköterska
- Rehabiliteringspersonal
- Enhetschef SoL
- Enhetschef HSL
- Verksamhetschef
 - Vid mötet diskuteras åtgärder som vidtagits vid händelsen och i efterhand och om dessa varit tillräckliga. Förslag på rutiner eller andra förbättringar dokumenteras för vidare arbete.
 - Beslut fattas också om händelsen bedöms vara vårdskada eller risk för vårdskada.
- Avvikelser av vikt presenteras sedan på APT
- Chef ansvarar för att skyndsamt informera MAS/MAR vid allvarlig vårdskada

Antal inkomna avvikelser avseende hälso - och sjukvård:

Typ	Antal avvikelser per månad												
	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Sum
Fallolyckor	19	20	20	8	15	12	11	14	17	18	17	23	194
Antal personer	12	15	11	6	10	10	9	8	13	10	8	15	127
07.00-21.00	16	14	17	8	11	9	9	12	14	11	15	20	156
21.00-07.00	3	6	3		4	3	2	2	3	7	2	13	48
Ingen skada	15	16	16	7	9	12	8		15	15		20	133
Lätt skada/småsår/blåmärken	2	4	4	1	5		2	2	2	3	4	3	32
Fraktur	2				1		1						4
Fallriskbedömning gjord	12	15	11	8	15								61
Läkemedel		2	4	1	5	6	4	3	2	1	3	6	37
Utebliven läkemedelsdos		2	3	1	2	4	4	2	2		2		22
Fel läkemedelsdos						1							1
Förväxling av läkemedel och pat					2								2
Fel/oklar ordination											1		1
Annat					1	1		1		1		6	10
Trycksår													0
Dokumentation													0
MTP				2									2
Övrigt					1				4		1		
Summa	19	22	24	11	20	18	15	17	19	19	20	29	233

Samtliga avvikelser registrerades i avvikelssystemet i Vodok 2.0.

Ingen anmälan avseende Lex Sara eller Lex Maria har skrivits under år 2020.

Utredning angående narkotikasvinn har skett vid tre tillfällen under året. Samtliga händelser har polisanmälts och ärendena har avskrivits av polisen.

Åtgärder som vidtagits är:

- Under en period efter händelsen dagligen kontrollräkna narkotika.
- Iordningsställa pärmar för boendes egna (personbundna) läkemedel
- Följa rutiner och riktlinjer kring läkemedelshantering
- Följa upp egenkontrollerna

10 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten besvaras alltid inom 14 dagar. Svaret är skriftligt och innehåller en redogörelse för hur verksamheten har åtgärdat klagomålet/synpunkten.

Ärendet analyseras och utreds med hjälp av en handlingsplan. Handlingsplanen redovisar vari missförhållandet består, vilka de faktiska omständigheterna är och vilka befintliga rutiner som finns. Planen innehåller också en bedömning av händelsen samt redovisning av vidtagna och planerade åtgärder med målformulering. Om ärendet är omfattande med många inblandade utförs en händelseanalys.

Aktuella medarbetare informeras. Om synpunkten/klagomålet handlar om HSL informeras även MAS/MAR.

Återkoppling via handlingsplan sker även på kvalitetsforum och arbetsplatsträff. Målet är att alla ska lära sig av det inträffade för att förhindra upprepning.

En sammanställning görs där orsak och vidtagna åtgärder framkommer.

Klagomålet/synpunkten diarieförs och tilldelas ett diarienummer av registraturen i Södermalms stadsdelsförvaltning.

Under år 2020 har det inkommit:

2020-01-15 Klagomål från boende angående bemötande

2020-01-17 Klagomål från boende angående TV-tittande och måltider.

2020-01-22 Klagomål från boende angående måltider

2020-02-04 Klagomål från anhörig angående omvårdnad i samband med infektion.

2020-02-11 Klagomål från boende som saknar frukt

2020-03-06 Klagomål från anhörig angående omvårdnad, samma ärende som datum 2020-02-04

2020-04-01 Klagomål via IVO från anhörig angående kommunikation vid boendes försämring

2020-08-08 Klagomål från anhörig angående omhändertagande i samband med dödsfall.

Samtliga klagomål/synpunkter har besvarats med telefonsamtal och/eller skriftligt svar.

11 Mål och strategier för 2021

- Fortsätta att utveckla journalföringen i Vodoc. Bli bättre på att skriva vårdplaner med åtgärder, uppföljning och resultat. Följa upp vårdplan minst 2 ggr/år. Förbättra dokumentationen så att det går att följa hela vårdprocessen i journalen. Förbättra resultatet i egenkontrollen av dokumentationen till 85%.
- Kvalitetsregister Senior Alert: fortsätta registrera alla boende och öka andelen åtgärdsplaner från 52% till 95%.
- BPSD: Alla boende på våning med demensinriktning ska registreras. Att använda registret mer som ett verktyg som en naturlig del av vården.
- Palliativa registret: Öka antalet registrerade till över 85%

- Att minst 95% av alla boende ska ha genomgått en basal inkontinensutredning enligt Nikola. Målet är att det ska vara klart till sommaren 2020.
- Säkerställa att all personal genomgår webb-utbildning i basal hygien och även gör en självskattning två gånger per år.
- Fortlöpande utbildning i lyftteknik för all personal med fokus på nyanställda.
- Översyn och revidering av MTP
- Gå igenom hjälpmedel enligt årshjul.
- All personal genomgå webbutbildning i Nollvision
- Värdegrundsarbete i tvärgrupper. Kurator håller i grupperna och är även sammankallande.
- Utveckla arbetet med ombudsfunktioner:
 - Aktivitetsombud
 - Anhörigombud
 - Brandombud
 - Dokumentationsombud
 - Hygienombud
 - Inkontinensombud
 - Kostombud
 - Kvalitetsombud
 - Larmombud
 - Miljöombud
 - Palliativombud
 - Demensombud
 - Värdegrundsombud

En sammankallande utses för varje ombudsgrupp och möten hålls enligt årshjulet.

2021-02-18

Marianne Hellström

Enhetschef HSL, Bergsunds vård- och omsorgsboende

2020 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2021 för Vårdgivare Sofiagården

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-26 Karin Thune

Reviderad 2020-11-02

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Riskanalys

Informationssäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Sofiagården är ett särskilt boende med totalt 50 lägenheter uppdelade på fem våningsplan. 20 av platserna har en somatisk inriktning och de resterande 30 har en demensinriktning.

Sofiagården har sjuksköterskebemanning dygnet runt. Fysioterapeut och arbetsterapeut 0,8 tjänst vardera.

Under året har vi arbetat med att öka patientsäkerheten och att arbetet enligt Vardagas riktlinjer och styrdokument. Stort fokus har lagts på att få en fulltäckande dokumentation. Utbildningsinsatser har genomförts men pga pandemin stannade dessa delvis av. Teammöten har också varit centrala i kvalitetsarbetet, att följa Vardagas rutin och implementera arbetsätt. Under året har Sofiagården Demens certifierats genom Demensakademin. Det innebär att samtlig personal genomgått utbildningen, och arbetsätt och material är nu implementerade. Rekryteras ny personal förväntas även de genomgå Demensakademin.

Avvikelser har ökat i antal, vilket är bra då tidigare år misstänks haft ett mörkertal. I Q maxit, avvikelshanteringssystemet registreras avvikelserna, systemet är väkänt för alla medarbetare. Avvikelserna har använts i patientsäkerhetsarbetet genom analys, strukturering och lett till nya arbetsätt och rutiner. Arbetet med att alla medarbetare ska registrera och följa upp i kvalitetsledningssystemet samt registrera förbättringsförslag pågår löpande i verksamheten.

Mycket av patientsäkerhetsarbetet under år 2020 har varit inriktad mot Covid-19, pandemin.Handledning av omvårdnadspersonal i Kohortvård, skyddsutrustning och hygienrutiner, även nutretionen har behövt. Verksamheten har arbetat konternuerligt med uppföljning av risk och konsekvensanalyser. Sofiagården genomför i enlighet med Vardagas styrdokument egenkontroll två gånger per år. Brister som uppdagats går igenom och handlingsplaner och tidsplaner upprättas i Förbättringsloggan och arbetas sedan med löpande i verksamheten. följas upp då verksamheten haft perioder av smittan.

Egenkontroll av HSLdokumentation genomförs 2 gånger/år av legitimerad personal.

Under 2020 har inte de vanliga tillsynerna från uppdragsgivaren utförts på grund av pandemin. Uppföljningar av avtal och verksamhet har skett digitalt.

Vi på Sofiagården arbetar aktivt med information och anhörigkontakter. Vi är noggranna med att närstående alltid ska känna sig välkomna med både frågor och ideer. Närstående kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till verksamhetschef, gruppchef, sjuksköterska eller kontaktperson. Vardaga har även en oberoende Kundombudsman som närstående kan vända sig till med frågor och synpunkter.. Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Ambea/Vardaga.

Ambea/Vardaga är ett företag som med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvård

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning

- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Mål:

Att bedriva en säker och högkvalitativ vård genom att följa Vardagas ledningssystem och checklistor samt identifiera, rapportera och utreda alla avvikelser.

Strategier:

Rapporteringskunskap: Via APT och utbildningar säkerställa att alla medarbetare känner till ledningssystemet och dess syfte.

Preventivt arbete: Dokumentation enligt HSL innebär bland annat att göra riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Riskbedömningarna uppdateras kontinuerligt vid behov. Upprätta kartlagt hälsotillstånd och vid behov skapa hälsoplaner där åtgärder har tidsbetämd uppföljning med utvärdering. Information och diskussion vid teammöten är viktig inte minst för genomförande och utvärdering av åtgärder.

Läkemedelshantering: Genomföra årliga individuella läkemedelsgenomgångar för varje patient. Vi planerar att införa Medview i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Medview ska följas upp sex månader efter den årliga obligatoriska läkemedelsgenomgången.

Syftet med Medview är att optimera läkemedelsbehandling samt att minska läkemedelsrelaterade symtom hos patienterna. Medview innebär att undersköterskorna deltar i processen genom symptombevakning och rapporterar till sjuksköterskan som tillsammans med läkare gör en läkemedelsöversyn. Eventuell förekomst av biverkningar dokumenteras och kontakt med ansvarig läkare tas för att åtgärder ska vidtas.

Målet med Medview är att öka patienternas välbefinnande och livskvalitet genom att observera, analysera samt åtgärda misstänkta läkemedelsrelaterade symtom. Enligt Socialstyrelsen (2014) behöver läkemedelsbiverkningar fångas upp innan de orsakar större skada.

Ansvarig sjuksköterska för respektive avdelning ansvarar för hög kvalitet på genomförandet av delegeringsförfarande till omvårdnadspersonal. Vid behov ska delegering återkallas.

Inkontinensvård: Tillsamman med kontaktperson ska ansvarig sjuksköterska med förskrivningsrätt se till att alla patienter har individuellt utprovade inkontinensskydd..

Kompetensutveckling: Alla medarbetare gör Vardagas alla webbutbildningar en gång om året, speciella individuella kunskaper tas om hand och används i verksamheten. Tillgång till utbildning på Lära finns och tid ges för kompetensutveckling.

Senior Alert har vi precis börjat med, fortsätter under år 2021.

Palliativ vård: Omvårdnadsplaner upprättas vid palliativ vård i livets slutskede och checklistor såsom vändschema, munvård och vätskeregistrering används i teamet. Vardagas checklistor för omhändertagande av dödsfall finns och används i verksamheten. Anhöriga erbjuds efterlevandesamtal en månad efter dödsfall.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och målpuppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag.

Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering genom att samliga medarbetare, legitimerad- som omvårdnadspersonal avvikelserrapporterar i avvikelssystemet Qmaxit. I systemet graderas avvikelser utifrån en alvarlighetsgrad. Avvikelse med hög alvarlighetsgrad går direkt till övergripandechefen och företagets kvalitetsavdelning som följer upp och säkerställer att utökad utredning påbörjas.

Verksamheten har en mötesagenda enligt styrdokument, för team-möten, HSL möten SSK möten, Rehab möten och Kvalitetsråd. Var och ett av dessa möten följer upp och utvärderar avvikelser och arbetssätt utifrån de olika nivåerna, individ, enhet och verksamhet. Enligt rutin har sjuksköterskan ansvar för medicinavvikelse, rehab, fall avvikelser och gruppchefer för omvårdnad, bemötande och synpunkter, för att ta med sig till team mötena. Där utreds avvikelserna för vilka åtgärder som behövs vidtas för individen. På HSL möten, utvärderas samarbetet för säkerställa en patientsäker vård. Sjuksköterskemötena går igenom rutiner och styrdokument för följsamhet och kontinuitet. Rehabmötena följer upp arbetet med trygga förflyttningar och rätt hjälpmedel. Kvalitetsrådet analyserar avvikelserna för strategiska beslut och åtgärder. På Kvalitetsrådet upprättas risk och konsekvensanalyser. Under året har Covid-19 varit i fokus. Dels att säkerställa säker användning och tillgång av skyddsmedel, dels arbetssätt som Kohort vård, socialsamvaro vid karantän och anhängig information för en säker och trygg vård.

