

Bilaga O4

Patientsäkerhetsberättelse
Entreprenad 2021

diarienummer SÖD 2022/247



Patientsäkerhetsberättelse

Bergsunds vård och omsorgsboende, 2021

A&O Temabo AB

1 Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet på Bergsund har präglats av Covid-19 pandemin även 2021. Som följd har en vårdavdelning på 15 platser hållit stängd sedan mars 2020. Verksamheten har lyckats att begränsa smittspridning genom source control, information till personal genom veckobrev och dagliga avdelningsmöten. Täta egenkontroller av hygienrutiner gav bra resultat, ett fåtal personer har insjuknat i Covid-19 under året.

Verksamheten har under året fortsatt arbetet med att utveckla rutin om egenkontroll. Egenkontroller har utförts gällande avvikelser, basala hygienrutiner, rutiner, loggkontroll och dokumentation. Risker som identifierats har sitt ursprung från avvikelser följs upp genom utredning, åtgärd och uppföljning. Kvalitetsråd har hållits en gång i månaden. Omvårdnadsansvarigsjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, biträdande enhetschefer och omvårdnadspersonal deltar på dessa möten.

Under 2021 har verksamheten fortsatt att arbeta med de nationella kvalitetsregistren, Senior Alert, svenska palliativ registret och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom). Resultatet för 2021 visar förbättringar vad gäller antalet registreringar i SeniorAlert och BPSD registret.

Tillsyn och oanmälda besök har skett från uppdragsgivare Södermalms stadsdelsförvaltning, intern revision av MAS samt apotekets granskning. Kontroll av efterlevnad av riktlinjer, rutiner och uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser har genomförts under hela året. Patientsäkerhetsarbetet har varit väl synligt för personal som närstående genom att det har tagits upp på arbetsplatsträffar, boende-och/närstående månadsbrev samt kvalitetsråd.

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.

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. Ansvar et 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.

4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Bergsund och Capio Legevisitten AB har ett samverkansavtal som reglerar läkarorganisationens uppdrag för samtliga boende på Bergsund. I avtalet regleras omfattning och innehåll för läkarinsatserna, såsom tillgänglighet, uppföljning av behandling, läkemedelsanvändning medicinsk vårdplanering och årliga läkemedelsgenomgångar. Samverkansavtalet underlättar tydlighet och ömsesidighet i samarbetet. Samverkansmöten mellan läkarorganisation och Medicinsk Ansvarig Sjuksköterska (MAS) har skett två gånger i år, vid dessa möten diskuteras hur man stärker patientsäkerheten.

tandläkare. Vi informerar även om möjligheten för boende och närstående att lämna synpunkter och klagomål till oss och hur vi arbetar med dessa. Boende och/eller närstående informeras om den boendes hälsotillstånd och vid läkemedelsförändringar. Boende och närstående erbjuds samtal med läkare om så önskas. Den boende och/eller närstående informeras också om när en avvikelse skett och erbjuds att ta del av resultatet.

6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren en skyldighet att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Informationen ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationsskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

I Ansvar och omsorgs verksamhetsstöd framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Samma skyldighet gäller även att rapportera missförhållande eller risk för missförhållande enligt socialtjänstlagen, vilket framgår i separat rutin. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys.

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom ramen för deras olika ansvars och kompetensområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

7 Klagomål och synpunkter

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

Boende, patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten via formuläret, hjälp oss bli bättre. Verksamheten tar även emot synpunkter

Hygienronder	1 gång per år	Protokoll
Inkontinens ombudsmöte	2 gånger per år	Protokoll
Dokumentations ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Palliativa ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Kost ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	Senior alert
Nattfastemätning	2 gånger per år	Protokoll
Kvalitetsråd	1 gång per månad	Protokoll

Process

9 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Verksamhetsstöd- för att synliggöra aktuell information, rutiner och arbetsprocesser

I ett led att förenkla, attrahera och tydliggöra verksamhetens innehåll och ansvarsområden slutfördes införandet av ett nytt verksamhetsstöd. Arbetet har och kommer att fortlöpa med att tillgängliggöra lokalt anpassade rutiner samt digitalisera underlag för bland annat egenkontroller.

Åtgärder för en säker läkemedelshantering

Under året har det identifierats brister kopplat till säker läkemedelshantering, vilket har medfört upprättande av handlingsplan och pågående åtgärder.

Workshops- för att stärka patientsäkerhetskulturen

Verksamheten har även gjort satsningar på att öka kunskapen om rapporteringsskyldighet och genomfört utbildningstillfällen i syfte att stärka patientsäkerhetskulturen inom verksamheten. Detta arbete planeras fortsätta under kommande år.

Följsamhet till basala hygienregler och Source Control

Under året har återkommande uppföljningar och kontroller gjorts i syfte att stärka följsamhet till Source Control och minska risken för smitta inom verksamheten. Arbetet har skett genom återkommande information, tillgänglig göra utbildningar samt närvarande ledarskap. Åtgärderna har bedömts nödvändiga och behöver återupprepas utifrån personalomsättning under den fortsatt pågående pandemin.

11 Utredning av händelse -vårdskador

I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning samt utförare av internutredningar är företagets interna MAS.

12 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Loggning angående dataintrång i journalsystemet Vodok utförs enligt generella riktlinjer för Stockholms stad. Inga avvikelser har identifierats under 2021.

Journalgranskning

Under 2021 genomfördes kollegial journalgranskning i syfte att skapa lärande i arbetsgruppen samt stickprovskontroller av MAS.

Sekretess och samtycken

Bergsunds vård och omsorgsboende inhämtar vid inflyttning, samtycke till informationsöverföring eventuell sekretess, kvalitetsregister, byte av vårdcentral och mobila läkarteamet.

13 Resultat och analys

13.1 Läkemedelshantering

Extern kvalitetsgranskning

Extern kvalitetsgranskning genomfördes april 2021 från apoteket.

Läkemedelshantering

Enhetens läkemedelsrutin har reviderades enligt rutin.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar har utförts i samverkan med läkare via Capio Legvisitten.

13.9 Delegering

Delegeringar utfärdas kontinuerligt av ansvarig sjuksköterska. Rutiner och uppföljning för detta finns. Delegeringar av överlämnande av läkemedel har gjorts enligt utbildning på Demens Centrum där omvårdnadspersonalen först gör ett teoretiskt prov som sjuksköterskan sen tillsammans med undersköterskan går igenom. Efter det försäkrar delegerande sjuksköterska att den person som ska motta delegeringen även har reell kompetens att utföra de delegerade uppgifterna. Förnyas efter ny utbildning en gång om året.

13.10 Rutiner

Arbeta att med att uppdatera rutiner har skett löpande och vid behov på förekommen anledning.

13.11 Introduktion av ny HSL-personal

Bergsund följer Ansvar och Omsorgs rutiner kring nyintroduktion av nyanställda. Presentation av enhetens rutiner gjordes vid varje nyanställning. För en hög patientsäkerhet direkt från nyanställning strävar Bergsund efter att den nyanställda under introduktion på enheten ska få information från medarbetare på avdelningarna, sjuksköterskor, samordnare och verksamhetschef.

13.12 Avvikelser

Statistik för upprättade avvikelser under 2021 kopplat till hälso- och sjukvård.

Område	Antal
Läkemedel	55
Fall	184
Omvårdnad	32

3 upprättad avvikelse kopplat till läkemedel berör läkemedelssvinn och har föranlett fördjupade utredningar. Åtgärder har vidtagits i form av tätare kontroller, dubbelsingering i samband med hantering av narkotikaklassade läkemedel samt neddragningar av mängden läkemedel som förvaras i de boendes läkemedelsskåp.

13.13 Klagomål och synpunkter

Under 2021 mottog verksamheten två klagomål. Ett klagomål överlämnades via Stockholms stad, skärholmens stadsdelsförvaltning och det andra inkom via patientnämnden. Båda klagomålen rör samma händelse och har utretts enligt rutin.

2021 års patientsäkerhetsberättelse och plan för 2022 för Vårdgivare Guldbrölloppshemmet

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-24 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.

Guldbärslöshemmet 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.

Guldbärslöshemmet 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. Avvikeshanteringen 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.

Guldbärslöshemmet 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 2021 har inte de fysiska tillsynerna från uppdragsgivaren utförts på grund av pandemin. Uppföljningar av avtal och verksamhet har skett digitalt.

Guldbärslöshemmet har som mål att de anhöriga som vill ska få vara delaktiga i omsorgen av deras närstående. Under året så släppte besöksavrådan och många närstående kommer ofta på besök.

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 till vilken närstående 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

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 teamarbete 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 har infört Medview i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Medview ska följas upp sex månader efter den årliga obligatoriska läkemedelsgenomgången vilket innebär att alla får två läkemedelsgenomgångar/år

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 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.

Vi är igång med registrering i Senior Alert

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. Alla medarbetare har gjort webbaserad utbildning för Vård i livets slut.

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 görs 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 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.

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

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 2021. Alla punkter där målet inte helt uppnåts blev till handlingsplaner i förbättringsloggen.

Guldbryllloppshemmet hade senaste kvalitetstillsyn av Vardagas kvalitetsavdelning i februari 2022.

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 brukar- och närståendeundersökningar redovisas på APT möten och i närståendebrev

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

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

Samverkan med uppdragsgivare

Samverkan har skett digitalt under 2021 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 Oral Care sker regelbundet vad gäller munhälsobedömningar och nödvändig tandvård utförs oftast av Flexident.

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 Guldbärslöshemmet.

