



Patientsäkerhetsberättelse

Egen regi Norrmalm

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet
2019-02-20

Ann-marie Henriksson Verksamhetschef Väderkvarens Vård- och omsorgsboende
Charlotta Johansson Verksamhetschef Malmskillnadsgatans gruppboende
Winnie Nordangård biträdande enhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
EGEN REGI NORRMALM	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	10
Utredning av händelser - vårdskador	11
Informationssäkerhet	11
RESULTAT OCH ANALYS.....	12
Egenkontroll	12
Avvikelse.....	13
Klagomål och synpunkter	14
Riskanalys.....	Error! Bookmark not defined.
Mål och strategier för kommande år.....	15

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver processer, rutiner och genomfört patientsäkerhetsarbete i verksamheter inom äldreomsorg och socialtjänst. Vidare beskrivs det övergripande kvalitetsarbetet och kompetensutvecklingen. Målet med patientsäkerhetsarbetet är att öka vårdens kvalitet samt att minska risker och förhindra vårdskador.

I denna patientsäkerhetsberättelse för egen regi inom Norrmalms stadsdelsförvaltning bedrivs hälso- och sjukvård på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, Väderkvarnens servicehus, dagverksamheten Mimer, dagverksamheten Klockhuset och Malmskillnadsgatans gruppboende. Väderkvarnens hälso- och sjukvårdsenhet ansvarar för all hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå på egen regi. Klockhusets dagverksamhets hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå ligger sedan november 2018 på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende. Den hälso- och sjukvård som erbjuds är huvudsakligen överlämnade av läkemedel samt vid behov råd och stöd av sjuksköterska till personal. Verksamheten har utsedd ansvarig sjuksköterska för dagverksamheten.

Väderkvarnen har under året fortsatt sitt arbete med att utveckla ledningssystemet, egenkontrollen, de lokala rutinerna och det teambaserade arbetssättet. Loggkontroll har genomförts en gång i månaden för uppföljning av åtkomst till journaler. Teammöte har hållits två gånger per månad på varje avdelning. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och omvårdnadspersonal deltar på dessa möten.

För att bidra till ökad livskvalité för de demenssjuka har verksamheten fortsatt med reflektionsmöten enligt Silviacertifieringen.

För att säkerställa bemanning av sjuksköterska har verksamheten sett över och infört ett nytt schema vilket medfört att fler sjuksköterskor är i tjänst dagtid och färre schemalagda kvällar och helger, minimibemanning är alltid en sjuksköterska på plats i verksamheten.

Verksamheten har låga siffror för anmälda avvikelser gällande exempelvis läkemedelsavvikelser. Analys av avvikelser visar på ett behov av att öka följsamheten till riktlinjen för avvikelshantering.

Under 2018 har verksamheten fortsatt att arbeta de nationella kvalitetsregistren, Senior Alert, Svenska palliativ registret och BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom). Resultat för 2018 visar förbättringar vad gäller antalet registrering.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder för att förebygga att patienten drabbas av vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig skada, psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Visionen är noll vårdskador.

Vårdtagare och närstående ska ges möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar. Samverkan med vårdtagare ska vara en del i det naturliga utvecklingsarbetet.

Verksamheterna har system för patientsäkerhetsarbetet för att arbeta riskförebyggande i dessa områden:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Fallolyckor
- Risk för undernäring
- Risk för trycksår
- Brister i informationsöverföring mellan olika vårdgivare
- Brister i kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare
- Brister i medicinteknisk utrustning
- Brister i speciell omvårdnad/rehabilitering

Egenkontroll och uppföljning av avvikelser ingår i verksamheternas kvalitetsarbete.

Kompetenshöjande insatser som till exempel utbildning och egenkontroll med återkoppling till personal används på enheterna.

Organisation och ansvar

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

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas. I ansvaret ingår att se till att verksamheten har ett lokalt ledningssystem samt att personalen har rätt kompetens och att den upprätthålls.

Verksamhetschef ansvarar för att Stadens riktlinjer för hälso- och sjukvård och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) hälso- och sjukvårdsregler är kända för personalen och att dessa regler efterföljs.