Under året har verksamheten medverkat i Stadens PPM mätningar och rapporterat till Södermalms stadsdelsförvaltnings MAS. Verksamheten arbetar utifrån författning HSLF-FS 22017:37 för att säkerställa ordination och hantering av läkemedel.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i Senior Alert.

Från Covid-19 pandemins start fattade företagets Krisledningsgrupp beslut om hur arbetet skulle bedrivas på central och lokal nivå utifrån Folhälsomyndigheten, Regeringen och Socialstyrelsens beslut. Kvalitetsavdelningen har haft nära samarbete med alla Sveriges regioner, smittskydd och de kommuner där företaget har verksamheter. Samverkan med läkarorganisationen har också fungerat väl. En Coronasida på intranätet upprättades direkt med gällande styrdokument, checklistor och Q&A från Kvalitet (hälso- och sjukvård), HR och inköp. Digitala informationsmöten från Kvalitetsavdelningen tillsammans med HR och inköp hölls frekvent för alla chefer och legitimerad personal för att snabbt få ut nya styrdokument och aktuell information. Information har även kommit till verksamheterna utifrån regionala beslut från respektive region/kommun.

Beslut togs tidigt om besöksförbud i verksamheterna och införande av mekanisk barriär som ett tillägg till arbetsdräkten.

Verksamheten upprättade risk och konsekvensanalyser som kontinuerligt följts upp. Representant från verksamhetsutveckling har vid flera tillfällen haft genomgångar med samtliga hälso- sjukvårdspersonal, gruppchefer och omvårdnadspersonal både tillsvidare- och timanställda i handhavandet av skyddsutrustning. Samtlig personal fick genomföra webbutbildningar Basal hygienrutin samt Covid-19 utbildning 1+2. Ledning och HSL personalen hade Go to meeting för att få den senaste informationen och möjlighet att ställa frågor. Det är även möjligt att ta del av mötena vid senare tillfälle då de är inspelade. Brevlåda finns för frågor.

Dagligen, vid morgonrapporter, team möten, Kvalitetsråd och APT instruerade HSL personal och gruppchefer om basal hygien och om hur vi arbetar rätt och säkert med skyddsutrustningen.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Utifrån en egenkontroll i företagets kvalitetssystem följs samtliga rutiner, policys, arbetsätt, arbetsätt samt följsamheten till dem upp. Månatligt följs arbetet i förbättringslogg och avvikelssystem även upp centralt ifrån. På Sofiagården genomfördes två egenkontroller år 2020. Loggkontroller genomfördes på dokumentationssystemet Vodok på både vårdtagare och personal.

Dokumentationsgranskning av HSL dokumentationen har genomförts. Det finns en handlingsplan för ett omtag av genomförandet av riskbedömningar och upprättande av hälsoplaner, då sjuksköterske situationen inte varit stabil om än fulltalig under hela året har det inverkat på kvaliteten och hastigheten att komma i kapp. Senior alert är upprättat med riskbedömningar och planer på ett våningsplan. Resterande patienter är inlagda i systemet men ännu inte riskbedömda.

Utifrån avvikelssystemet och förbättringsloggen har avvikelser lett till både nya arbetsätt och rutiner.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad mellan Sofiagården och läkarorganisationen, Legevesitten. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning samt medicinsk vårdplanering. Överenskommelsen om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Vid varje inskrivning hämtas samtycke till kontakt med andra vårdgivare in.

Sofiagårdens läkare kommer regelbundet en gång i veckan för uppföljning och åtgärder verksamhetens vårdtagare behöver. Läkaren bunden till Sofiagården finns tillgänglig resterande kontorstid under måndag till fredag för rådfrågning och ordinationer per telefon. Resterande tid har jourläkare från Legevesitten ansvar att tillgodose behovet av läkare i verksamheten.

Vid inflytt eller utflytt tas kontakt med den andre vårdgivaren för att lämna över rapport om vårdtagaren. I början på pandemin förekom inga test för covid-19, innan eller när personen flyttade in. Det har under året förbättrats avsevärt. Nu genomförs ett första test innan inflytt.

Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion har genomförts inom en vecka från inflytt till boendet.

Munhälsobedömningar har genomförts av Oral care.

Samtliga patienter har under året fått läkemedelsgenomgångar genomförda.

Paramedicinerna har systematiskt arbetat med att kvalitetssäkra hjälpmedel genom att regelbundet utvärdera, kontrollera och se över behovet. Nya madrasser, sängar och lyftar har köpts in för att ersätta sådant som inte hållit god kvalitet.

Utbildning i förflyttningsteknik har erbjudits 8 ggr under året

Legitimerad personal har haft ett fortsatt fokus på arbetet med skyddsåtgärder och där det behövts införskaffat och dokumenterat samtycke till dessa.

Samverkan mellan uppdragsgivare runt patienten

Under året har verksamheten haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren vid uppföljningar avtal, kvalitet och hälso-sjukvård. Det har inneburit rapportering gällande Covid-19 smitta, skyddsyttrustning, risk och konsekvensanalyser, kvalitetsuppföljning och stöd.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Tvärprofessionella team möten hålls var fjortonde dag samt reflektionsmöten med samma deltagare en gång i månaden. Informationsöverföring sker under strukturerade former. Riskanalyser och skattade risker är underlag för individuellt utformade handlingsplaner. I det dagliga arbetet sker överrapportering, dagligen mellan samtliga yrkeskategorier vid morgonplanering och arbetspassbyten.

Närstående kontakt med avstämningsmöten och kommunikations överenskommelser.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Soflagården genomförs preventions- och riskbedömningar för varje vårdtagare vid inflyttning utifrån gällande rutin och riktlinje. Riskanalyserna upprättas i journalsystemet Vodok. Dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. För att säkerställa detta används checklista, vid in- och utskrivning. Likaså genomförs ADL- och förflyttnings status som även dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. Handlingsplaner tas fram i teamet runt vårdtagaren när risk föreligger.

Informationsöverföring sker under strukturerade former på team möten men även i det dagliga arbetet mellan de olika yrkeskategorierna. Både kvalitetssystemet och dokumentationssystemet är känt för alla medarbetare. Rutin för dokumentation finns tillgänglig i skriftlig form samt dokumentationshandledare på varje vånings plan. Avvikelsehantering som tex lex Sarah och lex Maria finns som stående på punkt på APT och Kvalitetsråd samt diskuteras i det dagliga arbetet.

Ett kontinuerligt arbete kring arbetsmiljö pågår. Riskanalys för medarbetare görs kring varje vårdtagare som uppdateras vid förändringar och lokala handlingsplaner har utarbetats och arbetats kring.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Klicka för för att beskriva hur ni arbetar med informationssäkerheten, dvs granskning av dokumentationen genom egenkontroll, kvalitetstillsyn, checklista häso- och sjukvårdsdokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Samtliga medarbetare har kunskap om Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser. Samtliga är skyldiga att rapportera i direkt anslutning av en händelse. Samtliga avvikelser registreras i Qmaxit. Alla medarbetare är medvetna om vikten av att aktivt arbeta med att identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker.

Samtliga avvikelser graderas utifrån allvarlighetsgrad. Avvikelser med hög allvarlighetsgrad går direkt till övergripande chef och företagets kvalitetsavdelning som följer upp och säkerställer att utökad utredning påbörjas.

Dessa rutiner om avvikelser och dess process är rutiner som ingår i introduktionen av nyanställda medarbetare.

Samtliga medarbetare har kännedom om hur Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar går till. Vid anställningstillfället lämnas information ut.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Återkoppling sker enligt rutin till den som inkommit med synpunkt eller klagomål. Detta för att så snart som möjligt starta en dialog och eventuell utredning. Allvarigare synpunkter och klagomål rapporteras till verksamhetschef samt Mas och uppdragsgivare.

Synpunkter och klagomål riktade mot verksamheten diskuteras kontinuerligt i aktuella mötesforum, som ledningsgrupp, team möte, HSL-möte Kvalitetsråd och/eller APT. Vi lägger stor vikt vid att bekräfta den enskildes upplevelse, för att kunna möta de förväntningar och behov som vårdtagaren har. Detta för att de, i sin tur skall uppleva att de är sedda, hörda och får en trygg och säker vård skapar vi dialog skyndsamt för utredning, handlingsplan samt uppföljning.

Information om blankett för synpunkter och klagomål finns tillgängliga på anhörig tavlan, samt i mappen med inflyttningmatreal. I det matrealet ingår även information om kundombudsmannen som är en instans i företaget där vårdtagare och anhöriga kan vända.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Många fler avvikelser och synpunkter har under året rapporterats i avvikelssystemet, Q-maxit, vilket gör att mörkertalen har minskat. En avvikelse har resulterat i en utökad utredning som också sänts till IVO för bedömning av Lex Sarah.

Majoriteten av avvikelserna gäller fall (44%) följt av Läkemedelsavvikelser (25%). Dessa avvikelser har på teammötena varit underlag för analys och upprättande av åtgärder till vårdtagaren. Det kan bestå av bla balansträning, stödhandtag, fallskyddsmatta, höftskyddsbyxor och halkstrumpor. Lika så har läkemedelsavvikelserna analyserats för att hitta strategier för att undvika missar.

Sjuksköterske gruppen har under året stundtals inte varit fulltaliga utan vikarier, många gånger inhyrd personal har fyllt upp bemanningen. Istället för en kontinuerlig och planerad vård har den då blivit mer akutstyrd, fokuserad på att utföra dagens arbete utan tanke på morgondagen. Det medför problem i kvalitén om ett sådant tillstånd är långvarigt.

Teamarbetet mellan samtliga professioner har stundtals havererat, då sjuksköterskorna saknats på många team möten. Vi har nu en prioritering att gå på teammötena, som visar sig vara en nyckel till god kvalitet och omvårdnadskontinuitet. Gymnastik, rörelse för gångare och dans

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

Närståenderådet har idag inga deltagare och startas upp så snart det går att uppbringa representanter. Vi genomförde middagar, möjlighet att pröva på Vardagas mat koncept ”Mat som hemma”, med verksamhetschef, gruppchef och ordenariepersonal per våningsplan. Ett trevligt sätt att skapa dialog.

Boråd per våningsplan med verksamhetschef och aktivitetsansvarig med dagordning. De fick upphöra vid pandemins början, men var uppskattade och kommer permanentas.

Mat råd, med verksamhetschef och kostansvarig som även det fick upphöra vid pandemins början.

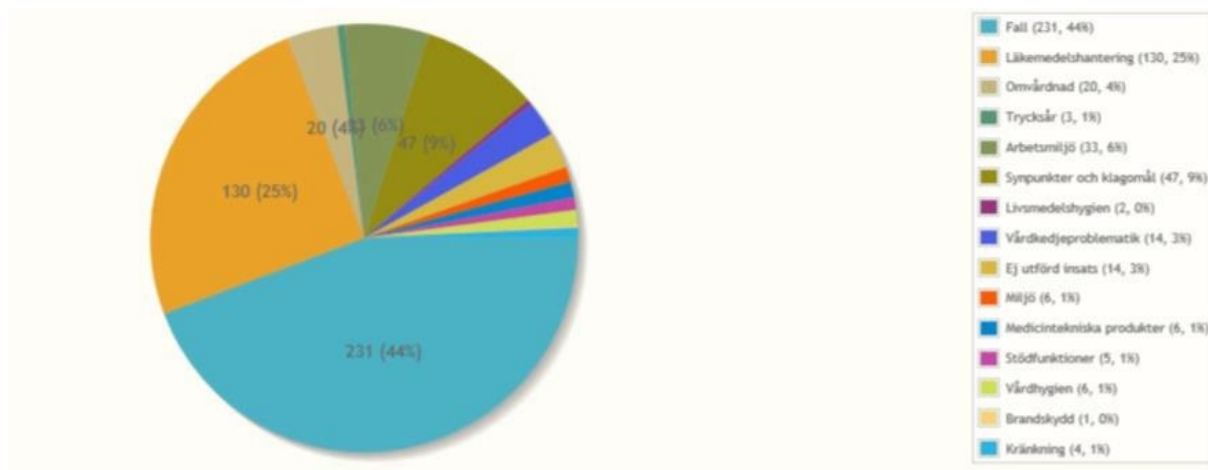
Under pandemin har informationsbrev från verksamhetschef sänts vid förändringar, gruppcheferna har sedan efter sommaren sänt veckobrev med vad som händer per våningsplan samt kontaktpersonen ringer en gång i veckan, eller efter överenskommelse, vad som hänt specifikt med just dennes närstående. Det har varit ett stort behov av information då det har under långa tider varit besöksförbud.