Risikanalys

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. Lex Sarah, Lex Maria och avvikelser avhandlades också på planeringsdagarna i work shops med exempel. 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 2021 gått skydds rond tillsammans med medarbetare 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 Guldbärslöppshemmet 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. 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 2021

Egenkontroller 2 tillfällen. Maj och november

Besiktning av liftar och sängar under hösten

Besiktning samtliga hjälpmedel i verksamheten löpande under året

Uppföljning av entreprenadavtal 2 tillfällen

Apoteksgranskning

Granskning Miljöförvaltningen

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

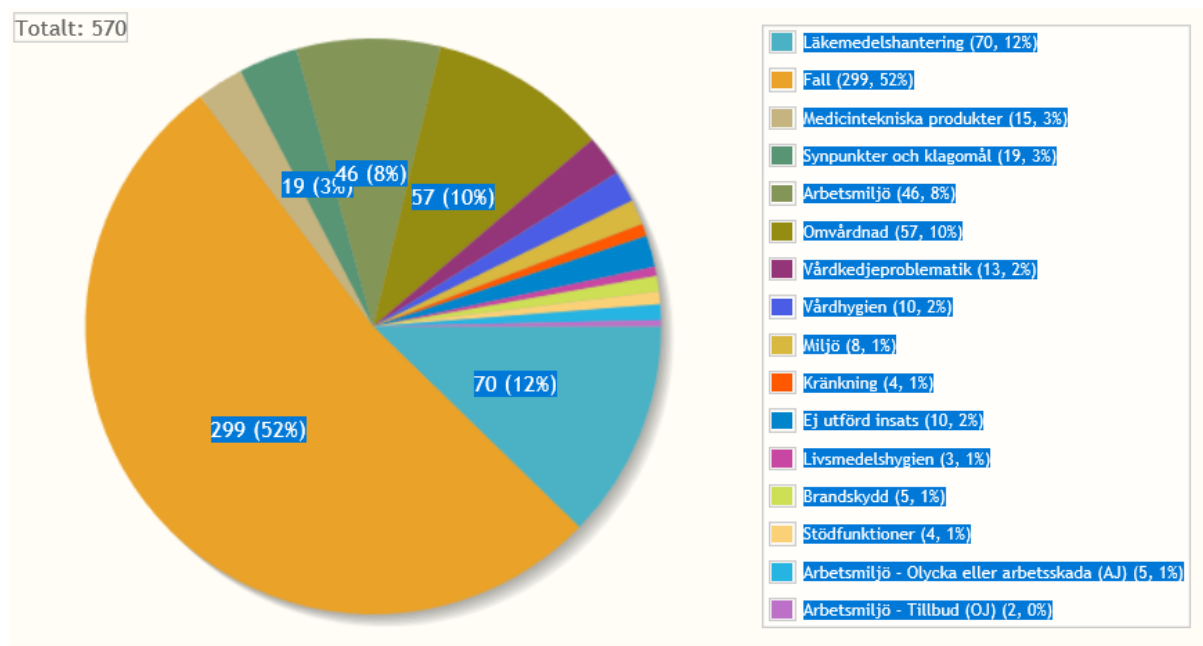
Verksamheten ska ha Närståendeträffar som leds av verksamhetschef och hålls två gånger per år. Under pandemin så har dessa av förklarliga skäl inte hållits. Vid Närståendeträffarna ställer verksamhetschef alltid frågan om på vilket sätt närstående önskar ytterligare stöd från verksamheten. Månadsbrev 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 från Qmaxit.



Resultat 2021

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.	Rutiner och styrdokument för fallprevention Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal Ett konstruktivt kvalitetsarbete för att förebygga fall och fallskador	På alla patienter som bor på Guld-brölloppshemmet har fallriskbedömning gjorts. Fallrapporter har dokumenterats och besvarats i Q-maxit och i Vodok. HSL-personalen har fortsatt förbättringsarbetet gällande dokumentation att bli bättre på kartlagt hälsotillstånd, upprättande av hälsoplaner, avsett hälsotillstånd med tillhörande ordinationer/åtgärder. Dessa blir uppföljda, utvärderade och reviderade vid behov. Teammöten har hållits under året vid behov.	Under 2021 förekom 299 fall 52%. Vi hade 6 frakturer.	Alla patienter på Guld-brölloppshemmet har en aktuell fallriskbedömning. Nyinflyttade patienter har fått fallriskbedömning genomförd inom 3 dagar.
Basal hygien i	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författningen, gällande	Rutiner och styrdokument för	Observationer och skattningar av följsamhet till basala	Ingen MRSA har spridits. En boende har smitta sedan	Kontinuerliga kontroller av basala

vård och omsorg	meddelandeblad och styrdokument	basal hygien i vård och omsorg - Kompetens hos all personal - Handledning/utbildning - Självskattning av följsamheten	hygienrutiner har genomförts. Resultaten av observationerna har presenterats på möten på Guldbrölloppshemmet. Därefter har gruppcheferna följt upp vid behov och man har då fått göra om utbildningen	länge. Covid 6 patienter smittade under hösten 2021. Ingen spridning av covid.	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 570 stycken. (Alla avser inte HSL)	Antalet avvikelser har ökat för varje år vilket visar att man förstår vikten av att skriva avvikelser för att kunna förbättra verksamheten.
Läkemedelshantering och delegerings-process	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 läkemedelshanteringen	Årlig individuell läkemedels-genomgång som dokumenteras. Läkemedelsskåpen följt Vardagas rutiner angående läkemedelshantering . Uppföljning av läkemedels-avvikelser.	Antal läkemedels-avvikelser under 2021 var 70st 12% Legitimerade sjuksköterskor har undervisat i hur korrekt och säker läkemedelshantering ska gå till.	Samtliga patienter har haft en läkemedelsgenomgång under 2020 Nyanställd personal har löpande fått delgering och uppdateringar av delegeringar

			Legitimerade sjuksköterskor har följt rutinen kring delegeringsförfarandet. Utbildning i läkemedelshantering av befintlig delegerad omvårdnadspersonal . Med hjälp av kunskapstest i Svenskt Demenscentrum ”Jobba säkert med läkemedel” och kunskapstest ”Läkemedels-hantering” enligt styrdokumentet säkerställs kunskaperna hos delegerad personal Sjuksköterska har informerat omvårdnadspersonal en vid tillkomst av nya läkemedel Majoriteten undersköterskor har aktuella delegeringar som under året uppdaterats av ansvarig sjuksköterska.		har gjorts enligt rutin. Fortbildning genomförs för att säkra läkemedels-hantering.
Trycksår	Att förebygga uppkomst av trycksår.	Rutiner och riktlinjer för risk- och	Riskbedömning Norton och MNA	Under 2021 har det i verksamheten uppkommit 6 st	Nolltolerans mot uppkomna trycksår.

		preventionsbedömning • Utbildning i sårvård • Samverkan vid teammöte	har genomförts och dokumenteras. 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. Vid behov genomfört mat- och vätskeregistrering. Vid behov ordinerar tryckluftmadrass + vändschema. Omvårdnadspersonalen uppmanats att kontinuerligt se över patienternas hudkostym och vid tecken på begynnande sår omedelbart ta kontakt med tjänstgörande sjuksköterska. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är såransvarig. Vid lättare sårvård instrueras och utbildas omvårdnadspersonal	trycksår i kategori 1	Vid trycksår har snabba åtgärder vidtagits
--	--	--	---	------------------------------	---

Dokumentation	En tillräcklig, väsentlig och korrekt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Följt rutiner och riktlinjer för dokumentation. Fortsatt arbetet med dokumentationsmognaden i HSL-gruppen med hjälp av delmål. Genomfört egenkontroll vid två tillfällen under 2021. Loggkontroller genomförts 1 gång/månad. Kvalitetstillsyn av dokumentationen genomförd en gång på våren och en gång på hösten 2021	Egenkontrollen visar att det stegvis går framåt med att stärka och förbättra dokumentationen i Vodok. Det finns formulerade planer på hur det fortsatta kvalitetsarbetet inom dokumentation bör fortskrida.	HSL dokumentationen följer rutiner, riktlinjer och lagstiftning.
Vård i livets slut	• En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes • välbefinnande i livets sista tid. • Dokumentera i en hälsoplan/NVP	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud Använd palliativa registret	Rutiner och riktlinjer följs för vård i livets slut. Legitimerad sjuksköterska finns dygnet runt. Webbutbildning genomförd av samtlig HSL-personal; Vardaga – Vård i livets sista tid – Palliativ vård Påbörjat större noggrannhet att dokumentera brytpunktsamtal liksom att använda Abbey Pain Scale vid smärtbedömning. Dokumenterar enligt direktiv om palliativ	Arbetet med registrering i Palliativa registret har kommit igång. Brytpunktssamtal har genomförts vid samtliga förväntade dödsfall. Ingen har avlidit med trycksår.	Klicka här för att ange text.

			vård i livets slutskede Vodok. Checklistor används såsom vänd- och munvårdsschema, vätskeregistrering vid palliativ vård i livets slutskede. Erbjudit efterlevandesamtal.		
MNA (kost/nutrition/vikt)	Alla patienter ska ha en dokumenterad MNA bedömning Nyinflyttade patienter ska bedömas inom tre dygn Arbeta förebyggande mot undernäring. Identifiera de boende som är eller riskerar att bli undernärda. Arbeta med kost- och nutritionsbehandling på samma sätt som medicinsk behandling.	Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal. Handledning/utbildning i klinisk nutrition	Riskbedömningarna MNA och Norton har gjorts var 6:e månad samt vid behov av legitimerad personal. Nyinflyttade patienter har riskbedömts . Mat- och vätskeregistrering har gjorts de tre första dyggen i samband med inflytt. Viktmätning erbjuds varje månad eller oftare vid behov. Hälsoplaner har delvis upprättas med planerad uppföljning för utvärdering och ev. revidiering. Uppföljning sker löpande på teammöten och givetvis också vid behov. För att bryta nattfastan erbjuds alla något att	Antal trycksår= 6 Viktnedgång= 7st	Alla patienter har aktuella riskbedömningar i MNA och Norton. Daglig kommunikation med omvårdnadspersonalen gällande insatser av olika slag då extra fokus beövts på en patients nutritionsbehov . Uppföljningar på teammöten.

			äta,registrering gjorts varje natt på utvalda veckor på varje avd.		
Mun-hälsa	Alla patienter ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventions-bedömningar. 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
Inkon-tinens	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.	9 st av våra idag 43 boende på Guldbroölloshemmet använder inte inkontinenshjälpmedel.	Alla patienter som behöver ska ha fått individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel

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

Patientsäkerhetsplan 2022 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 2022 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2022 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)	Målet är att alla boende ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och (minst var 6:e månad). Metod för att uppnå målet: - följs upp varje månad av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. 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 ansvarar att göra det, två gånger/år. Alla journaler ska vara granskade årligen. Alla granskningar kommer tas upp på HSL möten.
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient	Lokal rutin och styrdokumentet finns i verksamheten och efterföljs löpande.
Fallförebyggande arbete	Målet för 2022 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.

Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.	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
Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Målet är att alla boende har en korrekt och utförlig 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 arbetssätt 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. 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.
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	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.
Minska läkemedelsavvikelser	Målet är att antal läkemedelsavvikelser ska minska. Alla avvikelser skall följas upp av sjuksköterska inom 1v. Vid upprepade fall av bristande läkemedelshantering av delegerade medarbetare kan delegering återtas.

	Avvikelse tas regelbundet upp på teammötet samt Kvalitetsråd vid behov. Ssk ska planera 2 ggr/år läkemedelshantering (utbildning) för medarbetare
Rapportering av händelser – Vårdskada	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.
Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	Målet är att alla som avlider i vår verksamhet ska ha den optimala omsorgen sista tiden. För att uppnå det ska alla medarbetare gå webutbildning i palliativ vård. Vi fortsätter med palliativa ombudsmöten både lokalt och regionalt. Statistik från Palliativa registret tas upp på kvalitetsrådet. Att ssk tillsammans med medarbetare ska registrera i palliativa registret för en mer korrekt information. Att ssk ska använda smärtskattning med Abbey pain Scale.