Verksamhetschefen har även ett ansvar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Verksamhetschefen kan ge i uppdrag till särskilt ansvarig befattningsinnehavare att fullgöra enskilda ledningsuppgifter enligt 2017:80 4 kap. 5§ hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschefen har dock kvar det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården enligt gällande förordning.

MAS och MAR ansvarar för att patienten får en god och säker hälso och sjukvård inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår att bedöma om händelser i verksamheten inneburit risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan enligt lex Maria.

Verksamhetschef, MAS och MAR ska samverka och samråda i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Biträdande enhetschefer ansvarar för att:

- I samråd med verksamhetschef upprätta och dokumentera samtliga lokala rutiner, regler och arbetssätt
- Se till att rutiner, regler och arbetssätt är tillgängliga för medarbetarna och tillämpas
- Följa upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten
- Försäkra sig om att egenkontrollen är tillräcklig och att arbetsmetoder och arbetsrutiner överensstämmer med krav på en god och säker hälso- och sjukvård

Legitimerad personal ansvarar för att:

- Följa lagar, riktlinjer, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten
- Rapportera och dokumentera avvikelser eller risk för avvikelse/vårdskada samt följa upp avvikelsen
- Rapportera i nationella kvalitetsregister
- Medverka till hög patientsäkerhet genom att delta i kvalitets- och utvecklingsarbete

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholm stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och landsting. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg.

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan med läkarorganisationen
- Samverkan nutritionsbehandling
- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning av medicin tekniska produkter
- Kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter

Väderkvarnen har under året haft samverkansmöten med:

- Läkarorganisation
- Flexident-tandvård
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Malmskillnadsgatans gruppbostad har planeringsmöten med psykiatrisk öppen- och slutenvård vid behov. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har haft en regelbunden kontakt med ansvarig läkare och sjuksköterska från psykiatrien.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende och servicehus.

Samverkan med boende och närstående sker på många olika sätt. Vid inflyttning erbjuds ett hälsosamtal där man fokuserar på den enskildes resurser.

Malmskillnadsgatans gruppbostad inom socialpsykiatrien

Samverkan sker med den enskilde i alla frågor gällande dennes hälsa. Att initiera nödvändiga kontakter kräver både kunskap om bemötande och om motivationsarbete. Medarbetarna kan trots dessa kunskaper i vissa fall få svårt att motivera den enskilde till att upprätthålla kontakter med vårdgivare och ta sin medicin. I dessa fall är kontakt med en anhöriga och/ eller företrädare värdefull och kan vara till stor hjälp.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Avvikelsehanteringen är till för att få fram de brister och risker som finns i vårdarbetet och för att kunna åtgärda dessa och därmed öka säkerheten för patienterna.

All personal ska rapportera avvikelser och hälso- och sjukvårdspersonal registrerar inkomna avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område samt alla fall i avsedd avvikelsemodul. Verksamheten ansvarar för hantering av avvikelser och att utreda händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vid misstanke om vårdskada eller risk för vårdskada kontaktas MAS/MAR för beslut om utökad utredning och ställningstagande för eventuell anmälan enligt lex Maria.

Väderkvarnen

All personal som upptäcker en avvikande händelse ska omedelbart kontakta tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal som bedömer om fortsatta åtgärder samt kontaktar läkare vid behov. Händelsen och dess konsekvens analyseras, Verksamhetschef/biträdande enhetschef läser och tar del av händelsen i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

MAS/MAR ska omedelbart informeras vid händelse av allvarlig karaktär. Analys av händelser, planering och beslut om åtgärder för att förhindra återupprepning av liknande incidenter sker i ett kvalitetsråd där chefen tillsammans med samtliga yrkeskategorier diskuterar ärenden. Avvikelse i verksamheten återkopplas till samtliga personal av ansvarig chef och legitimerad personal