Närstående bjuds alltid in vid medicingenångar och till avstämningsmöten med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, gruppchef, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

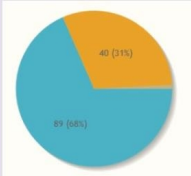
Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Resultat 2020

Område:	Mål:	Strukturåtgärd:	Processåtgärd:	Resultatåtgärd:	Måloppfyllelse:
	Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Resultat kopplat till målet
Fall	<p>Att alla patienter ska ha en aktuell fallriskbedömning.</p> <p>Nyinflyttade vårdtagare får en fallriskbedömning inom tre dagar</p> <p>Samtliga fall registreras i avvikelssystemet Qmaxit</p>	<p>Rutiner och styrdokument för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett systematiskt kvalitetsarbete, i teamet, för att förebygga fall och fallskador</p>	<p>Utföra fallriskbedömning vid inflyttning efter checklisten</p> <p>Varje vårdtagare har en aktuell riskbedömning fall, som följs upp på team möten</p> <p>Avvikelse fall, relevanta för teamet analyseras gemensamt i det mångprofessionella teamet</p>	<p>Fler fall har registrerats än förra året, vilket är bra då eftersom ledningen upplevde att inte alla fall registrerades.</p> <p>Fallen har till 87% varit fall av lindrig natur.</p> <p>14% av de rapporterade fallen har orsakat.....</p>	<p>Under året har sjuksköterskegruppen vid jämna mellanrum inte varit fulltaliga. När inhyrda sjuksköterskor är inne i verksamheten utför de inte omvårdnadsansvariga arbetet, vilket medför att de ligger efter. Stora flertalet av vårdtagarna är riskbedömda utifrån Down ton, men inte alla nyinflyttade så som det enligt rutin ska.</p>

					
<p>Basal hygien i vård och omsorg</p>	<p>Följa basal hygien dagligen</p> <p>Följa rutin och styrdokument gällande basal hygien</p> <p>Följa styrdokument gällande Covid -19</p>	<p>Rutiner och styrdokument för basal hygien är känd för samtliga medarbetare</p> <p>Kompetens hos all personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Självskattning av följsamheten • Risk och konsekvensanalys 	<p>Samtliga medarbetare har gjort webb utbildningen Basala hygienrutiner</p> <p>Samtliga medarbetare har även sett filmer och gjort webbutbildning Covid-19 1+2</p> <p>Verksamhetsutveckling har haft utbildning på plats i hantering av skyddsutrustning och Kohort vård</p>	<p>Dagligen har hygienrutiner funnits på agendan, vid morgonrapporterna och team mötena</p> <p>Självskattning har genomförts</p> <p>Verksamhetsutveckling har utbildat, på plats, om handhavande av skyddsutrustning</p> <p>Utbildade även i vård vid Pandemi</p> <p>Den 19:e maj införde vi att samtliga medarbetare använder munskydd eller visir hela tiden i verksamheten</p> <p>Från den X använder vi båda delarna.</p>	<p>Året har i stort handlat om följsamhet till basala hygienrutiner. Det har inneburit att rutinen har ständigt/dagligen varit aktuell. Avvikelse har mestadels handlat om bristen av följsamhet</p> <p>Det har varit svårt att få alla medarbetare att använda munskydd på korrekt sätt. Det förekommer dagligen någon med munskyddet nedanför näsan. Linande bekymmer har vi haft gällande visier som lätt hamnar som en keps. Mängden avvikelse tyder dock på att det finns en kunskap och att de flesta faktiskt har följsamhet och vill ha det så.</p> 

<p>Rapporterings-skyldighet</p>	<p>Samtliga medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument</p> <p>Samtlig personal har följsamhet till rapporterings skyldigheten</p>	<p>Känd rutiner och styrdokument för hantering av händelser med behov av utökad utredning.</p>	<p>Vid introduktion och minst en gång om året har verksamheten en genomgång av Lex Sarah och Lex Maria</p> <p>När en avvikelse öppnas för utökad utredning informeras medarbetarna genom Kvalitetsrådet, Apt och morgonrapporter</p>	<p>Det har gjorts en utökad utredning Lex Sarah, under året, den har skickats in till IVO.</p>	<p>Har ännu ingen återkoppling från IVO.</p>
<p>Läkemedels-hantering och delegerings-processen</p>	<p>Att medarbetare:</p> <ul style="list-style-type: none"> kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt En säker läkemedelshantering 	<p>Korrekt delegeringsförfarande av leg personal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshantering</p>	<p>När Gruppchef/Verksamhetschef anställer en ny medarbetare meddelas det till omvårdnadsansvarig sjuksköterska för kommande delegering. Medarbetaren förbereder sig med att göra webb utbildningen, säljer medicinhantering, där efter bokas tid hos sjuksköterskan som går igenom processen</p>	<p>Det har inte delegerats så att verksamheten kan ha enbart medisingivning av undersköterskor. Dels har nyanställda medarbetare inte blivit anmälda till sjuksköterskan och dels har sjuksköterskan inte sett sig ha tid. Web utbildningar har gått ut och behövt göras om.</p> <p>En delegering har under en period dragits in pga många avvikelser</p>	<p>Det är en stor andel läkemedelsavvikelser. Dels betår dem av att delegerad personal glömt, missat att ge men också sjuksköterskor som inte lämnat ut läkemedel eller lämnat ut läkemedel felaktigt.</p> 
<p>Trycksår</p>	<p>Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning 	<p>Riskbedömningar genomförs var sjätte månad och vid behov, dokumenteras i Vodok</p>	<p>Trycksår: 2</p>	<p>Fortsätta arbetet med nolltolerans mot trycksår</p> <p>Samtliga sjuksköterskor</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i sårvård • Samverkan vid team möte 	<p>Hälsoplan upprättas vid risk, sår med ordination</p> <p>Vid behov hyrs och utprovasbehandlande madrass</p>		<p>måste kunna beställa masrasser</p>
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	<p>Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar</p> <p>Handledning/utbildning</p> <p>Egenkontroll två ggr/år</p> <p>Loggkontroller</p>	<p>Dokumentationsstöd djare finns för SOL</p> <p>Dokumentationsstöd djare för HSL slutade under året och har inte kunna ersättas</p> <p>Finn möjligheter till hjälp från Vodokhandledare på Stadsdelen</p> <p>Rutine och styrdokument finns för dokumentation</p> <p>Loggkontroller genomförs</p> <p>Utbildningstid var planerad men delvis uteblev pga Pandemin</p>	<p>Det dokumenteras, men den behöver utvecklas väsentligt för att anses följsam till lagstiftningen</p> <p>Det saknas fortfarande</p> <p>-Riskbedömningar</p> <p>-Hälsoplaner</p> <p>Samtycken, analyser och utredningar</p>	<p>Dagens dokumentation på Sofiagården är ännu inte tillfredställande. Fler riskbedömningar och hälsoplaner finns, men ännu krävs ett utvecklingsarbete mer större systematik</p>
Vård i livets slut	<ul style="list-style-type: none"> • En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. • Dokumentera i en hälsoplan/NVP 	<p>Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut</p> <p>Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud</p> <p>Använd palliativa registret</p>	<p>Sjuksköterskan följer Brytpunktssamtal genomförs och efterlevnadssamtal erbjuds</p> <p>Alla dödsfall registreras i palliativa registret</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>	<p>Paliativa ombud är utsedda till varje våningsplan</p> <p>Sjuksköterskan skall tillsammans med läkaren sträva efter att 100% av skattningarna registreras i palliativaregistret</p>

<p>MNA (kost/nutrition/vikt)</p>	<p>Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning</p> <p>Nyinflyttade patienter ska kostregistreras i tre dygn</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal.</p> <p>Handledning/utbildning i klinisk nutrition</p>	<p>När en vårdtagare flyttar in görs en kostregistrering i tre dygn för att få insyn hur nutritionen för den boende ser ut varje dygn. Efter registreringen görs en rikbedömning kring nutrition</p> <p>MNA genomförs två gånger om året och vid behov. Hälsoplan upprättas vid identifierad risk</p> <p>Vikt tas enligt rutin var tredje månad eller vid behov.</p> <p>Vårdtagaren har inte längre än 10 timmars nattfasta. Kväll, natt och tidig morgon erbjuds lämpliga mellanmål</p> <p>Logopedbedömning samt dietistbedömning genomförs vid behov</p>	<p>0% rapporterade avvikelser</p> <p>Boende äter med god aptit och går generellt upp i vikt</p>	<p>Det är ett ständigt pågående förbättringsarbete att hålla nattfastan till högst 10 timmar och att minska risken för undernäring</p>
<p>Munhälsa</p>	<p>Alla patienter ska erbjudas en god munvård</p>	<p>Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Dokumentera i Senior Alert ROAG</p> <p>Handledning och utbildning i munvård</p>	<p>ROAG utförs och registreras i Vodok för samtliga vårdtagare</p> <p>All HSL-personal skall delta vid måltiderna för att kunna utvärdera och säkerställa vårdtagarnas behov av insatser vid sin kosthållning</p>	<p>0% avvikelser rapporterade</p>	<p>Under pandemin har tandvården endast fått komma in vid akuta behandlingar. Det medför viss brist i kontinuitet och tillsyn</p>

			Oral care har erbjudit munhälsobedömningar under året		
Inkontinens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och utföra mätning för en individuell bedömning till rätt utprovat skydd	Mätning görs i tre dygn Vårdtagaren mäts enligt instruktioner och skydd provas ut där hänsyn tas för bla kroppslig konstruktion samt mängd urin Sjuksköterska för in resultat och ordination i Guiden	Samtliga vårdtagare har fått skydd genom skattning och praktisk erfarenhet Sjuksköterska med förskrivningsrätt ordinerar och för in vårdtagaren i Guid	Korekta mätningar har inte genomförts men utifrån att nästintill samtliga vårdtagare med inkontinensbesvär hade likadana skydd. Har behovet skattats i teamet för en större följsamhet till verkligheten.
Samtycke till att registreras i kvalitetsregister	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje Dokumentera i Senior alert Paliativa registret	Vid inflyttningen inhämtas samtycke, flja checklista	Samtycken inhämtas vid inflytt och dokumenteras i journalsystemet	Vårdtagarna får frågan om samtycke, det dokumenteras men alla är ännu inte fullt dokumenterade med riskbedömning och åtgärder i registren
Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Följsamhet till rutiner och styrdokument för informationöverföring, både muntlig och skriftlig. Team möten för att skapa forum för informations delning	Rapport mellan arbetsskiften Morgonplanering Teammöten Plan möten Reflektionsmöten	Mötesstruktur finns	Fortsatt förbättringsarbete med mer utförlig dokumentation Fokusera på att sjuksköterskor prioriterar team möten

		och samarbete mångprofessionellt	HSL möten Dokumentation		
--	--	-------------------------------------	----------------------------	--	--

Patientsäkerhetsplan 2021 för verksamheten

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Vardagas verksamheter ska under 2021 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2021 och metod för att uppnå målen
Risk och preventionsbedömningar – alla patienter ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid (minst var 6:e månad)	<p>I samband med inflyttning skall vårdtagaren preventionsbedömmas. Där efter följas upp var sjätte månad eller vid behov</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska upprättar handlingsplan, vid risk tillsammans med teamet</p> <p>Dokumentera i Senior alert, upprätta riskbedömningar och handlingsplaner samt uppföljning.</p> <p>Sofiagårdens mål är att upprätta full dokumentation med uppföljningar under året</p>
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient	<p>Vid identifierade risker är hela det tvärprofessionella teamet delaktiga. Det ska kunna ses som en röd tråd i dokumentationen både i HSL och SoL</p> <p>Dokumentation i Senior alert paliativaregistret</p>
Fallförebyggande arbete	<p>Samtliga vårdtagare ska ha en aktuella förflyttningsstatus samt risk och preventionsbedömningar. De upprättas i samband med inflyttning och skall uppdateras var sjätte månad och vid behov.</p> <p>Dokumentation i Senior alert</p> <p>Aktivitetsgrupper med fokus på balansövningar och styrka, som gymnastik, rörelse för gångare och dans</p>
Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.	<p>Samtliga medarbetare gör den webbaserade utbildningen basal hygien, hygienombud planeras in för utbildningar för sitt uppdrag hos Vårdhygien.</p> <p>Följsamhet till ev fortsatta restriktioner gällande pandemin</p>

	<p>Följsamhet till skyddsutrustning i verksamheten var dag men socksså specifikt vid eventuellt Covid-19 smitta</p> <p>Hygienombuden har månatliga observationer utifrån rutin</p>
Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	<p>Samtliga sjuksköterskor behöver individuell handledning i Vodok ICF.</p> <p>Vi planerar in dokumentation i schemat</p> <p>Vi tar in hjälp från företaget för stöd i införandet av Senior alert, Med veiw och Visam</p>
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	<p>Inför delegering ska omvårdnadspersonalen genomgå, webbutbildningen ”jobba säkert med läkemedel” samt utifrån ett frågeformulär genomgå både teoretiskt och praktiskt förfarande vid medicingivning.</p> <p>Under året ska Socialstyrelsens föreskrift ”För överlämnande av läkemedel” implementeras till delegerade medarbetare så de genomför samtliga kontrollpunkter.</p> <p>Läkemedels- och delegeringsprocessen skall ske på ett säkert sätt där det är viktigt att både sjuksköterska och omvårdnadspersonal är trygga.</p>
Minska läkemedelsavvikelser	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är ansvarig för att ta med samtliga medicinavvikelser till team mötet för en gemensam analys i teamet</p> <p>Avvikelserna följs noga upp på Kvalitetsrådet</p>
Rapportering av händelser – Vårdskada	<p>Alla avvikelser skrivs in i avvikelssystemet Qmaxit. Där graderas avvikelserna utifrån allvarlighetsgrad. Vid hög graderig, allvarlighetsgrad gå avvikelserna direkt till övergripande chefer och kvalitetsavdelningen, MAS.</p> <p>Vid Alvarlig händelse påbörjas en utökad utredning skyndsamt. Uppdragsgivare informeras</p>
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	<p>Palliativaombud är utsedda och ska gå utbildning för sitt uppdrag. Sjuksköterska som ska vara sammankallande ska utses.</p> <p>Målet är att alla vårdtagare som befinner sig i livets slut skall få ett värdigt omhändertagande och att närstående upplever sig informerade, delaktiga och trygga. Arbeta med hela det mångprofessionella teamet.</p>

Lägg in hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.