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

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms Sjukhem År 2021



Mars 2022
Marianne Reimers
Chefläkare

Helen Berglund
Patientsäkerhetssamordnare

SAMMANFATTNING

Stockholms Sjukhem är en stiftelse utan vinstsyfte. Stiftelsen grundades 1867 med ändamål att ge vård och omsorg till långvarigt eller obotligt sjuka. Vi har en bred verksamhet inom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), geriatrik, palliativ vård, rehabilitering och äldreomsorg samt en enhet för forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Stockholms Sjukhem är kvalitets- och miljöcertifierat, och är medlem i FAMNA, riksorganisationen för idéburen vård och omsorg.

Stockholms Sjukhems övergripande mål är att ge en god och säker vård och omsorg. Det innebär att den som vårdas eller bor hos oss inte ska drabbas av undvikbara skador. Vårt patientsäkerhetsarbete präglas av att vi ska ligga ett steg före, fatta faktabaserade beslut, samverka i teamet och med patient, boende och närstående.

Patientsäkerhetsarbetet har under året fortsatt att präglats av pandemin. Stockholms Sjukhem har även i år vårdat många patienter med denna sjukdom. Det planerade strategiska patientsäkerhetsarbetet har därför till viss del fått anstå.

Under 2022 kommer förberedelser och genomförandet av den planerade återflytten/flytt till renoverade och nya lokaler att pågå, både på Bromma Sjukhus och Kungsholmen. Översyn av arbetssätt, rutiner, kompetens och utbildningsinsatser kommer att genomföras för en att detta ska ske på ett patientsäkert sätt.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2022

Målen för 2022 är att patientsäkerhetsdialogerna, som pausats under pandemin, kommer att återupptas. Sjukhusdirektör, chefläkare samt patientsäkerhetssamordnare planerar att träffa medarbetare i verksamheterna och samtala kring patientsäkerhet. Samtalen kommer att integreras med de utvecklade patientsäkerhetskulturmätningarna som startar 2022.

Mätningarna består i regelbundna frågor, ur den nationella patientsäkerhetskulturmätningen, och görs i samband med den kontinuerliga medarbetarundersökningen (Winningtemp). Mätmetoden har som mål att både bidra till en dynamisk utveckling av patientsäkerhetskulturen och att vara kontinuerligt avläsbar.

Ett nytt gemensamt avvikelshanteringssystem ska tas fram inom Stockholms Sjukhem. Sjukvården använder i nuläget Händelsevis och inom äldreomsorgen har ett boende sitt system i SafeDoc och det andra har ett helt manuellt förfarande. Inför de kommande årens expansion av äldreomsorgen är det angeläget att etablera ett för alla verksamheter gemensamt avvikelshanteringssystem, vilket planeras genomföras under 2022. Ett nytt journalsystem och utvecklingsråd planeras även att införas inom äldreomsorgen.

Organisation och ansvar

Stockholms Sjukhem har sedan många år tillbaka en tydlig organisation för patientsäkerhetsarbetet med roller och ansvar på olika nivåer.

Verksamhetschefer och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvaret för att planera, leda och följa upp de egna verksamheterna samt tillse att gällande författningar, rutiner och riktlinjer efterlevs.

Det dagliga patientsäkerhetsarbetet leds av chefer tillsammans med sina medarbetare som arbetar nära patienter och boende. Chefläkare har en rådgivande funktion i övergripande medicinska frågor och bistår chefer och medarbetare i frågor om patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Vårdkedjan

Det är väl känt att information om en patient riskerar att förloras i samband med övergångar mellan olika vårdgivare. Många patienter vårdade på akutsjukhus eller inom öppenvård kommer till Stockholms Sjukhem för vård och/eller rehabilitering. Olika journalsystem kan försvåra överföring av viktig information om patienterna i samband med byte av vårdgivare. Samverkan mellan vårdgivarna i patientens vårdkedja och en dialog för att hitta bästa lösningen på de problem som kan uppstå är därför väsentlig. Dialog sker på alla nivåer: mellan professioner, mellan remitterter och remissmottagare och mellan chefläkare och sjukhusledning. Samverkan med kommun och primärvård sker genom regelbundna möten och i vissa fall avtalsenligt.

Säker utskrivning

Patienter som vårdats på geriatrisk vårdavdelningen med hög risk för återinläggning kontaktas av en sjuksköterska efter utskrivning. Syftet är att säkerställa att den planering som gjorts fungerar. Vid behov kontaktas primärvård och biståndshandläggare.

Vårdhygien

Stockholms Sjukhem samarbetar med Vårdhygien Stockholm i frågor som rör god hygienisk standard och smittskydd. Hygiensjuksköterskan fungerar som kontaktperson och bistår med råd om kvalitetssäkring utifrån enheternas specifika behov. Under pandemin har utbildning gällande skyddsutrustning och vårdhygien genomförts. Den webbaserade utbildningen i basala hygienutbildningen finns med i introduktionsprogram för medarbetare som deltar i patienters och boendes vård.

Förberedelser har startat för att erbjuda medarbetarna inom Stockholms Sjukhem den webbaserade utbildningen Förebygg vårdrelaterade infektioner, som tagits fram av SKR under året.

Stockholms Sjukhem har infört Infektionsverktyget för att öka säkerhet och kvalitet i antibiotikaföreskrivning.

- AD (active directory) med behörighetsstyrning samt synkronisering med EK (elektronisk Katalog hos Region Stockholm) vilket t.ex. innebär att om en medarbetare slutar sin tjänst så stängs den automatiskt ut från all access och åtkomst till system.

Övervakning och uppföljning

- a. Loggkontroll och dokumentationsgranskning inom vårdens verksamhet. Granskning sker genom stickprovskontroller (10 % av alla anställda) 1 ggr per/mån
- b. Övervakningstjänst köps in som tjänst från IT-säkerhetsleverantör. Tjänsten syftar till att ytterligare stärka Stockholms Sjukhems förmåga att detektera riktade angrepp och dataintrång. IT-säkerhetsleverantörens analytiker övervakar aktivt och kontinuerligt aktiviteter som rapporteras från olika sensorer i Stockholms Sjukhems IT-miljö. De aktiviteter som misstänks kunna vara en del av ett intrång eller riktat angrepp analyseras av ett team bestående av områdesexperter och analytiker. Tjänsten innefattar även beredskap för hantering av eventuella intrång eller angrepp.

En god säkerhetskultur

Medarbetare på Stockholms Sjukhem rapporterar vårdavvikelse där patienter eller boende kommit till skada eller riskerat komma till skada. Vårdavvikelse rapporteras elektroniskt i systemet HändelseVis (hälso- och sjukvård) och SafeDoc (vård- och omsorg). Kompetenta och riskmedvetna medarbetare bidrar till ett proaktivt arbetssätt för att minska risk för att patienter och boende utsätts för vårdskada. Att rapportera risker och tillbud bidrar till det förebyggande arbetet. När en negativ händelse inträffat behöver verksamheten utvärdera händelsen för att minska risk att det inträffar igen. Transparens kring risker, tillbud och negativa händelser eftersträvas för att skapa möjlighet till lärande och resiliens i organisationen.

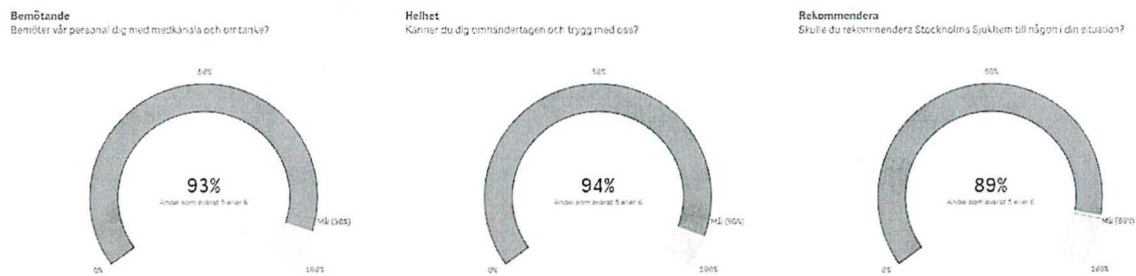
Avvikelse rapportering stödjer ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och en aktiv avvikelse rapportering med hög rapporteringsnivå kan ses som att enheten har en god patientsäkerhetskultur. Enheter med lägre rapporteringsfrekvens av avvikelser identifieras och följs upp.

Under ett antal år har Stockholms Sjukhem genomfört patientsäkerhetskulturmätning som en aktivitet för att uppmärksamma enheternas säkerhetskultur. Under 2021 har dock inte dessa genomförts på grund av prioritering av andra aktiviteter kopplade till pandemin, men planeras att återupptas i reformerad form under 2022, se målsättningar för 2022.



Patienters upplevelse av vård och omsorg

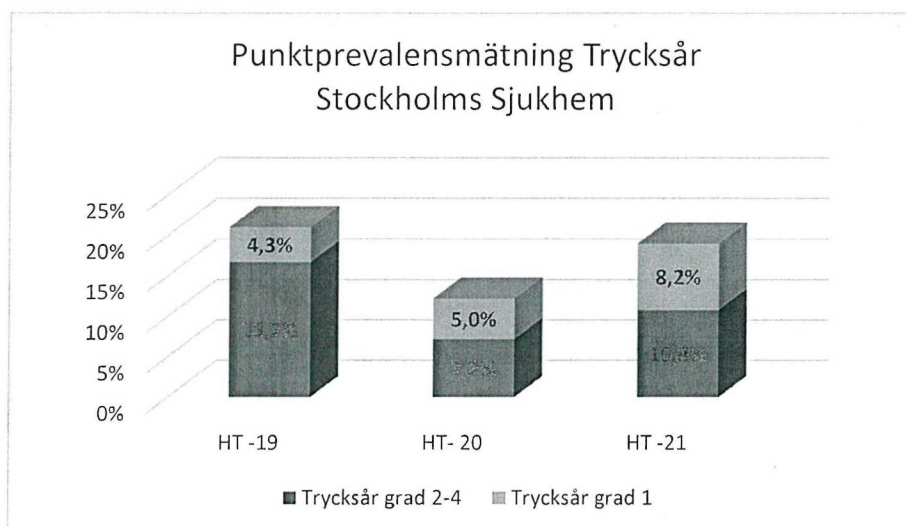
Utöver den nationella patientenkäten (SKL) och brukarenkäten (Socialstyrelsen) genomför Stockholms Sjukhem regelbundna undersökningar av patienters upplevelse av sin vård. Resultatet återkopplas i realtid till enheten där patienten vårdas och används för att förbättra verksamheten (figur 1). "Låt oss veta" kampanj genomfördes under våren 2021 som ett led att fokusera på patienten och boendes upplevelser samt inbjuda till dialog för en säkrare och förbättrad vård.