Malmskillnadsgatan

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har varje vecka ett möte med all dagpersonal. Biträdande enhetschef deltar på dessa möten varannan vecka. På mötet går sjuksköterskan igenom alla klienter och här rapporterar även personalen omständigheter som kan betraktas som risker. Då en risk för vårdskada eller en verklig händelse som kunde ha lett till en vårdskada identifieras så kontaktar sjuksköterskan omedelbart ledningen och MAS. Ledningen utreder tillsammans med personal och sjuksköterska händelsen eller risken för att det skall uppstå en händelse, analyserar det som kommit fram i utredningen för att sedan skapa en plan för åtgärder och bedöma risken för att något liknande händer igen samt planera förebyggande åtgärder om så skulle vara fallet.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomåls- och synpunktshantering gällande hälso- och sjukvård ska ingå som en naturlig del i verksamheternas kvalitetsarbete och ska dokumenteras och diarieföras. Klagomål eller synpunkt ska utredas skyndsamt och tas upp i verksamheternas kvalitetsråd samt återkopplas till den person som lämnat in den.

Väderkvarnen

Verksamhetens klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Synpunkter och klagomål hanteras av biträdande enhetschef som utreder ärendet och ger feedback till den som lämnat klagomålet. Utifrån klagomålet eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschef en bedömning om ett analysteam ska tillsättas. Verksamhetschef ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas.

Policyn är att ta upp en incident eller ett klagomål snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med bristen. Återkoppling med redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder lämnas inom 14 dagar till en som inkommit med synpunkt/klagomål.

Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården ska verksamheten informera MAS/MAR. Inkomna klagomål och synpunkter från Patientnämnden och IVO diarieförs centralt i förvaltningen. Återkoppling sker alltid skriftligt.

Malmskillnadsgatan

Alla klagomål diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Klagomålen diskuteras på enheten och eventuellt på äldre- och socialtjänstavdelningens ledningsgrupp. Åtgärder vidtas utifrån eventuella brister i verksamheten som framkommer. Den som mottar en muntlig synpunkt eller klagomål ska registrera denna och överlämna blanketten till ansvarig chef.

Enhetschefen eller biträdande enhetschef ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. Klagomålet eller synpunkten diskuteras på närmaste enhetsmöte som sker varje vecka. I de fall något ska åtgärdas dokumenteras detta och ansvariga utses.

Återkoppling med redovisning över vidtagna åtgärder lämnas inom 14 dagar till den som har lämnat klagomål eller synpunkter. Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården rapporteras detta till MAS.

Egenkontroll

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

Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård inhämtas i verksamheten med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Väderkvarnen

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Dokumentation	En gång per år	Egenkontroll enligt framtagen struktur/mall
Loggkontroller	Månadsvis	Logglistor i Vodok 2.0
Riskbedömningar fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	En gång per år	Sammanställning i journalsystemet Vodok 2.0
Infektionsregistrering	Månadsvis	Framtagen mall
Basala hygienrutiner	Två gånger per år	Självskattning
Nattfasta	Två gånger per år	Framtagen mall
Vård i livets slut	En gång per år	Svenska palliativregistret
Funktionsbedömning ADL		
Avvikelser	Månadsvis	Vodok 2.0
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	Två gånger per år	Punktprevalensmätning
Indikatorer för skyddsåtgärder	Två gånger per år	Punktprevalensmätning
Uppföljning av hälso- och sjukvården	En gång på år	Mall för verksamhetsuppföljning
Läkemedelshantering	En gång per år	Protokoll extern granskning

Malmskillnadsgatan

Dokumentation	En gång per år	Egenkontroll enligt framtagen struktur/mall
Basala hygienrutiner	Två gånger per år	Självskattning
Avvikelser	Månadsvis	Vodok 2.0
Läkemedelshantering	En gång per år	Protokoll från extern granskning

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Ett fortsatt arbete har pågått med att se över rutiner och verktyg för att få en helhetsbedömning av patienten. Arbete i team fortsätter, teamet kring patienten bidrar alla med sin specifika kunskap. Teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, omsorgspersonal och patient.

Loggkontroller

Rutinmässiga kontroller av åtkomst av journaler utförs regelbundet av biträdande enhetschef.

Dokumentation

Verksamheten har utfört egenkontroll och analys avseende hälso- och sjukvårdsdokumentation. Analysen visar på att det finns utvecklingsområden som verksamheten behöver arbeta med. Arbetet med att utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen har under året fortsatt. Verksamheten har en ICF (*Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*) handledare på plats.