**2020 års patientsäkerhetsberättelse
Hornskroken**

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Risikanalys

Informationssäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Hornskrokens vård-och omsorgsboende är ett särskilt boende med heldygnsomsorg som drivs på entreprenad, för personer över 65 år med demenssjukdom. Hornskroken har 53 platser fördelat på 6 avdelningar, på plan 1 finns också ett pensionat med fyra platser för anhörigavlastning i enlighet med beviljat biståndsbeslut.

Hornskroken har sjuksköterskebemanning dygnet runt. Sjukgymnast finns med 0,5 årsarbetare och arbetsterapeut med 0,5 årsarbetare.

Hornskroken har en medarbetare som är Silviacertifierad.

Hornskroken arbetar aktivt enligt Vardagas demensakademi vilket innefattar reflektionssamtal och upprättande av bemötandeplaner för personer med demenssjukdom.

Under verksamhetsåret har vi aktivt arbetat med att öka patientsäkerheten och sett till att den bedrivs enligt Vardaga riktlinjer och styrdokument. Avvikelsehanteringen är väl känd hos all personal, arbetet med att alla ska registrera och följa upp avvikelser i kvalitetsledningssystemet samt registrera förbättringsförslag pågår kontinuerligt i verksamheten.

Legitimerad personal arbetar löpande med riskanalyser, kartlagt hälsotillstånd, hälsoplaner med kopplade ordinationer och åtgärder som följs upp för utvärdering med eventuell revidering. Alla patienter har aktuella riskbedömningar, vilka följs upp på teammöten samt vid behov.

Dokumentationen sker i ParaSol och Vodok. Vodok följer det internationella dokumentationssystemet ICF. Hornskroken arbetar aktivt i kvalitetsregister såsom Senior Alert och Palliativa registret.

Hornskroken genomför i enlighet med styrdokument Vardagas egenkontroll två gånger per år. Brister som framkommit har därefter följts upp inom verksamheten.

Varje månad utförs av sjuksköterska en loggkontroll av HSL-dokumentationen. Resultaten signeras och dokumenteras på för detta avsedd blankett. Inga avvikelser har framkommit i granskningen

Egenkontroll av HSLdokumentation genomförs 2 gånger per år av sjuksköterska.

Under verksamhetsåret har tillsyn från Södermalms stadsdelsförvaltning utförts. Med anledning av rådande situation har de flesta genomförts digitalt då verksamhetschef har redogjort för arbetet i verksamheten. Hornskroken genomför Vardagas egenkontroll två gånger per år, och åtgärdar de brister och förslag som kommer upp på planerade möten.

Hornskroken har som mål att de anhöriga som vill ska få vara delaktiga i omsorgen. Vi arbetar aktivt med anhörigkontakter och är noggranna med att anhöriga ska känna sig välkomna med frågor och idéer. Anhöriga kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till respektive gruppchef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson eller verksamhetschef. Vardaga har även en Kundombudsman som anhöriga kan vända sig till.

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga.

Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokumenterna för egenkontroll och loggkontroll av hälslo-och sjukvård

Sammanfattningen bör även innehålla hur informationssäkerheten har säkerställs i verksamheten utifrån den nya författningen HSLF-FS 2016:40 om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Övergripande mål och strategier

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras

- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD (vid demens)
- Säkerställ att alla boende får en bra sista tid i livet och att alla som avlider på boendet, registreras i Palliativregistret.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamwork mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivning
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följ basal hygien i vård och omsorg

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag.

Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Verksamhetens arbete för struktur för uppföljning och utvärdering

Under 2020 har det inte varit möjligt att genomföra fysiska kvalitetsmöten i den omfattningen som normalt görs i verksamheten. Uppföljning av avvikelser har därför skett på individnivå genom kontakt med berörda medarbetare.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i Senior Alert.

Från Covid-19 pandemins start fattade företagens Krisledningsgrupp beslut om hur arbetet skulle bedrivas på central och lokal nivå utifrån Folhälsomyndigheten, Regeringen och Socialstyrelsens beslut. Kvalitetsavdelningen har haft nära samarbete med alla Sveriges regioner, smittskydd och de kommuner där företaget har verksamheter. Samverkan med läkarorganisationen har också fungerat väl. En Coronasida på intranätet upprättades direkt med gällande styrdokument, checklistor och Q&A från Kvalitet (hälso- och sjukvård), HR och inköp. Digitala informationsmöten från Kvalitetsavdelningen tillsammans med HR och inköp hölls frekvent för alla chefer och legitimerad personal för att snabbt få ut nya styrdokument och aktuell information. Information har även kommit till verksamheterna utifrån regionala beslut från respektive region/kommun.

Beslut togs tidigt om besöksförbud i verksamheterna och införande av mekanisk barriär som ett tillägg till arbetsdräkten.

I samband med pandemin utbrott har arbetssätt ändrats och utbildning har genomförts för alla medarbetare. Alla har genom utbildning i BHK samt även genomfört en självskattning till följsamheten till dessa. Resultatet av självskattningen visade på hög andel i följsamheten.

Sjuksköterskorna i verksamheten har även tagit ett ansvar för undervisning av BHK och instruerat medarbetare i hur BHK tillämpas praktiskt i verksamheten

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen har utförts vid två tillfällen under 2020 med ett snitt på 1,95. De förbättringsområden som framkommit har bearbetats i verksamheten med gott resultat.

Dagliga alternativt månatliga kontroller har genomförts i verksamheten avseende köksrutiner, brand, städning. Gruppcheferna har följt följsamheten och rapporterat avvikelser, vilka har varit lågt förekommande till antalet.

Legitimerade medarbetare har genomfört bedömningar av kvalitetsindikatorer såsom MNA, Dowton fall index, Norton och munhälsa. Dessa bedömningar har därefter jorunalförts och registrerats i Senior alert. I de fall det beödmns föreliggande risk har åtgärder satts in och följts upp.

Dödsfall har registrerats i palliativa registret.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Läkarsamverkan har varit i god. Sjuksköterskor har ett gott samarbete med patientansvarig läkare och har en kontinuerlig kontakt. Det har inte förekommit några vårdskador som lett till utredningar av stor karaktär utan har behandlats genom avvikelssystemet.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Samverkan mellan yrkesgruppen har varit god på Hornskroken. Samverkan sker främst genom teammöten och genomförs när det finns behov som identifieras av någon medarbetare. Det har under året varit en låg personalomsättning vilket innebär att medarbetarna har god kännedom om verksamheten. Detta medför också ett gott samarbetsklimat.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalyser har genomförts i verksamheten när det har behövts. Dels i samband med Covid-19 och inför sommarplaneringen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Klicka för för att beskriva hur ni arbetar med informationssäkerheten, dvs granskning av dokumentationen genom egenkontroll, kvalitetstillsyn, checklista häslo- och sjukvårdsdokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Medarbetarna registrerar i företagets kvalitetsledningssystem Q-maxit. Cheferna får meddelande per e-post om att en avvikelse har registrerats. Rehab får meddelande om fall och sjuksköterskor får aviseringar då det rör läkemedel. Allvarliga avvikelser ska rapporteras direkt till verksamhetschefen för snabba åtgärder. Vid allvarlig avvikelse meddelas uppdragsgivaren omedelbart. Blanketter för avvikelsehantering finns även tillgängliga i verksamheten i pappersform att användas i händelse av datorhaveri. Sammanställning av månadens avvikelser tas upp på kvalitetsråden. Det är alltid verksamhetschefen som avslutar en avvikelse.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Samtliga medarbetare på Hornskroken har kunskap om Vardagas rutiner för hantering av synpunkter och klagomål och sin egen skyldighet att rapportera och bidra till att åtgärda de klagomål som inkommer. Alla inkomna synpunkter och klagomål rapporteras i Q-maxit. Vid inflyttning informeras boende och närstående om verksamhetens rutin för hantering av synpunkter och klagomål och de får också information om Vardagas Kundombudsman till vilken man kan vända sig om man vill ha stöd i att få gehör för sina synpunkter på verksamheten. Skriftlig information lämnas i en välkomstmapp och är därtill anslagen i entrén samt på verksamhetens avdelningar. I entrén finns en brevlåda för möjlighet till inlämnande av synpunkter. I månadsbrevet som verksamhetschef skriver finns information om hantering av synpunkter och klagomål med som en stående punkt. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet. Verksamhetschef och legitimerad personal informeras omgående om inkomna synpunkter/klagomål. Återkoppling om vidtagen åtgärd sker alltid skyndsamt, utan fördröjning till patient, närstående eller annan ev. berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/Kvalitetsutvecklare och uppdragsgivare. Under året har inga allvarliga synpunkter eller klagomål inkommit som föranlett verksamhetschef att informera vidare till överordnad chef eller uppdragsgivare. Inga synpunkter eller klagomål gällande risker eller händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada har inkommit till verksamheten.

Inkomna synpunkter och klagomål har i de flesta fall rapporterats till verksamheten muntligt och sedan förts in i Q-maxit. Avvikelse skrivs direkt in i Q-maxit av medarbetarna.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Avvikelse har följts upp systematiskt i verksamheten. Klagomål och synpunkter har bemötts direkt genom mejl eller samtal. Vid behov har möte bokats in.

Verksamheter har granskats av Ivo i samband med covid-19 pandemi. Nedslag gjordes på Hsl-dokumentationen och handlingsplan har tagit fram i samfrån med ny utövare.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar i normala fall med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

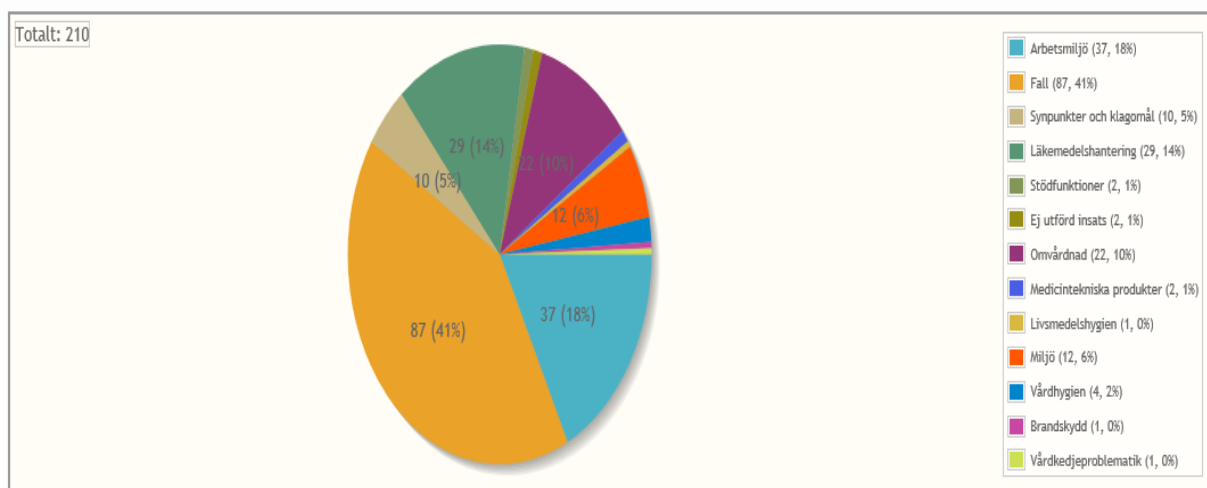
Under året 2020 har det dessvärre inte varit möjligt att bjuda in närstående till boende- och närståenderåd med anledning av besöksförbud relaterat till covid-19 pandemin. Besöksstopp infördes på Hornskroken i mars månad.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit. Totalt antal 210, varav den största andelen hör till fall 87 st 41% samt arbetsmiljö 37 st 18% därefter läkemedelshantering 29 st 14%.