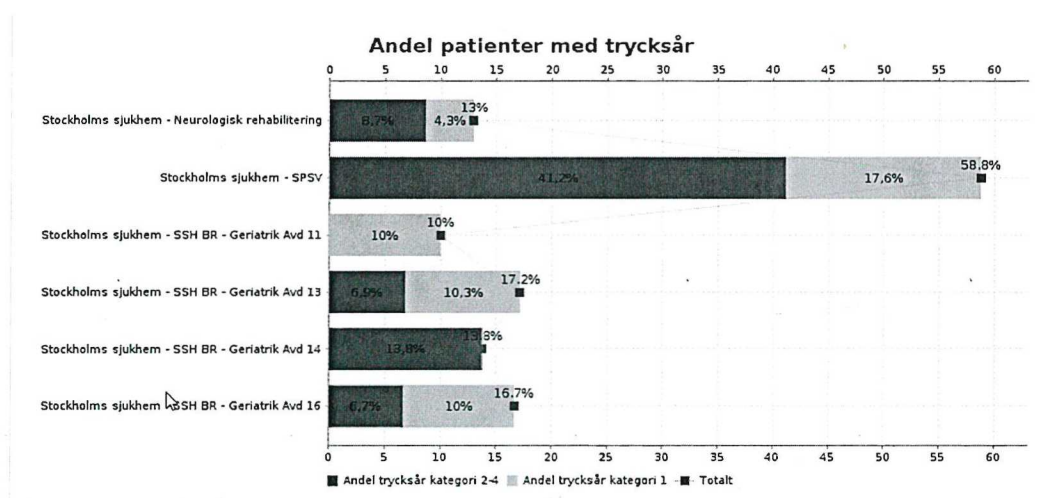
Figur 1: Resultat kundnöjdhet 2021, Stockholms Sjukhem övergripande nivå, n=945

Klagomål och synpunkter

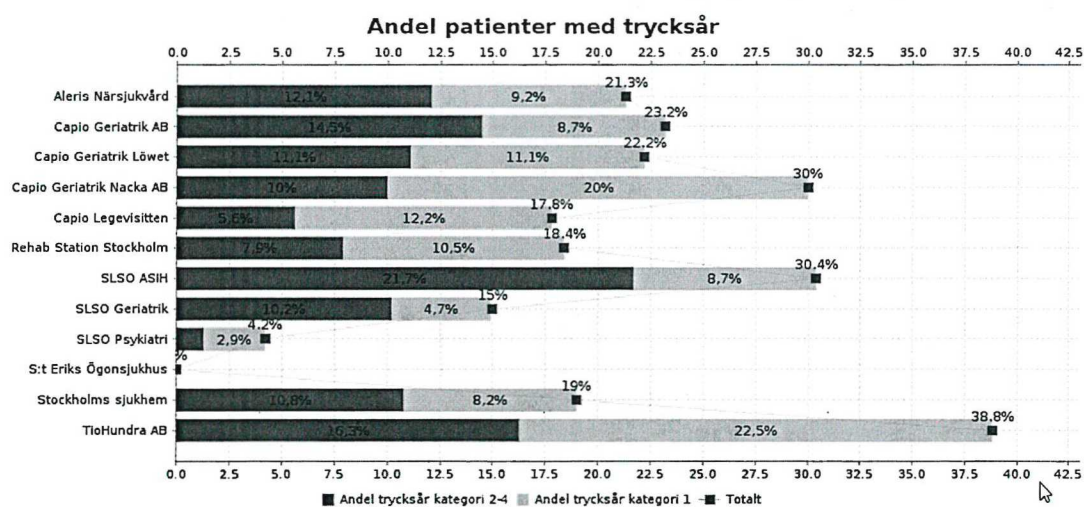
Stockholms Sjukhem har ansvar att hantera patienters, boendes och/eller närståendes klagomål och synpunkter. Det finns olika vägar för patienter, boende och närstående att lämna synpunkter och klagomål på vård och omsorg. Klagomål och synpunkter kan ges muntligt, skriftligt, digitalt via extern hemsida samt via 1177 vårdguiden. Det går även att vara anonym men då kan inte verksamheten besvara ärendet. Ansvaret för att analysera, åtgärda och återkoppla ligger på den enhet som berörs.



Figur 2: Andel patienter med trycksår inom olika verksamheter vid PPM hösten 2021



Figur 3: Andel patienter med trycksår inom olika slutenvårdsverksamheter vid PPM hösten 2021



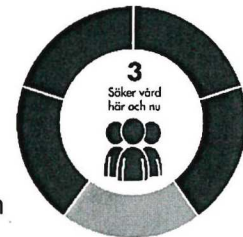
Figur 4: Andel patienter med trycksår i regionen vid PPM hösten 2021

Livsmedelshygien

Stockholms Sjukhem har en egen kostenhet för tillagning av patienters och boendes mat samt en restaurang som är öppen för allmänheten. Kostenheten använder det livsmedelshygieniska egenkontrollprogram HACCP och extern kontroll sker även av miljöförvaltningen och Anticimex.

Säker vård här och nu

Stockholms sjukhem har identifierat riskområden gällande fall, läkemedel och läkemedelshantering samt vårdrelaterade infektioner.



Fall

Inom de olika verksamheterna är fall ett riskområde för vårdskada som prioriteras. I samband med analys av vårdskada bildades en tvärprofessionell arbetsgrupp som tagit fram förbättringsaktiviteter. Dessa aktiviteter är bland annat införande av "välkomnade säkerhetsmottagande", läkemedelshantering, ordinerade aktiviteter kopplade till fallrisk samt arbetsrutiner för att uppmärksamma behov och vara steget före enligt "SE UPP".

Läkemedel och läkemedelshantering

Rapporterade avvikelser indikerar att läkemedel och läkemedelshantering också är ett riskområde. Den farmaceutiska enheten och läkemedelskommittén är ett stöd för att minska dessa risker genom exempelvis framtagande av rutiner, identifiera risker samt stöd gällande läkemedelsfrågor och läkemedelsbeställningar. Fler enheter har även fått läkemedelsautomater främst för läkemedel som är kontrollvaror.

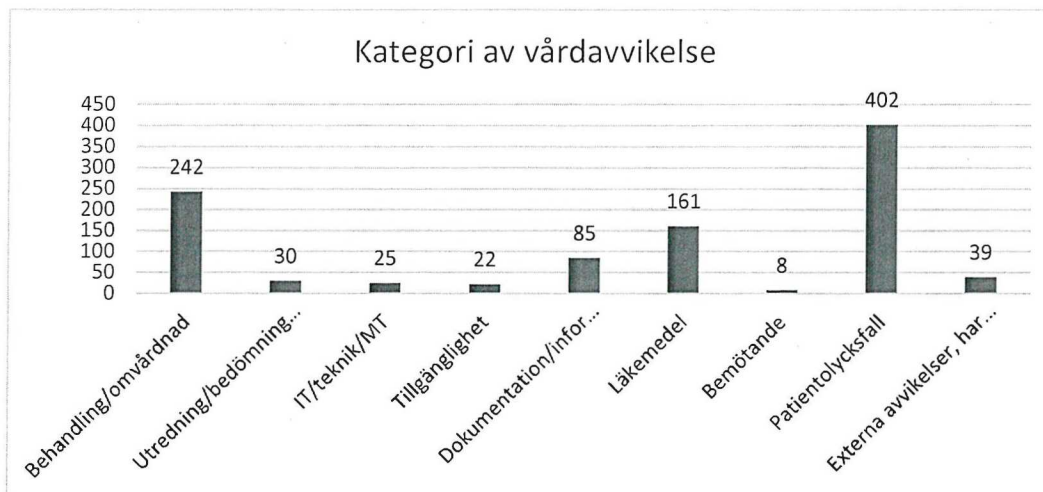
Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner är ett identifierat riskområde inom sjukvårdsenheterna och äldreomsorgen. Urinvägsinfektioner och infektioner kopplade till centrala venösa infarter områden som verksamheterna arbetat med. Åtgärder kring huddesinfektion, kateterbehandling samt Basala hygien och klädregler gjort under året. Införandet och kvalitetssäkring av infektionsverktyget möjliggör även att följa förekomst av VRI samt följsamhet till antibiotikaordinationer enligt STRAMA. Planering har påbörjats för att införa SKR:s webutbildning "Förebygg vårdrelaterade infektioner".

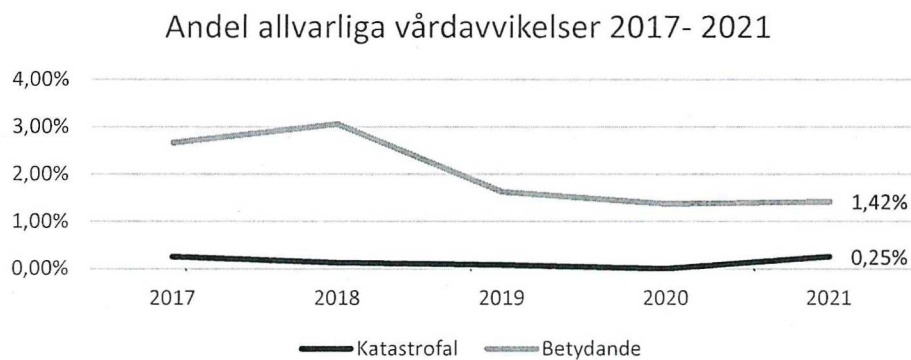
Riskhantering

Under 2021 har ett antal riskanalyser genomförts. Dessa har bland annat rört:

- Evakuering
- Återflytt till renoverade lokaler
- Uppsägning av vårdavtal (specialiserad planerad neurologisk rehabilitering)
- Neddragning och förändringar av paramedicinska resurser
- Covid -19
- Ovaccinerade medarbetare
- Digital teknik i patientens vård och behandling
- Loggbok i TakeCare



Figur 8: Kategorier av vårdavvikelser inom sjukvården 2021



Figur 9: Avvikelser, risker och förbättringar 2012–2021

Avvikelser inom Äldreomsorgen

Under 2021 har 328 omsorgsavvikelser inrapporterats i journalsystemet SafeDoc. De vanligaste kategorierna var även här fall, läkemedel och omvårdnad (Figur 10).

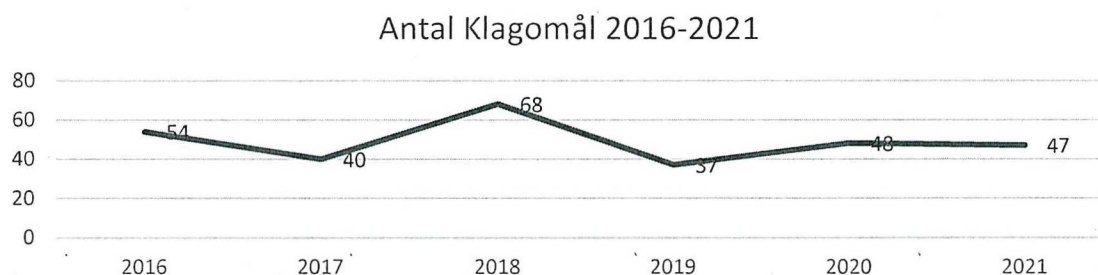
Riskvärdering avseende allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning visar att 0,3% (1/328) var med katastrofal risk och 4,27% (14/328) var med betydande risk (figur 11).