Avvikelsehantering

Verksamheten har arbetat med att ta fram en fungerande rutin samt att implementera denna.

Läkemedelshantering

En kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts.

Vårdhygien

Arbete sker kontinuerligt för att minska risken för att drabbas av vårdrelaterade infektioner. All personal genomgår årligen en webbutbildning gällande basala hygienrutiner. Ett arbete ska påbörjas med att arbeta mer aktivt med basala hygienrutiner, detta får att ytterligare öka följsamheten till de basala hygienrutinerna hos hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonalen.

Teamarbete

Utveckling av teamarbete har pågått under 2018. Teamet består av omvårdnadsansvarigsjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonalen. Under året har dessa teammöten genomförts två gånger i månaden på varje avdelning.

Kompetenshöjande insatser

Årligen uppdateras all personal i läkemedelshantering samt gör ett skriftligt kunskapsprov för

att behålla sin läkemedelsdelegering.

Lyfiteknik

Utbildning i lyfiteknik sker vid nyanställning, målet är att kunna använda lämpligaste förflyttning utifrån patientens, de egna och omgivningens resurser så att förflyttningen blir saker. Lyfiteknik utbildning uppdateras var tredje år. På Malmskillnadsgatan har majoriteteten av personal fått utbildning i lyfiteknik.

Infektioner och antibiotikaanvändning

Antibiotika ska endast användas när det är nödvändigt. Detta för att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier. Infektionsstatistik förs varje månad för att begränsa antibiotikaanvändning. MAS tar del av registreringen för att kunna se tendenser och kunna sätta in åtgärder vid behov i ett tidigt skede.

Riskbedömningar och kvalitetsindikatorer

Verksamheten utför riskbedömningar. Riskbedömningarna är en del av det vårdpreventiva arbetet som syftar till att kartlägga de äldres hälsotillstånd och upptäcka eventuella risker så att adekvata åtgärder kan sättas in. Riskbedömningar erbjuds de boende som är över 65 år samt utförs vid behov.

Kvalitetsregister

På Väderkvarnen vård- och omsorgsboende samt servicehus registrerar man i kvalitetsregistren Senior alert och Palliativ registret. På de fem demens avdelningar tillämpas arbetsmetoden BPSD (*Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom*) med stöd av verksamhetens handledare för BPSD.

Nutrition

Väderkvarnen har även i år fortsatt med arbetet kring mat och måltider med syfte att motverka och behandla undernäring.

Riskanalys

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

De viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är att alla medarbetare arbetar riskförebyggande. Riskanalys utförs vid förändringar som kan påverka patientsäkerheten, riskanalyser ska följas upp kontinuerligt och utvärderas.

Väderkvarnen

Under året har verksamheten genomfört dessa riskanalyser

- Riskanalys för sommaren gällande patientsäkerhet
- Riskanalys för dokumentation
- Konsekvensanalys för ny organisation, nytt arbetssätt och nytt arbetsschema vid servicehuset
- Konsekvensanalys för omorganisation av avdelningar

Malmskillnadsgatan

Riskanalys görs inför sommaren.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under 2018 har en anmälan enligt lex Maria gjorts om en vårdskada gällande nutrition. Bakomliggande orsaker till vårdskadan bedömdes vara brist i kommunikation, dokumentation samt bristande följsamhet till gällande rutiner

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet är hantering av information för önskad tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet. Ett mål för verksamheterna är att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienten som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt. Identifierade risker inom informationssäkerhet är vid informationsöverföring, byte av vårdgivare, otillgänglig vårdinformation och obehöriga.

Verksamheterna arbetar med att förebygga/minska dessa risker genom att skriva avvikelser då annan vårdgivare inte följt överenskommelse gällande informationsöverföring vid utskrivning från slutenvård.

Tillgång till NPÖ- nationell patientöversikt finns där aktuell information samlas. Behöriga vårdgivare kan ta del av denna information efter samtycke. All dokumentation/journalhantering förvaras inlåst och i skydd från obehöriga.

All personal får vid nyanställning information om tystnadsplikt och sekretess, denna information ges även skriftligt och alla ska skriva under på att de ska följa detta.