Min verksamhet



Resultat 2020

Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	Att alla patienter ska ha en dokumenterad fallriskbedömning. På nyinflyttade boende ska bedömningen vara gjord inom tre dygn.	<p>Rutiner och styrdokument för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador</p>	Utgörs av aktiviteter som genomförs för att uppnå definierade mål t ex. riskanalyser (sår, fall, nutrition & munhälsa, läkemedelsgenomgångar, korrekta hygien- & klädrutiner samt riskbedömningar	41 % av avvikelserna var en fallavvikelse, ett av dessa fall har lett till fraktur hos de boende	<p>Alla patienter på Hornskroken har en aktuell fallriskbedömning.</p> <p>Nyinflyttade patienter har fått fallriskbedömning genomförd inom 14 dagar.</p>
Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande meddelandeblad och styrdokument	<p>Rutiner och styrdokument för basal hygien i vård och omsorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetens hos all personal •Handledning/utbildning • Självskattning av följsamheten 	<p>Med anledning av covid-19 pandemi har det under året genomförts e-utbildning i BHK utöver handledning från ssk.</p> <p>PPM mätning avseende hygien har genomförts med godkänt resultat.</p>	<p>Vid två tillfällen under året har det skett utbrott av covid-19. Vid ett tillfälle på våren och en gång på hösten. Vid båda tillfällen lyckades vi hålla smittan på de avdelningar där en upptäcktes. Vch fick bra stöd av smittskydd, vid omgång två.</p> <p>Ingen smitta av Calici har förekommit under året.</p>	<p>Klicka här för att ange processer kopplat till området.</p>

<p>Rapporterings-skyldighet</p>	<p>Att alla medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument</p>	<p>Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.</p>	<p>Med anledning av pandemi och riktlinjer avseende minska antal möten och mötesdeltagare har det inte genomförts möten i den omfattning som sker vanligtvis.</p>	<p>Totalt antal avvikelser är 201 st.</p>	<p>Alla avvikelser är handlagda och utredda enligt rutin.</p>
<p>Läkemedels-hantering och delegerings-processen</p>	<p>Att medarbetare:</p> <ul style="list-style-type: none"> kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt En säker läkemedelshantering 	<p>Korrekt delegeringsförfarande av leg personal</p> <p>Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshantering</p>	<p>Årlig individuell läkemedelsgenomgång som dokumenteras.</p> <p>Läkemedelsrummet följt Vardagas rutiner angående läkemedelshantering.</p> <p>Uppföljning av läkemedelsavvikelser.</p> <p>Legitimerad sjuksköterskepersonal har följt rutinen kring delegeringsförfarandet.</p> <p>Utbildning i läkemedelshantering av befintlig delegerad omvårdnadspersonal.</p> <p>Med hjälp av kunskapstest i Svenskt Demenscentrum "Jobba säkert med läkemedel" och kunskapstest "Läkemedelshantering" enligt styrdokumentet säkerställs kunskaperna hos delegerad personal</p> <p>Sjuksköterska har informerat omvårdnadspersonalen vid tillkomst av nya läkemedel</p> <p>Majoriteten undersköterskor har aktuella delegeringar som under året uppdaterats av ansvarig sjuksköterska.</p>	<p>Totalt 37 st avvikelser som rör läkemedelshantering</p>	<p>Samtliga patienter har haft en läkemedelsgenomgång under 2019.</p> <p>Nyanställd personal har löpande fått delegering och uppdateringar av delegeringar har gjorts enligt rutin.</p> <p>Fortbildning genomförts för att säkra läkemedelshantering.</p>

Trycksår	Inga nya trycksår uppkomna i verksamheten	<ul style="list-style-type: none"> Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Utbildning i sårvård Samverkan vid teammöte 	Klicka här för att ange text.	0 st trycksår har uppkommit i verksamheten under 2020	Nolltolerans mot uppkomna trycksår.
Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	<p>Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar</p> <p>Handledning/utbildning</p> <p>Egenkontroll två ggr/år</p> <p>Loggkontroller</p>	<p>Följt rutiner och riktlinjer för dokumentation.</p> <p>Genomfört egenkontroll vid två tillfällen under 2019.</p> <p>Loggkontroller genomförts 1 gång/månad.</p>	Inga anmärkningar har uppmärksammats i samband med loggkontroller	Klicka här för att ange text.
Vård i livets slut	<ul style="list-style-type: none"> En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. Dokumentera i en hälsoplan/NVP 	<p>Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut</p> <p>Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud</p> <p>Använd palliativa registret</p>	<p>Rutiner och riktlinjer följs för vård i livets slut.</p> <p>Legitimerad sjuksköterska finns dygnet runt.</p> <p>Legitimerad sjuksköterska är palliativt ombud som genomgått utbildningen</p> <p>Påbörjat större noggrannhet att dokumentera brytpunktsamtal liksom använda Abbey Pain Scale vid smärtbedömning.</p> <p>Dokumenterar enligt direktiv om palliativ vård i livets slutskede Vodok.</p>	21 dödsfall har skett och 20 av dessa har registrerats i palliativa registret.	Klicka här för att ange text.

			<p>Checklistor används såsom vänd- och munvårdsschema, vätskeregistrering vid palliativ vård i livets slutskede.</p> <p>Registrerat dödsfall i Palliativa registret.</p> <p>Erbjudit efterlevandesamtal.</p>		
<p>MNA (kost/nutrition/vikt)</p>	<p>Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning</p> <p>Nyinflyttade patienter ska bedömas inom tre dygn</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal.</p> <p>Handledning/utbildning i klinisk nutrition</p>	<p>Riskbedömningarna MNA och Norton har gjorts var 6:e månad samt vid behov av legitimerad personal.</p> <p>Nyinflyttade patienter har riskbedömts .</p> <p>Mat- och vätskeregistrering har gjorts de tre första dyggen i samband med inflytt.</p> <p>Viktmätning erbjuds var 3:dje månad eller oftare vid behov.</p> <p>Hälsoplaner har delvis upprättas med planerad uppföljning för utvärdering och ev. revidering. Uppföljning sker löpande på teammöten och givetvis också vid behov.</p> <p>Nattfastan erbjuds,registrering gjorts varje natt på varje avd. Många pat. Tackade ja och har fått soppa el. smörgås</p> <p>Dokumenterat i Senior Alert.</p>	<p>Ofrivillig viktnedgång hos 11 st boende trots insatser.</p>	<p>Alla patienter har aktuella riskbedömningar i MNA och Norton.</p> <p>Daglig kommunikation med omvårdnadspersonalen gällande insatser av olika slag då extra fokus beövts på en patients nutritionsbehov.</p>

<p>Munhälsa</p>	<p>Alla patienter ska erbjudas en god munvård</p>	<p>Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Dokumentera i Senior Alert ROAG</p> <p>Handledning och utbildning i munvård</p>	<p>Erbjudit samtliga patienter SLL:s årlig munhälsobedömning som de flesta tackat ja till.</p> <p>Efter genomförd munhälsobedömning erhålls ett munvårdskort.</p> <p>Sjuksköterskor erhåller protokoll från tandläkare/tandhygienist efter genomförd behandling.</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomfört munhälsobedömning när en ny patienten flyttat in.samt vid behov.</p> <p>Dokumenterat ROAG i Vodok och Senior Alert.</p>	<p>Samtliga patienter har en tandläkarkontakt.</p> <p>Munvårdskortet, protokoll från tandläkare/tandhygienist finns tillgängligt hos varje patienten (i dennes lägenhet) där omvårdnadspersonalen kan ta del av rekommendationer för god munvård.</p> <p>Sjuksköterskor har tillgång till Symfoni</p>	<p>Alla patienter som önskar har fått en årlig munhälsobedömning.</p> <p>Alla patienter har en vårdkontakt med tandvården.</p> <p>Alla patienter har riskbedömning ROAG i Vodok och i Senior Alert.</p>
<p>Inkontinens</p>	<p>Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat skydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt</p>	<p>Följa styrdokument och riktlinje</p>	<p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utreder och förskriver inkontinensskydd.</p> <p>Dokumenterat i Vodok enligt riktlinjer.</p> <p>Inkontinensrådet har under året haft några möten och då samlat inkontinensansvariga från respektive våning.</p>	<p>Antal förskrivna inkontinenshjälpmedel 41 st</p>	<p>Alla patienter som behöver har fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel</p>
<p>Samtycke till att registreras i kvalitetsregister</p>	<p>Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister</p>	<p>Följa styrdokument och riktlinje</p>	<p>Vid inflyttning efterfrågas samtycke att registreras i kvalitetsregister.</p> <p>Samtycket är dokumenterat i Vodok.</p>	<p>Alla patienter har ett dokumenterat samtycke.</p> <p>Palliativa registret och Senior Alert används.</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>
<p>Samarbete och intern kommunikation</p>	<p>Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för arbetssätt och informationsöverföring</p>	<p>Det är beslutat att det i verksamheten ska ske informationsöverföring genom: ATP Kvalitetsråd</p>	<p>Med anledning av covid -19 och påföljande riktlinjer och direktiv avseende att inte samla flera personer i möten har det inte ske fysiska</p>	<p>Klicka här för att ange text.</p>

		Teammöten för att skapa forum för information delning och samarbete	HSL-möte Våringsmöte Planeringsdagar Teammöten Muntliga rapporter mellan dag-, kväll- och nattpersonal. Dokumentation i ParaSol och Vodok.	möte i verksamheten utöver ett fåtal under tidig höst när smittspridningen i var på så hög nivå.	
--	--	---	---	--	--



Humana

SÖD 2021/195

Humana

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Sjöstadsgården



Humana

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	5
Koncernens ledningssystem.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	8
Riskanalys.....	8
Utredning av händelser - vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	8
Nationella register.....	9
RESULTAT OCH ANALYS.....	9
Resultat.....	9
Egenkontroll.....	11
Avvikelser.....	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Händelser och vårdskador.....	13
Riskanalys.....	13
Mål och åtgärder för kommande år.....	13



Humana

Sammanfattning

Sjöstadsgården är ett vård- och omsorgsboende med 59 vårdplatser varav 32 platser är för personer med demenssjukdom och 27 platser med somatisk inriktning. Sjöstadsgården drivs av Humana omsorg sedan 1 november 2018.

Det övergripande mål för Sjöstadsgården 2020 var att fortsätta arbetet med att implementera Humanas riktlinjer, rutiner och ledningssystem vilket är en process som pågått efter verksamhetsövergången i slutet av 2018. Ett annat stort mål var att bli Silviahems-certifierade vilket blev klart under våren 2020.

Stort fokus och mycket tid under 2020 har legat på att hantera den pandemi som drabbat oss. Det har varit ett år som krävt mycket av alla i verksamheten. Det har resulterat i att mycket fantastiskt arbete har utförts under 2020, samtidigt som en del av de saker som var planerade att utföras under 2020 inte blev utförda utan får ligga som nya mål för att om möjligt få utrymme under 2021.

För att kvalitetssäkra arbetet har Sjöstadsgården i början av 2020 infört elektronisk signering av läkemedel och under hösten har även implementering av elektroniskt planeringssystem gjorts i verksamheten.

Sjöstadsgården har även fortsatt arbeta för att utveckla en personcentrerad vård- och omsorg genom strukturerat teamarbete där registreringar och bedömningar görs i team. På Sjöstadsgården blev alla boende med samtycke registrerade i Senior Alert under 2020.

Sjuksköterska gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder. Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflytt.

Sjöstadsgården har flera BPSD-administratörer och har fler olika yrkeskategorier utbildade, registreringen görs i team. Alla boende med samtycke blev registrerade i BPSD-registret under 2020.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret. Registreringen görs och utvärderas av teamet. Resultat från Palliativa registret ligger sedan som underlag för vidare förbättringsarbete.

Läkarsamverkan sker via avtal med Capio Legevisitten där alla boende har en patientansvarig läkare. Utlagd läkarmottagning sker en gång per vecka på Sjöstadsgården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare dagtid och på jourtid kontaktas ansvarig bakjour från Capio Legevisitten.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Sjuksköterskorna har läsbehörighet i journalsystemet Take Care. Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras i Humanas avvikelssystem DF Respons.

Vi har under 2020:

- Haft stort fokus på att på bästa sätt hantera Covid-19.
- Blivit Silviahems-certifierade.
- Infört e-signering av läkemedel.
- Infört elektroniskt planeringssystem.
- Utvecklat teamarbetet.
- Verksamhetscheferna har utbildats i samtalsmetoden MI.

Mål för 2021 är:

- Fortsätta hantera den pandemi som råder med utrymme för reflektion och



Humana

återhämtning.

- Fortsätta arbetet i enighet med Silviahems-certifieringen.
- NUR-utbildning för chefer, rehabpersonal och aktivitetsansvarig.
- All legitimerad personal ska få utbildning i Risk- och händelseanalys.
- HLR- och brandutbildning för medarbetare.
- Utbilda anhörigombud och värdegrundsledare.
- HBTQ utbildning för medarbetare.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- implementera nytt ledningssystem och nytt avvikelssystem i hela organisationen
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- implementera Humanas delegeringsutbildning
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

Att de boende får en personcentrerad vård och omsorg är målet på Sjöstadsgården. Teamarbete och teamkänsla är viktigt för den personcentrerade vården. Under februari 2020 hade HSL en planeringsdag med fokus på att stärka teamkänslan, teamarbetet samt hitta en struktur för teammöten. Det var en gemensam dag tillsammans med Humans två andra äldreboenden i Stockholm, Riddargården och Åsengården. Humanas MAS Charlotte Damberg informerade om vad som var på gång i Humanas kvalitetsarbete, nya rutiner samt fanns tillgänglig för frågor. Det var även erfarenhetsutbyte mellan de olika verksamheterna och en värdegrundsuppgift. Varje verksamhet fick ta fram kvalitetsmål. På Sjöstadsgården såg man över agendan för Teammötena för att tydliggöra strukturen på mötena, vad som ska tas upp och vad omvårdnadspersonalen ska förbereda inför mötena.