Antalet klagomål och synpunkter ligger i stort på samma nivå som under föregående år (figur 12). Utifrån kategorier av klagomål visar det att huvuddelen, 58%, rör vård och behandling (figur 13).

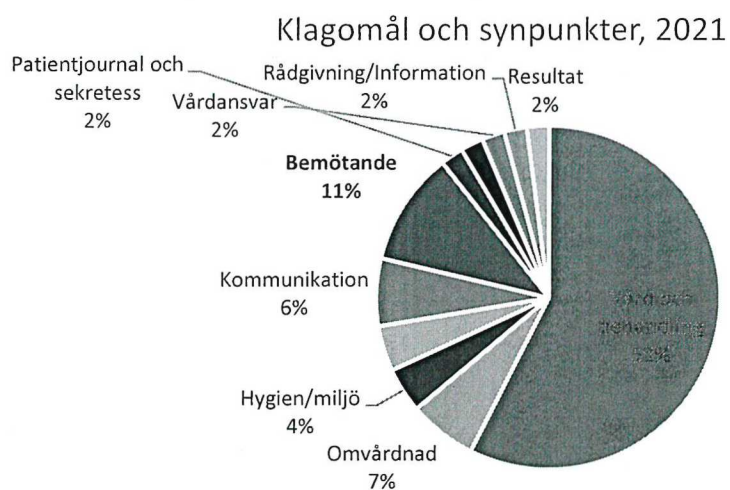
Därutöver har IVO initierat en genomgripande analys av Regions Stockholms samtliga geriatrika klinikers vård av patienter med Covid-19. IVO hittade inga punkter att kritisera Stockholms Sjukhem för.

Tabell 1: Klagomål och synpunktsärenden 2021

Ärenden från	2021
Patientnämnden	19
Klagomål registrerade i HändelseVis och synpunkt@ssh.se	12
1177 Vårdguiden Klagomål och synpunkter	6
Klagomål överlämnat av IVO	10



Figur12: Antal klagomål och synpunkter inkomna till Stockholms sjukhem under åren 2016–2021



Figur 13: Klagomål och synpunkter under 2021 uppdelad i kategorier, n. 47.

medarbetarundersökningen (Winningtemp). Mätmetoden har som mål att både bidra till en dynamisk utveckling av patientsäkerhetskulturen och att vara kontinuerligt avläsbar.

Ett nytt gemensamt avvikelshanteringssystem ska tas fram inom Stockholms Sjukhem. Sjukvården använder i nuläget Händelsevis och inom äldreomsorgen har ett boende sitt system i SafeDoc och det andra har ett helt manuellt förfarande. Inför de kommande årens expansion av äldreomsorgen är det angeläget att etablera ett för alla verksamheter gemensamt avvikelshanteringssystem, vilket planeras genomföras under 2022. Ett nytt journalsystem och utvecklingsråd planeras även att införas inom äldreomsorgen.



Humana

dianenummer

~~SÖD 2022/252~~

SÖD 2022/252

Patientsäkerhetsberättelse

Sjöstadsgården

2021

1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

2 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.

Ett mål för 2021 har varit att implementera Silviahemmets vårdfilosofi. Planeringsdag för alla medarbetare med fokus på Silviahemmets grunder, vår värdegrund och Teamarbete har varit under året. Det har under 2021 utbildats 11 nyanställda medarbetare till i Silviahemmets certifieringsutbildning.

Stort fokus och mycket tid under 2021 har legat på att hantera den pandemi som drabbat oss. Det har varit ännu ett år som krävt mycket av alla i verksamheten. Det har resulterat i att mycket fantastiskt arbete har utförts under 2021, samtidigt som en del planerade saker i årshjulet fått planeras om och skjutits på framtiden.

För att kvalitetssäkra arbetet har Sjöstadsgården infört elektronisk signering av läkemedel och för planering, dessa har fortsatt utvecklas under 2021.

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 2021.

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 BPSD-administratörer där olika yrkeskategorier är utbildade, registreringen görs i team. Alla boende med samtycke blev registrerade i BPSD-registret under 2021.

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

Under 2021 har Sjöstadsgården bytt läkarorganisation från Capio Legevisitten till Geriatrik Specialisten. Läkarsamverkan sker nu med Geriatrik Specialisten där alla boende har en patientansvarig läkare. Utlagd läkarmottagning sker en gång per vecka på Sjöstadsgården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare.

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 2021:

- Haft stort fokus på att på bästa sätt hantera Covid-19.
- Utbildat fler medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi.
- Haft planeringsdagar för alla medarbetare med fokus på Silviahemmets vårdfilosofi, teamarbete och värdegrund.
- Haft reflektionsmöten i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi.
- Utvecklat rutiner för användandet av elektronisk signering av läkemedel.
- Utvecklat rutiner för användandet av elektroniskt planeringssystem.

Mål för 2022 är:

- Fortsätta arbetet i enighet med Silviahemscertifieringen.
- NUR-utbildning för chefer, rehabpersonal och aktivitetsansvarig.
- All legitimerad personal ska få utbildning i Risk- och händelseanalys.
- Utbilda fler BPSD-administratörer.

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS): Charlotte Damberg

Verksamhetschefer: Jeanette Stenberg, Pontus Svanamo/Trine Rydheim

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2: Liselotte von Wachenfeldt/Malin Ekstrand

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3: Therese Langen

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 4: Gunlög Skaraas

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 5: Sofia Nyberger

Resurssjuksköterska Sjöstadsgården: Yasaman Mojaverian/Ninni Andersson

Arbetsterapeut, Sjöstadsgården: Frida Nauren

Fysioterapeut, Sjöstadsgården: Nalle Wernqvist/Sofie Bele

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, gruppleadare, 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

en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Geriatrik Specialisten. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på fredagar. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystemet Vodok.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid finns läkarorganisationen som jour.

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 1 gång i veckan per plan 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.

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat 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. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelsesystem för hela koncernen har tidigare införts. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelsesystem 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.

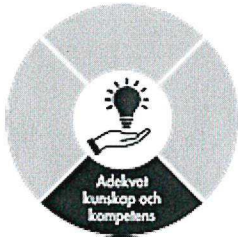
Under pandemin har en nära dialog funnits med närstående. Dialogen sker främst via telefon och mailledes. Detta för att kunna arbeta smittförebyggande och undvika smittspridning.

Beställning av ny boende sker via vårt journalsystem Paraplyt och Vodok och accepteras och handläggs där. Enskild inlogg sker med bank ID eller SITHS-kort.

Nationella register

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

-Senior Alert



På Sjöstadsgården arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut tillsammans i Team.

Rapporteringstid mellan nattpersonal och dag/kvällspersonal finns inplanerad i schemat.

Rapporteringstid för rapport mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal finns inplanerad i schemat och sker dagligen.

Rehabrapport sker en gång i veckan per plan enligt schema.

Teammöte sker en gång i veckan per plan enligt schema.

På Sjöstadsgården arbetar 5 sjuksköterskor. Sjuksköterskor finns på plats varje dag kl. 07-17.

1 åa arbetsterapeut finns på plats måndag- fredag

0,5 åa fysioterapeut finns på plats måndag- fredag

På Sjöstadsgården är de flesta av omvårdnadspersonalen utbildade undersköterskor. De som är vårdbiträden erbjuds utbildning till undersköterska på arbetstid. Under 2021 har en anställd vidareutbildad sig till undersköterska.

Alla medarbetare har deltagit i planeringsdag med fokus på Silviahemmets vårdfilosofi, teamarbete och värdegrund.

1 nyanställd sjuksköterska har under 2021 gått Grundutbildning Silviahemmets demensutbildning 3 dagar.

Rehab har varit med på flertalet webinarium om olika hjälpmedel samt Socialstyrelsens utbildning i fallpreventivt arbetssätt.

NUR för rehab, verksamhetschef och aktivitetsansvarig blev inställd och flyttad till 2022.

Risk och händelseanalys 2 dagars utbildning blev inställt och är inplanerade för all HSL-personal 2022.

3.8 Patienten som medskapare

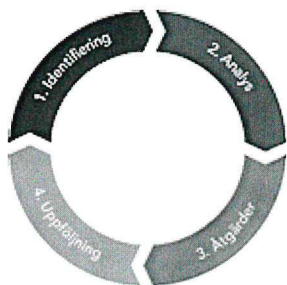
En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



1.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per månad.

PPM mätning för blåsdysfunktion, skyddsåtgärder och vårdprevention görs 2 gånger per år enligt rutin.

Egenkontroll hälsosjukvårdsdokumentation görs enligt rutin 2 gånger om året där analysen av resultatet ligger till grund för vidare utvecklingsarbete. Man ser där till både styrkor och vad som kan utvecklas mer. Man jämför resultatet med tidigare resultat för att följa utvecklingsarbetet.

Utvecklingsområden som identifierats under 2021 års dokumentationsgranskning har varit att hålla riskbedömningarna uppdaterade och följa upp hälsoplaner, vilket man såg hade påverkats av pandemin då det ej varit ett lika prioriterat område.

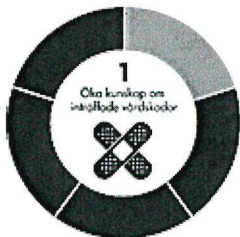
Ett annat identifierat område som dokumentationsgranskningen visade på ett förbättringsområde var att det ska finnas samtycke till skyddsåtgärder till 100%. Åtgärden var ett förbättrat arbetssätt med att använda checklista vid inskrivning och uppföljning.

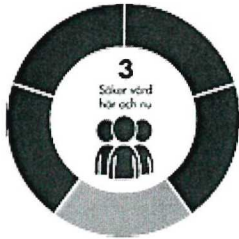
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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

Har vården varit säker





4.3.1 Riskhantering

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

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

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.

Riskanalyser som gjorts i och med Covid-19:

- Bemanning och prioriteringsordning
- Säkra besök
- Besök till boendet av t.ex. munvård, fotvård och service
- Aktiviteter
- Arbetsmiljö
- In- och utflytt av nya boende

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 journalsystem 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.

Alla boende har erbjudits dos 3 av Covid-19 vaccin.

Lex Maria.

För att kunna nå ut till boende och närstående går vi varje månad ut i närståendebrevet om var man vänder 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 man kan fylla i sina synpunkter.

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.