Rutinmässiga kontroller av åtkomst av journaler utförs regelbundet av biträdande enhetschef så kallade loggkontroller. 2018 års kontroller visar på att inga obehöriga har varit inne i journalerna.

På Malmskillnadsgatan stödboende har man bytt låssystem för att hindra obehöriga att ta sig in till administrativa rum.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Genomförd punkt prevalens mätning (PPM) och riskbedömning visar på att kompetensen inom blåsdysfunktion behöver utvecklas. Gällande skyddsåtgärder visar mätningar på att en stor del av de beslutade skyddsåtgärderna inte har en koppling till en upprättad hälsoplan, vilket är ett krav för att bättre ge förutsättningar att säkerställa användandet och behovet av att kontinuerligt följa upp åtgärderna.

Resultat av mätning av riskbedömningar

Riskbedömningar är en del av det preventiva arbetet för att kartlägga de äldres hälsotillstånd och eventuella risker inom områden som t.ex. fall, undernäring, och trycksår. Andel genomförda riskbedömningar 2018 i jämförelse med tidigare år:

Väderkvarnen	2016	2017	2018
Fallrisk (DFRI)	89 %	85 %	90 %
Risk för undernäring (MNA)	88 %	60 %	60 %
Risk för trycksår (Norton)	88 %	57 %	59 %
ADL bedömningar	90 %	69 %	86 %
Munhälsa (ROAG)	83 %	53 %	52 %
Blåsdysfunktion (Nicola)	85 %	49 %	54 %

Statistik grundas på antal genomförda bedömningar per helår i antal aktiva journaler den 1 januari nästkommande år.

Antal utförda riskbedömningar har ökat under 2018.

På Malmskillnadsgatan har man utfört fyra stycken riskbedömningar gällande fall. Riskbedömning avseende suicid utförs alltid där det anses vara aktuellt.

Granskning av läkemedelshantering av farmaceut

Läkemedelsförrådet granskades i februari 2018. Även några av de boendes egna läkemedelsskåp granskades efter samtycke. Rapport från granskningen visade några mindre brister och dessa har åtgärdats enligt åtgärdsplanen. MAS har följt upp att förbättringsåtgärderna är utförda.

Nutrition

Nattfasta mättes på alla boende i mars och oktober 2018 och visar på att 23 % har en nattfasta som överstiger 11 timmar dvs. 77 % har en nattfasta som inte överstiger 11 timmar, vilket är en förbättring från föregående år.

Palliativregistret

Resultat från Palliativa registret visar att den palliativa vården vid livets slutskede behöver förbättras och utvecklas, bland annat behöver en validerad smärtskattning utföras i större utsträckning. Registreringen i palliativa registret har ökat.

Dokumentation

Egenkontroll och granskning av journaler visar även i år på att dokumentationen är ett fortsatt utvecklingsområde. Grundläggande information finns men dokumentation under rätt sökord samt en ”röd” tråd genom dokumentationen behöver utvecklas.

Vårdhygien - Basala hygienrutiner

Majoriteten av medarbetarna har genomgått Vårdhygiens webbutbildning i basala hygienrutiner. Följsamheten till dessa rutiner mäts en gång per år och resultatet sammanställs av biträdande enhetschef. Ett arbete ska påbörjas med att arbeta mer aktivt med basala hygienrutiner, detta får att ytterligare öka följsamheten till de basala hygienrutinerna hos hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonalen. Egenkontrollen visar på hög följsamhet men observationer visar på sämre följsamhet till de basala hygienrutinerna.

På Malmskillnadsgatans gruppbostad visar egenkontrollen av följsamheten till de basala hygienrutinerna 85 % vilket är en höjning på 10 mot föregående mätning.

Infektioner

Resultat från registreringen under 2018 visar inget anmärkningsvärt gällande infektioner. Resultatet visar på bra resultat kring kateteranvändningen som är mycket lågt.

Influensavaccinering

Av de 98 boende så valde 95 % att vaccinera sig mot influensan (i Stockholms län vaccineras i genomsnitt 51 % av alla över 65 år)

Munhälsa

Under 2018 har 83 % av de som tackat Ja till en munhälsobedömning fått denna utförd. Av de som fått en bedömning uppger 82 % att de inte har ont/känner smärta i munnen. 78 % uppger att de kan tugga utan svårigheter.