För att vidare utveckla den personcentrerade vården har verksamhetscheferna på Sjöstadsgården genomgått en tre dagars utbildning i MI, motiverande samtal. Detta med



Humana

syfte att få en metod där samtalet kan motivera och stärka en person. MI bygger på ett personcentrerat förhållningssätt som används för att skapa goda förutsättningar för förändring. Metoden ger ökad förståelse för problem, motiverar personen att själv se möjligheter, vilja hitta lösningar och nå uppsatta mål.

Organisation och ansvar

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

[Årsredovisning 2020](#)
[Kvalitetsredovisning](#)

Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Sjöstadsgården: Charlotte Damberg

Verksamhetschefer, Sjöstadsgården: Jeanette Stenberg & Pontus Svanamo

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2: Louise Lundqvist & Liselotte von Wachenfeldt

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3: Therese Langen

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 4: Gunlög Skaraas

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 5: Sofia Nyberger

Resurssjuksköterska Sjöstadsgården: Yasaman Mojaverian

Arbetsterapeut, Sjöstadsgården: Frida Nauren

Fysioterapeut, Sjöstadsgården: Nalle Wernqvist

Sjöstadsgården har kvalitetsråd och kvalitetsombud. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppleddare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Koncernens ledningssystem

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa



Humana

Parus ledningssystem

Samverkan för att förebygga vårdskador

Sjuksköterska på Sjöstadsgården samverkar med patientansvarig läkare från Capio Legevisitten. Sjöstadsgården har bytt patientansvarig läkare under 2020. En god patientkännedom och kontinuitet i läkarkontakten är en viktig delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i läkaravtal med Capio Legevisitten. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på torsdagar. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystemet Vodok. Alla nyinflyttade boende signerar medgivande blankett, utfärdad av Capio Legevisitten som underlag att patientansvarig läkare kan ta med sig journalkopior till boendet.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Capio Legevisittens bakjour.

Sjuksköterska är på plats varje dag kl. 07-17. Övrig tid finns joursjuksköterska tillgänglig. Organisationen för sjuksköterska på jourtid är Vårdliljan som finns tillgänglig kväll och natt.

Ibland behöver boende skickas in akut eller för planerad inläggning på sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal, remiss, aktuell status, läkemedelslista och anhörigkontakt.

Multiprofessionella teammöten sker varannan veckan våningsvis där Senior Alert och BPSD följs upp. Multiprofessionella teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. På avdelningarna för personer med demenssjukdom finns flera utbildade BPSD-administratörer.

Tandvård utförs i samverkan med Oral Care.

Medicinsk fotvård utförs på remiss från läkare i samverkan med Måsens fotvård.

Patienters och närståendes delaktighet

Boende informeras i god tid om planerade årliga läkarbesök och närstående erbjuds närvara vid besök om den boende önskar. Om den närstående inte har möjlighet att delta har de möjlighet att lämna synpunkter eller frågeställningar, i första hand till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Närstående informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd och vid brytpunkter. När en ny boende flyttar in tillfrågas alltid boende vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om man kan ringa oavsett tid på dygnet. Detta dokumenteras på huvudbild i den boendes omvårdnadsjournal.

Vid inflytt och vid fortsatt kontakt uppmuntrar vi på Sjöstadsgården närstående till delaktighet i vården som rör den boende.

Då det under stor del av 2020 varit besöksstopp och besöksförbud har det varit mer utmaningar med att få den närstående att känna sig delaktig, men genom telefon och andra digitala kommunikationshjälpmedel har det ändå fungerat bra. Under 2020 har det på Sjöstadsgården på grund av Covid-19 inte varit några närståendeträffar. Då fysiska träffar inte varit möjligt har det skickats ut närståendebrev till närstående tättare och mer utförligt



Humana

för att säkerställa att närstående och boende får ta del om vad som händer och ge en möjlighet till delaktighet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

På Sjöstadsgården rapporterar all HSL-personal sedan juni 2019 fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. Innan DF Respons infördes skrevs avvikelser på pappersblankett. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelsernas ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Under 2020 har vi på Sjöstadsgården inte haft några allvarliga händelser/vårdskador.

Klagomål och synpunkter

För att kunna nå ut till boende och närstående går vi varje månad ut i närståendebrevet om var de kan vända sig med sina synpunkter.

För att göra det mer synligt att vi önskar få in vad våra boende och närstående tycker om oss har vi satt upp folders synligt och lättillgängligt där de kan fylla in sin synpunkter och lämna in till oss.

I välkomstmappen som delas ut till boende vid inflytt informerar vi om synpunkter och klagomål. Kontaktpersonen gör även en muntlig information i samband med inflytt.

Alla klagomål och synpunkter som kommer in ska registreras i Humanas avvikelssystem DF Respons. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande för vidare åtgärder. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

De flesta klagomål och synpunkter under 2020 berörde Covid-19, framför allt besöksförbudet.

Egenkontroll

Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten för att säkerställa att den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

Under 2020 har boende fått möjlighet att svara på enkäten från Socialstyrelsen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Sjöstadsgårdens resultat för 2020 är svårt att jämföra med resultat tidigare. Detta då frågorna kom när äldreomsorgen var påverkad av pandemin. Det var besöksförbud som gjorde att närstående inte kunde vara behjälpliga med att svara i samma utsträckning som tidigare. Detta resulterade i att vi på Sjöstadsgården, på grund av



Humana

för lågt deltagande, inte fick några resultat från demensenheterna. Det resultat som presenteras är från de somatiska avdelningarna, där det även om deltagandet var lågt gick att få ett resultat på de flesta frågor. Resultatet tros dock vara påverkat av hur situationen var. Särskilt då det var de somatiska avdelningarna på Sjöstadsgården som just då var drabbade av Covid-19.

Fall- och läkemedelsavvikelser dokumenteras av hälso- och sjukvårdspersonal i Humanas avvikelssystem DF Respons sedan juni 2019. Från övergången till Humana november 2018 till DF Respons startade skrevs avvikelserna i pappersform samt i Vodok.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Risikanalyser

På Sjöstadsgården görs riskanalyser fortlöpande där det kan finnas risk för att händelse kan inträffa som kan medföra brist eller inför anpassningar som ska göras. Riskanalyser görs tvärprofessionellt med de det berör. Ledningsgrupp, samverkan med skyddsombud eller med boende och närstående är exempel på forum riskanalysen görs. Under Covid-19 och särskilt kring det rådande besöksförbud har riskanalyser gjorts kontinuerligt.

Nyinflyttade boende riskbedöms inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. Sjuksköterska gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi gör riskbedömningar på alla boende och använder oss då av bedömningsinstrumenten i kommunens journal system Vodok och Senior alert.- Fall- Trycksår- Nutrition- ROAG samt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och välbefinnande. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör skattningar enligt MNA, Norton och DFRI innan. Kontroller av vitala parametrar görs. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utvärderar vid behovs läkemedels användning under tiden och om det visar sig att vid behovs läkemedel inte använts på länge sätts medicin ut av läkare. Provtagningar ordinerar och följs upp.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta eftersom personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare.

Utredning av händelser - vårdskador

Under 2020 har Sjöstadsgården inte haft någon allvarlig avvikelse som lett till anmälan enligt Lex Maria.

Informationssäkerhet

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Nya projekt för att byta ut äldre system har påbörjats under året och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har införts. Föregående års inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-stegs inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp



Humana

ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

I Humanas svenska verksamheter har åtta personuppgiftsincidenter anmälts till Datainspektionen, av dessa har endast en rört hälso- och sjukvård. Datainspektionens beslut i ärendet var att de avslutar ärendet utan vidare åtgärd.

Arkivering och gallring

Patientjournaler förvaras i strukturerad ordning (både analogt och digitalt) så dessa är sökbara och tillgängliga under den tid de ska bevaras. Äldre journaler som uppnått gallringsbar ålder har under året gallrats.

Nationella register

På Sjöstadsgården registrerar vi boende i flera nationella register. Det är:

-Senior Alert

-Svenska Palliativregistret

-BPSD-registret

I Senior Alert riskbedöms den boende och följs upp av team vid teammöte. I Svenska Palliativregistret registreras och används resultatet i förbättringsarbete. I BPSD-registret registreras alla boende med samtycke av BPSD-administratörer och följs upp av teamet vid teammöten.

RESULTAT OCH ANALYS

Resultat

- Under 2020 har Sjöstadsgården arbetat för att fortsätta utveckla den personcentrerade vården. Sjöstadsgården har under 2020 blivit Silviahems-certifierade vilket varit ett sätt att öka kunskap och förståelse för vikten av att arbeta personcentrerat med fokus på den boende.
- Stor vikt har varit på teamarbetet som en viktig del där alla professioners medverkan i teamet kring den boende är med för att säkerställa en personcentrerad vård- och omsorg av hög kvalitet. Arbete med BPSD-registret och Senior alert har under 2020 haft fokus på att registrering görs i team och att åtgärder som bestäms dokumenteras och följs upp i den boendes genomförandeplan.
- Registrering i Svenska Palliativregistret har gjorts i team vilket var ett mål för 2020.
- E-signering för läkemedel har implementerats under 2020. Detta för en säkrare läkemedelshantering. Elektronisk signering ska ge en tryggare och säkrare signering med påminnelser och tydlighet för delegerad omvårdnadspersonal vid läkemedelshantering.
- Handledning har, när det på grund av Covid-19 fungerat att träffas i grupp, erbjudits personalen på Sjöstadsgården under 2020 med mål att ge personalen de verktyg de behöver för att kunna erbjuda den boende den omvårdnad de önskar.
- Kostombuden har arbetat vidare med fokus för en personcentrerad måltid och har under 2020 etablerat bytet av matleverantör som i slutet av 2019 byttes till Humanas eget köksleverantör Dados kök i Humana Kungsängen. Detta arbete kommer fortsätta under 2021.



- Stor del av arbetet under 2020 har präglats av Covid-19 och allt vad det medfört vilket gör en del som var planerade att utföras i årshjulet 2020 fått skjutas upp till 2021.

Under 2020 har boende fått möjlighet att svara på enkäten från Socialstyrelsen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?". Sjästadsgårdens resultat för 2020 är svårt att jämföra med resultat tidigare. Detta då enkäten kom när Sjästadsgården och äldreomsorgen hade påverkan av pandemin. Det var besöksförbud som gjorde att närstående inte kunde vara behjälpliga med att svara i samma utsträckning som tidigare vilket resulterade i att vi på Sjästadsgården, på grund av för lågt deltagande, inte fick några resultat från demensheterna. Det resultat som presenteras är från de somatiska avdelningarna, där det även om deltagandet var lågt gick att få ett resultat på de flesta frågor. Resultatet tros dock vara påverkat av hur situationen var just då. Särskilt då det var de somatiska avdelningarna på Sjästadsgården som under denna tid var drabbad av Covid-19.

Av de som svarat var det 78% procent som är sammantaget nöjd med sitt boende. Frågorna kring måltid hade ett lågt resultat och är något som kommer att ses som förbättringsområden inför 2021. Att kunna påverka tiden man får hjälp förväntas bli bättre med hjälp av det elektroniska planeringssystem som har implementerats under hösten 2020, där insatser planeras efter den boendes önskemål. Upplevelsen av ensamhet är något som påverkats negativt på grund av det besöksförbud som råder under pandemin och då man på grund av smittspridning inte kan ha gemensamma aktiviteter som tidigare. Detta har under 2020 uppmärksammats och ett arbete med att försöka hitta sätt för den boende att vara delaktig och få en känsla av sammanhang med mindre och enskilda aktiviteter som planeras in efter behov och intressen har påbörjats.

Frågor	Resultat 2019	Resultat 2020
Boendemiljö: Fick du plats på det äldreboende du ville bo på?	91%	86%
Boendemiljö: Trivs du med ditt rum eller lägenhet?	79%	67%
Boendemiljö: Är det trivsamt i de gemensamma utrymmena?	78%	50%
Boendemiljö: Är det trivsamt utomhus runt ditt boende?	76%	För få svarande
Mat och måltidsmiljö: Hur brukar maten smaka?	69%	22%
Mat och måltidsmiljö: Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?	68%	44%
Hjälpens utförande: Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?	91%	78%
Hjälpens utförande: Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar?	50%	25%
Hjälpens utförande: Brukar du kunna påverka vid vilka tider du får hjälp?	47%	43%
Bemötande: Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?	96%	78%



Frågor	Resultat 2019	Resultat 2020
Bemötande: Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?	88%	78%
Trygghet: Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?	92%	50%
Trygghet: Känner du förtroende för personalen på ditt äldreboende?	92%	50%
Sociala aktiviteter: Hur nöjd eller missnöjd är du med de aktiviteter som erbjuds på ditt äldreboende?	74%	För få svarande
Sociala aktiviteter: Är möjligheterna att komma utomhus bra eller dåliga?	63%	För få svarande
Sociala aktiviteter: Händer det att du besväras av ensamhet?	38%	25%
Tillgänglighet: Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	86%	86%
Tillgänglighet: Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?	61%	För få svarande
Tillgänglighet: Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende, vid behov?	75%	75%
Hjälpen i sin helhet: Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende?	92%	78%
Hjälpen i sin helhet: Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet?	35%	33%

Egenkontroll

Egen-/internkontroller utförs som en del av vårt systematiska kvalitetsarbete och kontrollerna ligger i vårt kvalitetsledningssystem PARUS:s årshjul. Under 2020 fattades ett beslut att egenkontroller fick prioriteras ner till förmån för det förebyggande och pågående arbetet av Covid-19 i verksamheten.