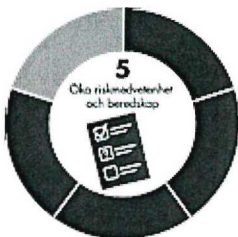
Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

De klagomål och synpunkter som kommit in under 2021 har varit av den karaktär att de kunnat åtgärdas tillsammans omgående.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden



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.

I verksamhetens årshjul är egenkontrollerna för året inplanerade.

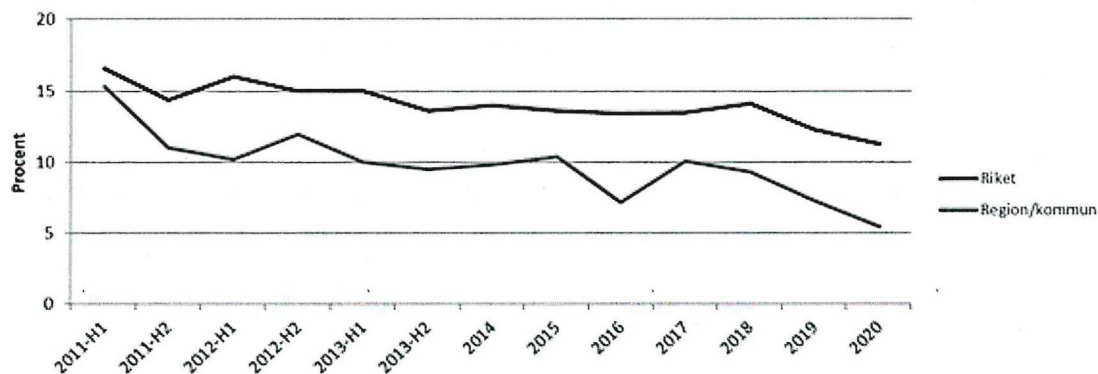
6 Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande enligt punktprevalensmätning en gång per år och följs dagligen online. På länets sjukhus hade 5,3 procent av de inlagda patienterna trycksador eller trycksår vid vårens nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 11,3 procent.



Analys av resultat: Målet att förekomsten av trycksår ska minska är uppfyllt på övergripande nivå, dock ses ökning av förekomsten på någon enstaka enhet. Ny personal kan vara en anledning, samt avsaknad av avlastande madrasser. Något fler män än kvinnor hade trycksår under året.

Åtgärd: På enheter med högre förekomst av trycksår genomfördes trycksårssdialog, utbildning, materialöversyn och extramätning under hösten.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Åtgärderna på berörda enheter hade effekt och trycksårsförekomsten minskade.

Patientsäkerhetsberättelse för Sofiagården år 2021 och patientssäkerhetsplan för år 2022

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-268 Verksamhetschef:Karin Thune/Gruppchef för HSL: Fatemeh Asadi

Diarienummer: Sofiagården SÖD 2022/249

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.

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 patientsäkerheten och arbetet enligt Vardagas riktlinjer och styrdokument. Stort fokus har lagts på att:

- minska risker för smittspridning av Covid 19 genom att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt Vardagas styrdokument och rutiner gällande Covid 19.

Pandemin och förebyggande åtgärder för smittspridning har påverkat hela verksamhetens arbetssätt och aktiviteter, samtidigt som vi har försökt ge en god och säker vård till alla våra boende, hålla mieningsfulla aktiviteter i mindre skala beroende restriktioner och hålla kvaliteten på hög nivå.

- hålla en god personalbemanning trots utökad antal korta sjukskrivningar

- hålla dokumentationen och alla insatser enligt gällande lagar och krav.

- minska risker för vårdskador genom regelbundna riskanalyser och via kvalitetsuppföljning på avvikelsemodulen Qimaxit.

Vi har haft interna utbildning i Vodok för sjuksköterskor.

Teammöten har också varit centrala i kvalitetsarbetet under året, för att följa Vardagas rutin och implementera ett nytt sätt i vårt teamarbete.

Vi har haft ett projekt i syftet att arbeta systematiskt för att höja kvaliteten på teammöten som hålls på alla plan regelbundet, varannan vecka. Denna projekt genomfördes i samarbete med Guldbrollöphemmet och hela personalgruppen ingick i detta projekt, ledningen, gruppchefer, sjuksköterskor, rehab personal och undersköterskor.

Resultatet av projektet varit ett nytt sätt att hålla teammöten, förberedelse inför möten och ansvarsfördelning. En checklista arbetats fram för att kunna hålla ett strukturerat teammöte som alla arbetskategorier är delaktiga och aktiva i. All beslut som tas på teammöten dokumenteras i boendes journal, av respektive personal i SOL och av sjuksköterska/ rehab i Vodok. Vid förändrade behov av insatser, uppdateras även genomförandeplan av kontaktpersonen och hälsoplan av HSL-personal.

På grund av pandemin och restriktioner kunde vi inte skicka nyanställda personal till utbildningar i Demens som hålls via Demensakademin. Detta kommer att planeras i patientsäkerhetsplan för 2022

Processen med avvikelshantering görs via QMaxit, Vardagas kvalitetmodull, All personal har tillgång till QMaxit, skriver avvikelser i systemet, åtgärder, uppföljning och förbättringsförslag- och arbete hanteras där.

Avvikelser och förbättringsförslag diskuteras på kvalitetsråd som hålls månadsvis.

Brister som uppdragats gått igenom och handlingsplaner och tidsplaner upprättas i Förbättringsloggan och arbetats sedan med löpande i verksamheten, följts upp då verksamheten haft perioder av smittan.

Mycket av patientsäkerhetsarbetet under år 2021 har fortsatt varit inriktad mot Covid-19 pandemin.

Handledning av omvårdnadspersonal i Kohortvård, användandet av skyddsutrustning och hygienrutiner, även omvårdnad och nutrition har varit under ständigt observation och utveckling. Verksamheten har arbetat konternuerligt med uppföljning av risk och konsekvensanalys relaterad till snabba lägesförändringar och ändrade restriktioner som krävt snabba omställningar i all arbete kring boende, anhöriga, personal och hela verksamheten.

Sofiagården genomfört i enlighet med Vardagas styrdokument ;egenkontroll två gånger per år;. Egenkontroll av HSL dokumentation genomförts 2 gånger i år av legitimerad personal.

(Under 2021 har inte de vanliga tillsynerna från uppdragsgivaren utförts på plats på grund av pandemin. Däremot har uppföljningar av avtal och verksamhet skett digitalt.)

Informationflödet till anhöriga har varit den stor del av våra prioriteringar relaterad till Covid 19. Vi på Sofiagården arbetat aktivt med att delge information och har regelbundna anhörig-kontakter via veckobrev till anhöriga från verksamhetschefen och gruppchefer samt regelbundet telefonkontakt genom kontaktpersoner och sjuksköterskor.

Vi har varit noggranna med att anhöriga alltid ska känna sig välkomna med både frågor och ideer. De kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till verksamhetschefen, gruppchefer, sjuksköterskor eller kontaktpersoner.

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 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 dessutom styrande dokument för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvård enligt gällande lagar och krav på kvalitet och sekretes.

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, styrdokument 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.

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.

Webutbildning i basala hygien rutiner görs av all personal en gång om året, uppföljning av följsamhet görs genom själskattningsblanketten och observationer.

Preventivt arbete: Dokumentation enligt HSL innebär bland annat att göra riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Riskbedömningarna uppdateras kontinuerligt, uppdaterad var 6:e månad eller vid behov. Upprätta kartlagt hälsotillstånd och 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 individuellt utprovade inkontinensskydd.

Senior Alert: Vi började arbeta med redan under år 2020, men prioriteringar pga Pandemi gjorde att arbetet avstannade under år 2021.

Palliativ vård: Omvårdnadsplaner upprättas vid palliativ vård i livets slutskede och checklistor såsom vändschema, munvård och vätskeregistrering används. Vardagas checklistor för omhändertagande av kroppen vid dödsfall finns och används i verksamheten. Anhöriga erbjuds efterlevandesamtal i samband med dödsfallet och 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 avvikelse rapporter, 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 strukturerade arbete för uppföljning och utvärdering av kvalitetsarbetet görs genom att samliga medarbetare, legitimerad- som omvårdnadspersonal avvikelserapporterar i avvikelssystemet Qmaxit. I systemet graderas avvikelser utifrån en alvarlighetsgrad. Avvikelser 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 sjuksköterska ansvar för medicinavvikelser, rehab för 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 patientsäkersvård. På sjuksköterskemöten går vi igenom rutiner och styrdokument för ett säkert arbetssätt i alla arbetsområde sjuksköterska är ansvarig för. 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 skyddsmaterial, dels arbetssätt som Kohort vård, socialsamvaro vid karantän och anhörig information för en säker och trygg vård för både boende och dess anhöriga.

Under året har verksamheten följts upp av Södermalms stadsdelförvaltning genom Stadens PPM mätningar och rapporterat till Södermalms stadsdelförvaltnings MAS.

Verksamheten fortsatt arbetat 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, Senior Alert, 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.

Uppdatering bland annat gällande användandet av skyddsutrustningar som mekanisk barriär som ett tillägg till arbetsdräkten gjort efter folkmyndighetens rekommendationer.

Gällande Covid 19 pandemin och följsamhet i basala hygienrutiner upprättade verksamheten risk och konsekvensanalyser som kontinuerligt följs upp. Representant från verksamhetsutveckling har vid flera tillfällen haft genomgångar med samtliga hälso- sjukvårdspersonal, gruppchefer och omvårdnadspersonal både tillsvidare- och timanställda i handhavanet av skyddsutrustning. Samtlig personal fick genomgå webbutbildningar i 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, arbetssätt, samt följsamheten. Månatligt följs arbetet i förbättringslogg och avvikelssystem även upp centralt ifrån. På Sofiagården genomfördes två egenkontroller år 2021. Loggkontroller genomfördes på dokumentationssystemet Vodok på både vårdtagare och personal.

Dokumentationsgranskning av HSL dokumentationen har genomförts. 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 rutiner – och arbetssätt.

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, Legevisitten. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsgenomgångar, vaccinationer, läkemedelsanvändning, utfärdandet av remisser till andra vårdinstanser, samt medicinsk vårdplanering. Överenskommelsen om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Vid varje inskrivning hämtas samtycke till kontakt med andra vårdgivare in samt listning till läkarorganisationen, Legevisitten.

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 ansvarar att tillgodose behovet av läkarinsatser i verksamheten. Under pandemin har behovet av samtal med läkare ökat avsevärt. Läkaren varit tillgänglig dygnet runt, följt upp patienterna och haft regelbundet kontakt med deras anhöriga, ordinerat Covid 19 testning av vårdtagare, följt testsvaren upp, karantän av smittade och smittspårning.

Riskbedömningar

Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion har genomförts inom två vecka från inflyttning till Sofiagården.

Munhälsobedömningar har genomförts av Oral care enligt avtal. Och Tandvårdsinsatser har gjorts ut av Flexident.