Läkemedelsgenomgång

De boendes läkemedel ska gås igenom av läkare minst en gång per år. År 2018 fick 96 % av de boende en läkemedelsgenomgång enligt ansvarig läkarorganisation Legevisitten.

Avvikelser

Avvikelser är av vikt för att kunna hitta bakomliggande orsaker, se mönster och kunna vidta åtgärder för att minimera risker och vårdskador. Avvikelsehanteringen är ett led i verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Det förändrade avvikelsesystemet i Vodok 2.0 har medfört större krav på samverkan i team med ansvarig chef vid utredning och analys av avvikelser i verksamheten. Verksamheten har påbörjat ett mer systematiskt arbete med avvikelser och arbetet med att utveckla detta fortsätter.

Hälso- och sjukvårdspersonalen på Väderkvarnens vård- och omsorgsboende, servicehus och Malmskillnadsgatans gruppbostad har rapporterat avvikelser under 2018 enligt nedan.

Det finns ett möjligt bortfall av registrerade avvikelser som troligen kan bero på att alla händelser inte rapporteras in i avvikelssystemet och därmed inte blir synliga i statistiken.

Analys av avvikelserapporteringen under 2018 visar att det troligen är ett mörkertal gällande avvikelser som rör läkemedelshandlingen, verksamheten hanterar dagligen ett stort antal delegerade överlämningar av läkemedel. Gällande fall så ökade avvikelserna under 2018

Väderkvarnen	2015	2016	2017	2018
Läkemedel	66	25	19	18
Fall	158	98	138	141
Specifik omvårdnad/rehabilitering	15	1	4	3
Vårdkedjan	8	2	4	3
Vårdrelaterad infektion *	3	0	0	0
Trycksår **	-	-	0	0

Malmskillnadsgatan	2015	2016	2017	2018
Läkemedel	5	4	9	0
Fall	1	3	0	2
Specifik omvårdnad /rehabilitering	1	0	0	1
Vårdkedjan	0	1	0	1
Vårdrelaterad infektion*	0	0	0	0
Trycksår **	-	-	0	0

Klagomål och synpunkter

Inkomna synpunkter och klagomål

Under 2018 har Väderkvarnens mottagit två synpunkter och klagomål. Inga klagomål har inkommit till Patientnämndens förvaltning (PAN)

Mål och strategier för kommande år

Väderkvarnen

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska fortsätta utifrån de områden som respektive verksamhet har prioriterat och de områden som har tagits upp vid uppföljningarna.

- Riskbedömningar ska erbjudas alla som flyttar in och genomföras efter samtycke
- Verksamheten ska arbeta med att utveckla egenkontrollen av dokumentation och informationssäkerhet i syfte att utveckla och säkerställa dokumentationen
- Säkerställa följsamhet till de basala hygienrutinerna genom egenkontroll av basala hygienrutiner.
- Stärka hygienombudens roll i det dagliga arbetet på avdelningarna
- Utveckla arbetet med senior Alert, svensk palliativ registret och BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom).
- Avvikelsehanteringen ska utvecklas genom kvalitetsråd och återföring av åtgärder och resultat till medarbetare, de boende och närstående.
- Utveckla arbetet med nutrition och måltider som syftar till att de äldre får en god måltidssituation och tillgodogör sig sitt energi- och vätskebehov.
- Fortsatt mätning av nattfasta två gånger om året, där resultatet ska vara att verksamheten når 100 % gällande nattfasta mindre än 11 timmar (undantaget de boende som själva önskar längre nattfasta).
- Förbättra och utveckla vården vid livets slutskede.
- Under 2019 utbilda palliativa ombud.
- Verksamheten ska säkra att validerad skattning av smärta utförs. Målet är att alla i livets slutskede smärtskattas, dvs. 100 %.

Malmskillnadsgatan

Fortsätta arbetet med dokumentationen och framförallt få timvikarierna att dokumentera mer. Löpande följa upp hur det går vid överlämning och informationsöverföring.