Årets kontroller har påverkats av Covid-19, stort fokus har varit på egenkontroller av hygienrutiner och vissa kontroller som var planerade har fallit bort på grund av att externa besök ej varit möjligt.

Egen-/internkontroller 2020

- Social dokumentation
- HSL-dokumentation
- Basal hygien
- Aktiviteter



Humana

- Trycksår
- Nattfasta
- Narkotikahandtering (ansvarig sjuksköterska varje månad)

Avvikelser

Under 2020 har vi inte haft några allvarliga vårdhändelser som lett till anmälan - Lex Maria. Alla avvikelser rapporteras in i Humanas avvikelssystem DF respons.

Avvikelserna tas upp och går igenom på kvalitetsråd en gång i månaden där representant från HSL, kvalitetsombud, gruppleddare och verksamhetschef deltar. Resultat från kvalitetsråd tas sedan upp på nästkommande APT.

Avvikelser

Avvikelsekategori	Ack. Utfall 2019	Ack. utfall 2020
Fall	94	110
Läkemedelshandtering	45	57
Medicinteknik och hjälpmedel	6	4
Dokumentation, dokumentationshandtering	2	1
Hot, våld och trakasserier	-	5
Livsmedelshandtering	5	-
Utförande, omsorg, behandling, stöd	9	17
Information, kommunikation, samverkan	2	6
Miljö	-	1
Annan	13	16

Frågor	Ack. Utfall 2019	Ack. Utfall 2020
Utredning enl Lex Sarah	0	0
Anmälan enl Lex Sarah	0	0
Utredning enl Lex Maria	0	0
Anmälan enl Lex Maria	0	0

Jämförelse av 2020 med 2019 påverkas av att det under 2019 byttes avvikelssystem. Det vi kan se för 2020 är att den största orsaken till avvikelse är fall, efter det kommer läkemedel vilket stämmer överens med resultatet för 2019. Det finns inga rapporterade Lex Sarah eller Lex Maria.

Utredning och anmälan

Signering av läkemedel kontrolleras av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras. Implementering av e-signering av läkemedel har gjorts under 2020.



Humana

Klagomål och synpunkter

För att kunna nå ut till boende och närstående går vi varje månad ut i närståendebrevet om var de kan vända sig med sina synpunkter.

För att göra det mer synligt att vi önskar få in vad våra boende och närstående tycker om oss har vi satt upp folders synligt och lättillgängligt där de kan fylla i sina synpunkter och lämna in till oss.

I välkomstmappen som delas ut till boende vid inflytt informerar vi om synpunkter och klagomål. Kontaktpersonen gör även en muntlig information i samband med inflytt.

Under 2020 har de synpunkter som inkommit till stor del varit relaterade till Covid-19. Det har handlat om besöksförbud och andra frågor kring Covid-19 som uppstått. Enskilda synpunkter har berört enskilda fall och behandlats och återkopplats till de inblandade.

Händelser och vårdskador

Under 2020 har vi inte haft någon allvarlig avvikelse som lett till anmälan enligt Lex Maria

Risikanalyser

Risikanalyser görs kontinuerligt på Sjöstadsgården vid förändringar som kan påverka verksamheten. Risikanalyser har gjorts kontinuerligt under Covid-19. Risikanalyser påbörjades på Covid-19 i februari 2020 på uppdrag av Humanas MAS. Detta för att vara förberedd, följa och bedöma de risker som uppkom. Humana och Sjöstadsgårdens arbete inför en eventuell pandemi var redan igång när regeringen tog beslutet om besöksstopp och införde restriktioner.

Flertal riskanalyser har gjorts i och med Covid-19:

- Bemanning och prioriteringsordning.
- Säkra besök.
- Externa besök till boendet av t.ex. munvård, fotvård och service.
- Aktiviteter.
- Arbetsmiljö.
- In- och utflytt av nya boende.
- Bedömning av att göra avsteg från besöksförbud.

En Kontinuitetsplan för Humanas äldreomsorg med anledning av Covid-19 togs fram. Man såg då en viss risk med att ordinarie personal har stundtals hög sjukfrånvaro i och med givna riktlinjer. Detta har gått att lösa genom att anställa fler medarbetare.

Risikanalyser på boende utifrån bedömningsinstrument dokumenteras med åtgärder och resultat i HSL-journal och följs utifrån rutin. Risikanalyser har gjorts på boende som visat avvikande beteenden såsom utåtagerande och oroliga där åtgärder tagits för att förebygga och bemöta beteendet där vi arbetar med BPSD-registrering och bemötandeplaner som en åtgärd. Risikanalyserna har gjorts i teamet kring boende och följts upp enligt uppföljningsplan.

Mål och åtgärder för kommande år

Sjöstadsgårdens övergripande mål för 2021 är att de boende får en personcentrerad vård och omsorg. Stort fokus kommer även 2021 vara att arbeta med att hantera och förhoppningsvis besegra den pandemi som råder.



Humana

Sjöstadsgården kommer dessutom under 2021:

- Aktivt arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi, med en personcentrerad vård i fokus.
- NUR utbildning för chefer, rehabpersonal och aktivitetsansvarig.
- Utbildning i Risk- och händelseanalys för all legitimerad personal.
- HLR-utbildning till alla medarbetare.
- Brandutbildning till alla medarbetare.
- Utbilda anhörigombud.
- Utbilda värdegrundsledare.
- HBTQ utbildning för alla medarbetare.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Norlandia Care Kosmo AB Dagverksamhet Södermalm

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet
Carin Johansson
Verksamhetschef
2021-02-15

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Uppföljning genom egenkontroll	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	8
Informationssäkerhet.....	9
Mål och strategier för kommande år	10

Sammanfattning

Norlandia Sverige erbjuder individanpassade och kvalitativa tjänster inom äldreomsorg, förskolor och patienthotell på den svenska marknaden. Sedan 2014 driver Norlandia Sverige de fyra dagverksamheternas Grindstugan, Guldägget, Pärlan och Magda på uppdrag av Södermalms stadsdelsförvaltning i Stockholm. Verksamheterna vänder sig till personer över 65 år som bor hemma, har en demensdiagnos eller är under pågående minnesutredning. Totalt har vi 68 platser, och i genomsnitt ca 120 gäster inskrivna. Verksamheten är öppen för våra gäster mellan 9.00-15.00, alla vardagar.

Bemötandet av personer med demenssjukdom är en av de viktigaste delarna i vårt arbete. Vi arbetar ständigt med att fördjupa vår kunskap om demenssjukdom. Vår hälso- och sjukvårdsansvariga (HSL) sjuksköterska är tillika Silvia-sjuksköterska. Under 2020 har personalen genomgått utbildningar inom modellen Stjärnmärkt via Svenskt Demenscentrum. Verksamheterna blev stjärnmärkta i början på 2021

Under 2020 har vi haft mycket fokus på Pandemin. På verksamheten gjordes tidigt en genomgång av åtgärder för att förhindra smittan. Införde daglig extra städning samt avtorkning av tagytor med ytdesinfektion. Nya rutiner när gäster kommer och går, ombyte på flera ställen, ommöblering och glesare sittning vid matbord. Försök till att hålla avstånd vid aktiviteter och samvaro. Från december 2020 bär personal visir samt munskydd vid nära kontakt med gäster. Personal genomförde webbutbildningar i Basala hygienrutiner samt Covid-19 samt fått handledning av Verksamhetschef.

Användningen av Norlandias kvalitetsledningssystem TQM (Total Quality Management) gör att uppföljningen och egenkontrollen förstärks och utvecklas och att alla former av avvikelser rapporteras och följs upp. Egenkontroller dokumenteras i TQM som förbättringsförslag.

Risken för vård-skador förebyggs genom ett nära samarbete med andra aktörer som vi samverkar med; hemtjänst, vårdcentraler, distriktssköterskor, anhöriga och bolag som är ansvariga för gästernas resor. Även synpunkter och klagomål följs upp i TQM.

Vi har löpande under året ett nära samarbete med anhöriga i olika former främst, stödsamtal och dagliga löpande kontakter gästens kontaktman. På grund av Pandemin har vi inte kunnat genomföra några anhörigträffar. Den dagliga kontakten har därför blivit mycket viktig. Kundnöjdheten kan utläsas i den årliga brukarundersökningen där dagverksamheterna hade en förbättrad kundnöjdhet från snitt 95% till snitt 96%

Övergripande mål och strategier

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

Vårt mål är att erbjuda våra gäster en meningsfull och stimulerande dag, att ge både gäster och anhöriga stöd i det som är svårt i vardagen. Men också att ge anhöriga avlastning och förlänga möjligheten för våra gäster att bo kvar i hemmet. Ett gott liv varje dag. Vi är lyhörda och hittar flexibla lösningar anpassade till varje enskild individ. Bra samarbete med uppdragsgivare och efterlevnad av lagar och allmänna riktlinjer är grundläggande för vår verksamhet. Kvalitet och därmed patientsäkerhet uppstår i mötet mellan medarbetare och våra gäster och är en kärnfunktion med ömsesidigt förhållande mellan tydliga värderingar, professionella chefer och bra system. Under 2020 har vi arbetat med att implementerat arbetsmetoder för att säkerställa arbete enligt de Nationella Riktlinjerna för demensvård. Modellen för detta är Stjärnmärkt arbetsplats.

Våra kvalitetsmål för 2020 var:

96 % kundnöjdhet – mäts genom Stockholms Stads brukarundersökning av dagverksamheterna.

95 % medarbetarnöjdhet – mäts via medarbetarundersökningar

94 % Lång- och korttidsfrånvaro (varav 97% korttidsfrånvaro)

Utfallet för 2020 var

96 % kundnöjdhet – mäts genom Stockholms Stads brukarundersökning av dagverksamheterna.

85 % medarbetarnöjdhet – mätning gjord via medarbetarundersökning jan 2020

91,7 % Lång- och korttidsfrånvaro (varav 94,3% korttidsfrånvaro)

Våra målsättningar säkras genom systematiskt kvalitetsarbete enligt ISO standard.

- Alla avvikande händelser, tillbud och förbättringsförslag registreras i vårt ledningssystem TQM (Total Quality Management) och hanteras professionellt och enligt fastställda tidsfrister. Årlig översyn av vårt kvalitetsledningssystem, inkl. revidering av mål och övergripande policy
- Proaktiv uppföljning av riskområden.
- Systematiskt arbetsmiljöarbete som beskrivs i separat arbetsmiljöpolicy. Vad gäller arbetsmiljön så arbetar vi aktivt med åtgärder för att minska risker för skador på människor och miljö. Samtliga chefer har aktuell fördelning av arbetsmiljöuppgifter, och därmed kunskap om lagar och förordningar samt centrala rutiner för att driva ett aktivt systematiskt arbetsmiljöarbete. Vissa medarbetare har fördelning av arbetsmiljöuppgifter med uppdrag att bland annat kunna hjälpa kollegor med prioritering av arbetsuppgifter samt bemanna med extra personal om behov uppkommer

Årliga mätningar av kund och medarbetarnöjdhet genom:

- Utvärdering av undersökning och kvantifiering av mål.
- Aktivt uppmuntra till kontinuerlig feedback på våra genomförda arbetssätt och insatser. Förstärka det vi gör bra och korrigera vid behov.

Organisation och ansvar

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

Koncernledningen ansvarar för att fastställa samt årligen revidera övergripande mål. Första linjens chefer ansvarar för att sätta upp mål för sin verksamhet, vilka ska vara förenliga med övergripande målen.

Koncernens centrala kvalitetsteam som leds av kvalitetschef beslutar om centrala rutiner, uppföljning av processer samt revisioner gällande ledningssystemet. Region Stockholms MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) beslutar om nödvändiga riktlinjer för hälso- och sjukvården verksamheten och följer upp att de efterlevs.