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?

Omvårdnadspersonal har fått utbildning i munhälsa/munvård via Oral Care under året.

Ett fortsatt fokus har varit på arbetet med skyddsåtgärder och där teamet har bedömts att behovet finns samtycke till skyddsåtgärder hämtats, skyddsåtgärder satts in, dokumenterats och vidrare följts upp av teamet enligt plan.

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, skyddsutrustning, risk och konsekvensanalyser, kvalitetsuppföljning och stöd.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Tvårprofessionella teammöten hålls var fjortonde dag samt reflektionsmöten en gång i månaden. Informationsöverföring sker under strukturerade former både muntligt genom morgonrapport, överrapportering vid arbetspassbyte och skriftligt genom dokumentation i SOL och Vodok. Riskanalyser och skattade risker är underlag för individuellt utformade handlingsplaner och hälsoplaner. I det dagliga arbetet sker överrapportering, dagligen mellan samtliga yrkeskategorier vid morgon planering, arbetspassbyten och på teammöten.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Sofiagården genomförs preventions- och riskbedömningar för varje vårdtagare vid inflyttning utifrån gällande rutin och riktlinje. Utifrån riskbedömningar upprättas hälsoplan 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

dessas uppdateras var sjätte månad och vid behov. Handlingsplaner tas fram i teamet runt vårdtagaren när risk föreligger.

Informationsöverföring sker under strukturerade former på teammöten 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 våningsplan. 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.

Arbetet med informationssäkerheten, dvs granskning av dokumentationen görs genom egenkontroll, kvalitetstillsyn, checklista hälso- 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 alvarlighetsgrad. Avvikelser med hög alvarlighetsgrad 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. Allvarligare 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 och hörda så 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 inflyttningsmatreal. I det matrealet ingår även information om

kundombudsmannen som är en instans i företaget där vårdtagare och anhöriga kan vända till.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Majoriteten av avvikelserna gäller fall (47%) följt av Läkemedelsavvikelser (25%). Dessa avvikelser har på teammötena varit underlag för analys och upprättande av åtgärder till vårdtagaren. Dessa åtgärder kan bestå av bla balansträning, stödhandtag, fallskyddsmatta, höftskyddsbyxor och halkstrumpor. Lika så har läkemedelsavvikelserna analyserats för att hitta strategier för att undvika missar.

För utökad patientsäkerhetsarbete har vi haft stort fokus på stabilitet och kontinuitet i både sjuksköterskebemanningen och rehab personal. Covid 19 pandemin har präglat vårt arbete med rutiner, arbetssätt och personalstyrka för att möta ökade behovet av tydliga rutiner och arbetssätt.

Sjuksköterskeinsatser har också påverkats mycket av prioriteringar och ändrade arbetssätt och insatser pga Covid 19 pandemin, smittspårning, vaccinationer enligt rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, uppföljning och behandling relaterad till Covid 19.

Under 2021 förstärktes sjuksköterskebemanningen, en gruppchef för HSL-personal anställdes, och fasta timanställda sjuksköterskor arbetade regelbundet på dagpass för att skapa kontinuitet, trygghet hos boende, anhöriga och omvårdnadspersonalen. Kvällpassen har bemannats med antingen våra fasta tim-sjuksköterskor eller bemanningsföretag med mindre rotation av sina egna sjuksköterskor. Detta har belastat vår ekonomi men har resulterat till att kunna hålla hög

Kvalite i vårt arbete.

Det har inte förekommit några allvariga avvikelser eller bristande vård och omsorg.

Läkemedelsavvikelser åtgärdats omgående, åtgärder för säkrare läkemedelshantering vidtagits i samband med kännedom om eventuella brister. Vidtagna åtgärder som till exempel, uppdatering av signeringslistor för överlämnande av läkemedel, läkemedelslistor, checklistor, och rutiner kring sjuksköterskornas arbetssätt, arbetsplanering och arbetsmiljö.

Samarbetet mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal förbättrats genom att vara mer tillgänglig, regelbundna deltagande på morgonrapport samt på teammöten enligt nytt arbetssätt som tagits fram i samband med projektet ”strukturerad teammöte”.

En del fokus har varit på återupptagande av olika aktiviteter, både gemensamma och enskilda, i små och större grupper som sittgymnastik, styreträning, balans träning, dans, och underhållning.

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.

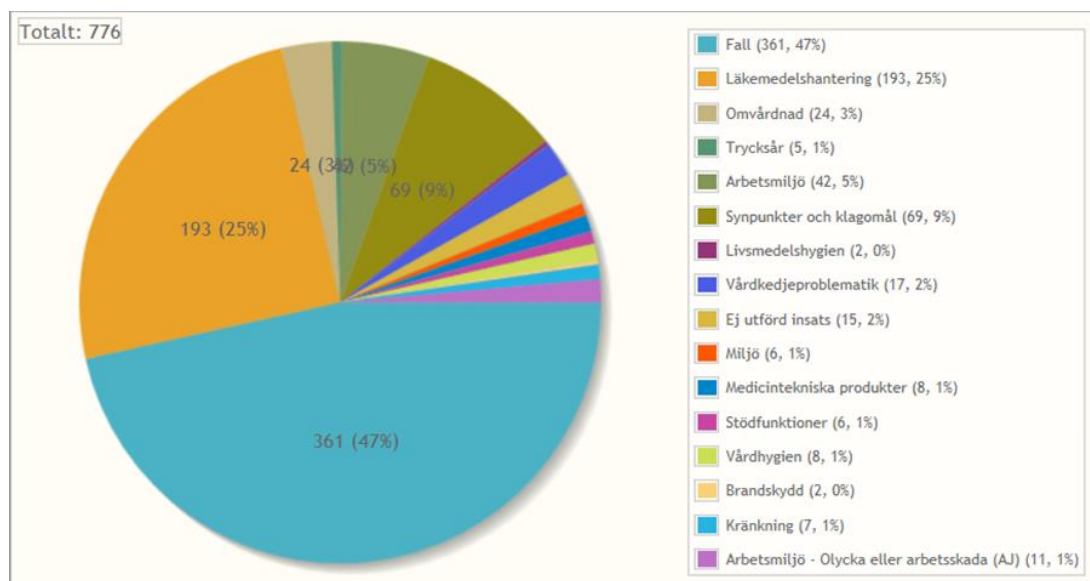
Under pandemin har informationsbrev från verksamhetschef sänts veckovis och vid förändringar, gruppcheferna har sänt veckobrev med vad som händer per våningsplan samt kontaktpersonen kontaktar närstående minst en gång i veckan, eller efter överenskommelse, vad som hänt specifikt med just dennes närstående. Det har varit ett stort behov av information till närstående vilket varit väldigt uppskattat.

Närstående bjudits in, beroende på hur restriktioner från folkhälsomyndigheten såg ut, vid läkemedelsgeningångar då samtal förts med läkare och sjuksköterska. Och vid välkomstsamtal, vårdplaneringar, och uppföljningar eller vid behov om anhöriga har önskat det. I dessa möte deltagit omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, gruppchef, fysioterapeut, arbetsterapeut och verksamhetschef.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

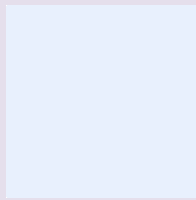
Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit 2021.



Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturåtgärd: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processåtgärd: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatåtgärd: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måloppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	Att alla vårdtagare ska ha en aktuell fallriskbedömning. Nyinflyttade vårdtagare får en fallriskbedömning inom tre dagar Samtliga fall registreras i avvikelssystemet Qmaxit	Rutiner och styrdokument för fallprevention Avvikelsehantering Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal Ett systematiskt kvalitetsarbete, i teamet, för att	Utföra fallriskbedömning vid inflyttning efter checklisten och utifrån riskbedömning upprättas hälsoplan Varje vårdtagare har en aktuell riskbedömning fall, som följs upp på team möten	47% av registrerade avvikelser varit fall avvikelse, De flesta fall avvikelser varit: Ingen skada eller lindriga som sårskada 4 st behövde sjukhus vård	Över 95 % nyinflyttade har haft en riskbedömning gällande fall. Riskbedömning har Gjort i samråd med inflyttning men registrerades Inte inom 3 dagar enligt mål Strävat efter att samtliga fall

[illegible]

			utbildning på plats i hantering av skyddsutrustning och Kohort vård	Vi har haft utbildning, på plats, och via intranät, om handhavande av skyddsmaterial Periodvist införde vi att samtliga medarbetare använder munskydd och visir eller endast munskydd hela tiden i verksamheten beroende på rekommendationer	
Rapporterings-skyldighet	Samtliga medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument Samtlig personal har följsamhet till rapporterings skyldigheten	Känd rutiner och styrdokument för hantering av händelser med behov av utökad utredning.	Vid introduktion och minst en gång om året har verksamheten en genomgång av Lex Sarah och Lex Maria När en avvikelse öppnas för utökad utredning informeras medarbetarna genom Kvalitetsrådet, Apt och morgonrapporter	0%	Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder och snabba åtgärder innan allvariga händelser inträffar
Läkemedels-hantering och delegerings-processen	Att medarbetare: - kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt - En säker läkemedelshantering - delegeringsprocess	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal enligt styrdokument och rutiner Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshantering	Vid anställning av en ny medarbetare meddelas det till omvårdnadsansvarig sjuksköterska för kommande delegering. Medarbetaren förbereder sig med att göra webb utbildningen, skriver ut sin diplom därefter bokas tid hos sjuksköterskan för	25% av avvikelser handlade om läkemedelshantering. En stor andel av läkemedelsavvikelser handlade om uteblivna doser eller givna doser ej blivit signerat på signeringslistan	Analys av Läkemedelsavvikelser gjort omgående tagits upp på morgonrapporter och på teammöten och ny rutin satts in för arbetsdelning varje pass för kontroll av

			kunskapstest inför delegering. Vid avvikelser har åtgärder vidtagits snabbt för att förebygga liknande händelser		att alla vårdtagare har fått sina mediciner. Delegeringar har uppdateras regelbundet enligt styrdokument och rutiner
Trycksår	Att alla vårdtagare ska ha en bedömning av hud och eventuella risker för trycksår och förebyggande åtgärder ska sättas in omedelbart Samtliga sjuksköterskor ska kunna beställa madrasser På beställningsportalen	- Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning - Utbildning i sårvård - Samverkan vid team möte	Riskbedömningar genomförs var sjätte månad och vid behov, dokumenteras i Vodok Hälsoplan upprättas och följs upp regelbundet av omvårdnadsansvarig sjuksköterska med ordination. Vid behov förskrivs antidecubitus-madrass	Andel avvikelse gällande trycksår 1%	Fortsätta arbetet med nolltolerans mot trycksår Samtliga sjuksköterskor kan beställa madrasser På beställningsportalen via SITHS-kort eller direktkontakt per telefon 
Dokumentation	Dokumentation enligt styrdokument, rutiner och krav på fullständigt dokumentation	Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar Handledning/utbildning Egenkontroll två ggr/år Loggkontroller	Dokumentationsstöd finns för SOL och för HSL Finn även möjligheter till hjälp från Vodokhandledare på Stadsdelen Rutine och styrdokument finns för dokumentation Loggkontroller genomförs	Över 95% av alla journaler har registrerade riskbedömningar i MNA, Norton, ROAG, Downton, Nikola och 100% i sunus hälsoplan finns relaterade i alla riskbedömningar	Förbättringar har gjort i dokumentation i Vodok Över 95% av alla journaler har registrerade riskbedömningar i MNA, Norton, ROAG, Downton, Nikola och 100% i sunnas hälsoplan finns relaterade i alla riskbedömningar

Vård i livets slut	- En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. - Dokumentera i en vårdplan/NVP - Registrering i Palliativa registret	Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud Använd palliativa registret	Brytpunktssamtal görs av läkare och sjuksköterska upprättar vårdplan för livetsslutskede. efterlevnadssamtal erbjuds till närstående Alla dödsfall registreras i paliativa registret	Klicka här för att ange text.	Paliativa ombud är utsedda till varje våningsplan Sjuksköterskan tillsammans med läkaren strävar efter att brytpunktssamtal görs, symtomskattningar görs enligt validerade instrument, och dokumenteras i Vokdok och vårdplan upprättas samt registreras i palliativaregistret
MNA (kost/nutrition/vikt)	Alla vårdtagare ska ha en dokumenterad MNA bedömning och har hälsoplan för nutrition Nyinflyttade patienter ska kostregistreras i tre dygn	Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal. Handledning/utbildning i klinisk nutrition	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 MNA genomförs två gånger om året och vid behov. Hälsoplan upprättas enligt identifierade risker	0% rapporterade avvikelser Boende äter med god aptit, måltidsmiljö anpassas efter individens behov och att måltiderna är en trevlig social samvaro på dagen	Det är ett ständigt pågående förbättringsarbete att hålla nattfastan till högst 11 timmar och att minska risken för undernäring Vid behov sätts vårdtagare på konsistensanpassad kost och näringsdryck som tillägg

			Vikt tas enligt rutin minst var tredje månad eller vid behov. Vårdtagaren har inte längre än 11 timmars nattfasta. Kväll, natt och tidig morgon erbjuds lämpliga mellanmål Logopedbedömning ar samt dietistbedömning genomförs vid behov		
Munhäls a	Alla patienter ska erbjudas en god munvård	Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning Alla vårdtagare ska ha riskbedömning enligt ROAG dokumenterad i Vodok och ha hälsoplan för munhälsa Och registrerad i Senior Alert efter inhämtning av samtycke Handledning och utbildning i munvård	ROAG utförs och registreras i Vodok för samtliga vårdtagare All HSL-personal skall kunna delta vid måltiderna för att kunn utvärdera och säkerställa vårdtagarnas behov av insatser vid sin kosthållninge Oral care har erbjudit munhälsobedömning ar under året	0% avvikelser rapporterade	Munhälsobedömningar har gjorts på samtliga vårdtagare av Oral Care och tandläkainsatser gjorts av Flexident
Inkontin ens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat inkontinensskydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och utföra mätning för en individuell bedömning till rätt utprovat skydd	Mätning görs i tre dygn 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 individuellt anpassad inkontinensskydd genom skattning och praktisk erfarenhet Sjuksköterska med förskrivningsrätt	Samtliga vårdtagare har fått individuellt anpassad inkontinensskydd genom skattning och praktisk erfarenhet

				ordinerar och för in vårdtagaren i Guiden	Sjuksköterska med förskrivningsrätt ordinerar och för in vårdtagaren i Guiden
Samtycke till att registrering i kvalitetsregister	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje Dokumentera i Senior alert Paliativa registret	Vid inflyttningen inhämtas samtycke, enligt rutin och checklista	Samtycken inhämtas vid inflytt och dokumenteras i journalsystemet	Vårdtagarna får frågan om samtycke, detta dokumenteras i Vodok men alla är ännu inte registrerade i Senior Alert
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 informationsdelning och samarbete mångprofessionellt	Rapport mellan arbetsskiften Morgonplanering Teammöten Plan möten Reflektionsmöten HSL möten Dokumentation	Mötesstruktur finns	Fortsatt förbättringsarbete med mer utförlig dokumentation Fokuseras på ett strukturerat teammöte enligt rutin

Patientsäkerhetsplan 2022 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 2022 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2022 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)	I samband med inflyttning skall vårdtagaren preventionsbedömmas. Riskbedömningar görs enligt, Norton, MNA, Downton, RAOG, Nikola och Sunnås. Därefter följas upp var sjätte månad eller vid behov Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab personal upprättar hälsoplan, vid samtliga bedömningar och arbetar förebyggande tillsammans med teamet. Registrera i Senior alert, upprätta riskbedömningar och hälsoplaner samt uppföljning. Sofiagårdens mål är att upprätta full dokumentation med uppföljningar under året
Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient	Vid identifierade risker är hela det tvärprofessionella teamet delaktiga. Det ska kunna ses som en röd tråd i dokumentationen både i HSL och SoL Registrering i Senior alert och i paliativaregistret
Fallförebyggande arbete	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. Registrering i Senior alert Aktivitetsgrupper med fokus på balansövningar och styrka, som gymnastik, rörelse för gångare och dans
Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg.	Samtliga medarbetare gör den webbaserade utbildningen basal hygien, hygienombud planeras in för utbildningar för sitt uppdrag hos Vårdhygien.

Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.	Följsamhet till ev fortsatta restriktioner gällande pandemin Följsamhet till skyddsutrustning i verksamheten vardag men också specifikt vid eventuellt Covid-19 smitta Hygienombuden har månatliga observationer utifrån rutin
Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet)	Samtliga sjuksköterskor dokumenterar i Vodok enligt ICF strukturen och sökord. Vi planerar in dokumentation i schemat Vi tar in hjälp från företaget för stöd i införandet av Med veiv och Visam
Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess	Inför delegering ska omvårdnadspersonalen genomgå, webbutbildningen ”jobba säkert med läkemedel” samt utifrån ett frågeformulär genomgå både teoretiskt och praktiskt förfarande vid medicingivning. Under året ska Socialstyrelsens föreskrift ”För överlämnande av läkemedel” implementeras till delegerade medarbetare så de genomför samtliga kontrollpunkter. Läkemedels- och delegeringsprocessen skall ske på ett säkert sätt där det är viktigt att både sjuksköterska och omvårdnadspersonal är trygga med. Läkemedelsavvikelser tas upp på teamöten och på kvalitetsrådet, planerade och vidtagna åtgärder dokumenteras i förbättringslogg i QMaxit
Minska läkemedelsavvikelser	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är ansvarig för att ta med samtliga medicinska avvikelser till team mötet för en gemensam analys i teamet Avvikelserna följs noga upp på Kvalitetsrådet
Rapportering av händelser – Vårdskada	Alla avvikelser skrivs in i avvikelssystemet Qmaxit. Där graderas avvikelserna utifrån allvarlighetsgrad. Vid hög graderig, allvarlighetsgrad går avvikelserna direkt till övergripande chefer och kvalitetsavdelningen, MAS. Vid Allvarlig händelse påbörjas en utökad utredning skyndsamt. Uppdragsgivare informeras

Vård i livets slut – Alla som avlider i våra verksamheter ska ha den optimala sista tiden. Arbeta för att ha palliativa ombud i verksamheten.	Palliativaombud är utsedda och ska gå utbildning för sitt uppdrag. Sjuksköterska som ska vara sammankallande ska utses. Vid livetsslutskede upprättas vårdplan i Vodok och all dokumentation görs enligt plan, bedömning av smärta, oro, andning, munhälsa görs regelbundet och enligt rekommenderade validerade instrument. Målet är att alla vårdtagare som befinner sig i livets slut skall få ett värdigt omhändertagande och att närstående upplever sig informationerade, delaktiga och trygga. Arbeta med hela det mångprofisioella teamet.
Samtliga vårdtagare med skyddsåtgärder ska ha en aktuell vårdplan	Vårdplanen ska följs upp av teamet på teamöten och uppdateras vid behov enligt upprättade plan

Diarienummer

SÖD 2022/251

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Norlandia Care Kosmo AB Dagverksamhet Södermalm

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet
Carin Johansson
Verksamhetschef
2021-10-28

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. Verksamheten gick över till Stockholms stad, Södermalm den 1 september 2021.

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. Verksamheterna blev stjärnmärkt verksamhet enligt Svenskt Demenscentrum i början på 2021

Under 2021 har det varit fortsatt fokus på att hantera Pandemin. Vi har fortsatt med daglig extra städning samt avtorkning av tagytor med ytdesinfektion. 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 förstärkts 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.

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.

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 2021 har det registrerats

- 3 avvikelser inom processen ”trygghet och säkerhet/fall”. Ett fall resulterade i en sårskada som behövdes sys
- 1 avvikelse inom processen ”trygghet och säkerhet”. 1 gäst som avvikit från utevistelse på innergård. Hen återfanns i sitt hem
- 2 avvikelser efter egenkontroll genomförandeplaner. Verksamheten har haft gäster som pausat där det ej hade uppdaterats i genomförandeplan. Den andra avvikelsen var avsaknad av tre genomförandeplaner på en verksamhet. Avvikelser kring genomförandeplaner åtgärdades omgående.

Under 2021 har vi ej haft någon smittspridning på verksamheterna. En del gäster har hållit sig hemma och pausat sin plats tills vaccinationer blev genomförda. Vid något tillfälle har gäst kommit med sjukdomssymtom till verksamheten. Denne har då isolerats i ett rum i avvaktan på transport hem. Dialog har förts med hemtjänst och anhöriga om att de ska kontrollera så att de inte skickar en gäst med sjukdomssymtom till dagverksamhet.

Med våra rutiner gällande förebygga att gäst avviker har det under året inträffat ett tillfälle då en gäst avvikit för en kort stund under utevistelse. Gästen 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 2021 har inga klagomål på verksamheten inkommit. Positiva synpunkter har under året i större utsträckning registrerats i TQM.

Under året har vi registrerat 7 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 ”bra aktiviteter” det sätter guldkant på tillvaron” ”doftar gott och ger värme” har förändrat vardagen till det bättre” 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

viker 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	2021
Lex Maria	0
IVO ärenden	0
Ärenden patientnämnden	0
Lex Sarah	0
Vinterkräksjuka	0
Gäst avviker	1

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvården

Frågeställning	2021
Utebliven dos	0
Dubbel dos	0
Felaktigt iordningställande	0
Förväxling	0
Utebliven signering	0
Fall i verksamhet	3
Frakturer pga av fall	0