Verksamhetschefen (första linjens chef) har även det löpande ansvaret för

- att verksamheten uppfyller processer och centrala rutiner samt de krav MAS ställer
- att verksamheten arbetar utifrån ledningssystemets processer och rutiner samt följer avtalet och stadens krav.
- att personalen har rätt kompetens
- risk och preventionsbedömningar.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

- När en gäst börjar på dagverksamhet utses kontaktman som bjuder in till ett första möte, antingen i form av ett besök på verksamheten, eller som ett hembesök. Vid detta tillfälle bekantar man sig med varandra och kontaktmannen informerar om verksamheten, och delger viktig information om verksamheten, och gästen får berätta om vad som är viktigt för honom/henne. Många gånger är anhörig/god man eller representant från hemtjänst med vid detta möte första möte.
- Kontaktman informerar om den nya gästen för övrig personal, detta sker vid det dagliga planeringsmötet i teamet. Biståndsbeslut är underlag.
- Resor till och från dagverksamheten med aktuellt transportbolag beställs via den stadsdelsförvaltning/kommun som gästen tillhör. Under pandemin har teamet på dagverksamheten uppmärksammat behov av att gäst reser ensamma i taxi vilket nu sker i större grad.
- Kontaktman upprättar genomförandeplan (SoL) inom 15 dagar. Genomförandeplaner samspelar med hälso- och sjukvårdsinsatser som påverkar gästens insatser som utförs av omsorgspersonalen.
- Verksamheten har sjuksköterska knuten till sig, vardagar mellan 09:00-15:00.
- För många av våra gäster har vi ett nära samarbete och löpande kontakter med gästens hemtjänst, Vårdcentral och distriktssköterska.
- HSL-journal upprättas för de gäster som har HSL insatser under den tid de vistas på verksamheten. I de flesta fall är det läkemedel som ska ges. Sjuksköterska ansvarar för att signeringslista upprättas för de gäster där detta är aktuellt. och Läkemedelslista upprättas av respektive vårdcentral. Under 2020 var det 3 gäster som hade denna insats på Grindstugan. Vi hade under året i genomsnitt ca 120 gäster inskrivna.

-
- Sjuksköterskan är utbildad Silviasjuksköterska
 - All ordinarie personal som är undersköterskor har aktuella delegeringsbeslut för läkemedelsgivning. Under 2020 hade fem personal på Grindstugan delegering i att ge läkemedel.
 - Sjuksköterskan kontaktas då någon form av HSL relaterad avvikelse inträffar som t.ex. fall, eller annat akut tillstånd inträffar för någon av gästerna. Sköterskan ger råd per telefon, och kan vid behov inställa sig i verksamheten inom 30 minuter.
 - Sjuksköterska har även en viktig handledande roll vad gäller HSL frågor för övrig personal.
 - Andra övriga mer individuella HSL insatser kan genomföras av gästens egen distriktssköterska som då kommer till verksamheten för att utföra detta.
 - År 2020 var cirka 85 % av ordinarie personalen undersköterskor, flertalet med påbyggnadsutbildning i demens, samt lång erfarenhet av arbete på dagverksamhet. Övrig personal har gymnasieutbildning till vårdbiträde. En personal har under 2020 utbildats till stjärninstruktör via Svenskt demenscentrum
 - Sex av personalen är utbildade BPSD administratörer dvs cirka 40 % av ordinarie personal.
 - Under hösten 2020 genomförde all personal de fyra stegen inom stjärnmärkt. Verksamhetschef deltog även i detta.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Inom dagverksamhet är det ovanligt med vårdskador. Vi är del av ett större sammanhang med andra aktörer inblandade så arbetar vi konkret i det dagliga med att samverka med dessa aktörer för våra gästers bästa. Dessa är hemtjänst, anhöriga, vårdcentral och distriktssköterska. Misstänker vi eller upptäcker något hos enskild gäst så agerar vi och tar nödvändiga kontakter samt rapporterar i vårt kvalitetsledningssystem TQM enligt gällande rutin. Under 2020 har vi upptäckt en händelse där en gäst hade stort behov av fotvård vilket förmedlades vidare till ansvarig distriktsjuksköterska.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Omsorgen på Dagverksamheterna styrs genom ett personcentrerat arbets- och förhållningssätt. Gästens behov och intresse är i fokus där vi involverar gästerna i hur dagens aktiviteter och dag ska se ut. Vi har en nära kontakt med anhöriga efter samtycke från gästen, detta uppdrag ligger i rollen som kontaktman. Anhöriga behöver många gånger stöd, råd och förståelse för att orka hantera sin tunga roll. Under Pandemin har kontakten med anhöriga varit främst via telefon och SMS. Den anhörige styr själv hur kontakten ska tas, vissa anhöriga har kontakt dagligen med kontaktmannen. I organisationen har vi en personal som agerar som anhörigombud. Anhörigombudet samverkar med stadsdelen samt stödjer och säkerställer tillsammans med verksamhetschef hur verksamheterna arbetar med anhörigstöd.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

Alla typer av avvikelse och förbättringsförslag dokumenteras i Norlandias kvalitetsledningssystem TQM (Total Quality Management). All personal har behörighet till systemet och ska använda det som ett naturligt verktyg i det dagliga arbetet. Är det en allvarlig HSL avvikelse rapporteras detta till MAS, och en utredning startas.

Under 2020 har det registrerats

- 14 avvikelser som avser 15 gäster där gäst kom sjuk till verksamheten och blev hemskickad pga misstanke Covid.
- 8 avvikelser inom processen ”trygghet och säkerhet/fall”. Ett fall resulterade i fraktur.
- 2 avvikelser inom processen ”trygghet och säkerhet”. 1 gäst som gått till verksamheten från Enskede samt 2 avvikelser där två gäster avvikit från gruppen vid utflykt samt en avvek från annan utflykt
- 1 avvikelse där vi upptäckt missköta fötter och tånaglar

Under 2020 hade vi inte någon smittspridning på verksamheterna. Däremot hade vi cirka 15 gäster som kom till verksamheterna med olika symptom relaterade till Covid. Det skedde inte någon smittspårning under början av pandemin. Oklart hur många gäster som drabbades av Covid-19, vi känner till totalt cirka 8-10 gäster. Flera gäster har varit hemma, pausat eller varit sjuka. Gäster som kommit sjuka till verksamheten har isolerats i ett rum i avvaktan på transport hem. Dialog med hemtjänst om att de ska kontrollera så att de inte skickar en gäst med symtom till dagverksamhet.

Med våra rutiner gällande förebygga att gäst avviker har det under året inträffat två tillfällen då en gäst avvikit för en kort stund under utevistelse, Gästerna har inte tagit skada. Varje gäst riskbedöms samt handlingsplaner upprättas vid behov.

Klagomål och synpunkter

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

Alla medarbetare har kunskap om Norlandias hantering av synpunkter och klagomål. Det är en del av TQM. Alla har ansvar att rapportera detta. Synpunkter klagomål och förbättringsförslag är en del i det ständiga kvalitetsarbetet. Under 2020 har inga klagomål på verksamheten inkommit. Positiva synpunkter har under året i större utsträckning registrerats i TQM.

Under året har vi registerat 13 positiva synpunkter från gäster och anhöriga. Gäster ger dagligen positiv feedback till personal. Dessa handlar om: att de tycker om personalen, att de känner sig trygga, att de tänker på verksamheten och vill komma fler dagar, dagverksamheten ”är en miljö som lugnar problem som är svåra att hantera”, vi skulle inte klarat oss utan er etc. Av och till får vi in positiva brev och mail från anhöriga.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Verksamheten använder sig av en månadsuppföljningsmall där vi registrerar

de egenkontroller som utförs.

Aktuella egenkontroller är granskning varje månad 10 % av alla genomförandeplaner, antal fall, livsmedelshygien, läkemedelsavvikelser, avvikelser och synpunkter, självskattning basala hygienrutiner, skydd och begränsningsåtgärder.

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Verksamheten arbetar enligt BPSD sedan en tid tillbaks. Under 2020 har fokus varit att hantera Pandemin samt att implementera arbetssätt enligt Nationella riktlinjer för demenssjukvård med modellen Stjärnmärkt arbetsplats.

På verksamheten gjordes tidigt en genomgång av åtgärder för att förhindra smittspridning av Covid-19. Införde daglig extra städning samt avtorkning av tagytor med ytdesinfektion. Nya rutiner när gäster kommer och går, ombyte på flera ställen, ommöblering och glesare sittning vid matbord. Försök till att hålla avstånd vid aktiviteter och samvaro. All personal genomförde webbutbildningar i Basala hygienrutiner samt Covid-19 och skyddsutrustning, verksamhetschefen handledde även i detta. Från december 2020 bär personal visir samt munskydd vid nära kontakt med gäster. Riskbedömning av detta är gjord. Verksamhetschef medverkade i regionens krisgrupp och fick daglig information om åtgärder samt beslut enligt myndigheternas krav.

Verksamheten har haft tillgång till skyddsmaterial. Gäster som kommit sjuka till verksamheten har isolerats i ett rum i avvaktan på transport hem. Dialog med hemtjänst har förts om att de ska kontrollera så att de inte skickar en gäst med symtom till dagverksamhet.

Under hösten 2020 har verksamhetens personal inklusive nuvarande verksamhetschef genomgått utbildningar och reflektioner enligt modell Stjärnmärkt. Detta är en modell med syfte att ge kunskap och verktyg för att utveckla det personcentrerade arbetet på arbetsplatserna. En personal har utbildats till stjärninstruktör som sedan tillsammans med annan stjärninstruktör i företaget har utbildat all personal på Dagverksamheterna i modellen. Verksamheterna blev klara och har nu fått sina diplom om att de är stjärnmärkta arbetsplatser.

Fysisk aktivitet för att bibehålla funktioner och förebygga fall: Vi arbetar med *Träning på Recept*. Så här beskriver de själva sin verksamhet: ” Vi har som ambition att göra det möjligt att träna för att optimera hälsan oavsett ålder, var man bor, kunskap, aktuellt hälsotillstånd och funktion. Detta gör vi genom våra digitala, individanpassade träningsprogram med videor för träning i förebyggande syfte samt medicinsk träning för maximal behandlingseffekt.”

Träningsprogram, speciellt framtagna och anpassade till målgruppen visas på storbilds-TV framför deltagarna, främst på Grindstugan och Magda. Träningen innehåller tydliga instruktioner som samtidigt visas på bild vilket underlättar för gästerna att ta till sig programmet och utföra rörelserna på ett säkert sätt. En medarbetare deltar tillsammans med gästerna för att ytterligare underlätta och stödja de som har behov. Frekvensen varierar beroende på gästernas önskemål från ett par dagar till varje dag i veckan. Gästerna uppskattar denna aktivitet mycket.

För de gäster som är fysiskt pigga och som vill vara ute och röra på sig genomförs dagliga promenader, ofta tillsammans med ett utflyktsmål. Verksam-

heterna Pärlan och Guldägget är alltid ute oavsett väder. Magda och Grindstugan erbjuder dagligen och genomför uteaktiviteter regelbundet.

Riskanalys

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

Inom 14 dagar, i samband med att genomförandeplan upprättas, ska även en riskbedömning för ny gäst upprättas. Vi använder oss av en blankett ”Riskbedömning för den enskilde” som finns i vårt ledningssystem. Riskbedömningen omfattar analys om: Hot, Våld, Självskadebeteende, Sexuellt utåtagerande som kan drabba annan person, Suicid, Smittsamma sjukdomar, Missbruk, avviker från verksamheten, risk att gästen dricker farliga/giftiga ämnen, brand.

Den risk som i många fall kan vara angelägen att förebygg är att om ”en gäst bedöms kunna avvika från verksamheten”. Därför har vi extra fokus på detta och ur det ska förebyggas och åtgärdas i våra egna lokala rutiner. Särskilt är detta i fokus under sommartid då många vikarier är i tjänst.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Lokal rutin finns för när och hur sjuksköterska ska kontakta. I de fall som kräver kontaktas även primärvården.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Frågeställning	2020
Lex Maria	0
IVO ärenden	0
Ärenden patientnämnden	0
Lex Sarah	0
Vinterkräksjuka	0
Gäst avviker	2

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvården

Frågeställning	2020
Utebliven dos	0
Dubbel dos	0
Felaktigt iordningställande	0
Förväxling	0
Utebliven signering	0
Fall i verksamhet	8
Frakturer pga av fall	1

Mål och strategier för kommande år

- Fortsätta utveckla samverkan med övriga aktörer som hemtjänst och anhöriga. Återta fysiska träffar när det blir möjligt utifrån Pandemin
- Erbjud gäster fysisk aktivitet för att bibehålla funktioner och förebygga fall
- Upprätthålla stjärnmärkt enligt modellen för personcentrerad omvårdnad vilket även innebär att arbeta med fördjupningsområden. Årets första fördjupningsområde är: Individanpassade aktiviteter, aktiviteter i mindre grupper efter behov och önskemål utifrån gästers intressen.
- Fortsätta vårt arbete med väl skrivna genomförandeplaner som underlag för hur de äldre önskar sin vistelse på Dagverksamheterna. Genomförandeplaner samspelar med de hälso- och sjukvårdsinsatser som påverkar gästens insatser.

- Kvalitetsmål för 2021
 - 98 % kundnöjdhet på alla verksamheter
 - 90 % medarbetarnöjdhet
 - 94 % frisknärvaro
 - Reducera pappersförbrukning