

Patientsäkerhetsberättelse

Görjansängen, Österåkers kommun

2021

2022-01-21

Hedda Odell Verksamhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Måluppfyllelse	4
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
Synpunkter och klagomål	11
Egenkontroll.....	11
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	13
Risikanalys	13
Utredning av händelser - vårdskador	14
Informationssäkerhet.....	14
RESULTAT OCH ANALYS.....	15
Egenkontroll.....	15
Sammanfattning av resultatet från Apoteksgranskning 2021.....	17
Statistik avvikelser, synpunkter/klagomål och lex Sarah/Lex Maria för Görjansängen 2021.....	18
Analys avvikelser 2021.....	19
Risikanalys.....	20
Risikanalys.....	20
Covid-19	22
Mål och strategier för kommande år	23
Referenser	23

Sammanfattning

- Ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9 och äldre standard SS 872500 har upprättats
- Verksamhetens första apoteksgranskning är genomförd
- Ett hjälpmedelsförråd har upprättats
- Verksamheten har infört beredskap för sjuksköterska under jourtid
- Samarbete med hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) inom LSS har startats
- Lifecare HSL har införts
- Delegeringsprocessen har digitaliserats
- Digitala signeringslistor (Appva) har införts
- Hälso- och sjukvårdspersonal har genomgått kompetensutveckling inom digitala signeringslistor, användarutbildning i Lifecare HSL, HLR, förflyttningsutbildning, avvikelseutbildning, stomi, måltider för äldre.
- Planerat för samarbete med träffpunkten gällande aktiviteter

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Görjansängen är ett särskilt boende för äldre som öppnades på Ljusterö 2021-06-15. Ljusterö särskilt boende är ett nytt och modernt boende mitt i naturen, på skärgårdsön Ljusterö. Boendet rymmer tio lägenheter och är till för äldre och har omfattande vård- och omsorgsbehov. Här finns en naturlig kontakt med omgivningen såsom trygghetsboendet Görjansgården, dess träffpunkt och ett av kommunens tillagningskök där boendets måltider tillagas. Verksamheten består av 2,25 helårsarbetande sjuksköterskor med arbetstid förlagt dag, kväll och helg. Från och med 2021-07-01 har verksamheten övergått i egen regi för jourverksamheten där sjuksköterska har beredskap var sjätte vecka. Boendet har också tillgång till 0,1 helårsarbetande fysioterapeut och 0,2 helårsarbetande arbetsterapeut.

Övergripande mål och strategier

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

Görjansängen mål för 2021:

Måluppfyllelse

Ökad digitalisering

● Målet att personalen ska utbildas i beslutade IT-verktyg är ett långsiktigt förvaltningsövergripande mål. Inom Görjansängen innebär detta bland annat att personalen ska utbildas i olika systemstöd som exempelvis Lifecare HSL, Lifecare utförare, Lifecare avvikelser, Appva (digitala signeringslistor, beställningsportalen, Pascal och Synfoni.

Status	Aktiviteter	Kommentar
✓	Lifecare avvikelser	
✓	Digitalisera delegeringsprocessen	
✓	Lifecare HSL	Infördes 2021-12-01

Görjansängen är ett litet modernt boende med olika typer av hjälpmedel och välfärdsteknik för ökad trygghet och möjlighet till självständighet. Här kommer det finnas en upplevelsecykel som är tänkt att skapa en interaktiv cykelupplevelse för kunden som kan cykla runt om i världen.

Eftersom självständighet och jämlikhet är viktigt har Ljusterö särskilt boende satsat på välfärdsteknik som stödjer detta. Bland annat genom en matningsrobot som är ett hjälpmedel för dig med nedsatt funktion i armar eller händer men som vill kunna äta självständigt. För många människor kan djur spela en viktig roll och ett alternativ till levande husdjur är ett terapidjur som kan berika det dagliga livet genom ökat psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. På Ljusterö särskilt boende finns det

flera terapidjur som kan ge lugn och trygghet och vara ett redskap för ökad interaktion och kommunikation mellan kunden, vårdpersonalen och anhöriga.

Nyckelfritt särskilt boende

● Görjansängen är ett nyckelfritt boendet. Lägenhetsdörrar är kopplade mot en APP från ThunSTALL där även trygghetslarmet ingår.

IPADS

● Verksamheten har tillgång till 6st Ipads som används vid aktiviteter eller för att läsa nyheter.

Digitala terapidjur

● Inom verksamheten finns flera terapidjur (hundar och katter)

Matstödsrobot

■ Boendet har tillgång till en matningsrobot, men har inte kommit gång med användningen. Målet för 2022 är att leverantör Camanio ska komma till boendet och demonstrera sin produkter.

Upplevelsecykel

■ Leverantören Camanio är kontaktad då upplevelsecykeln måste kopplas ihop och programvaran uppdateras. Detta är ett pågående ärende hos Camanio.

Status	Aktiviteter	Kommentar
✓	Kontakta leverantör Camanio	Cykel ska få uppdaterad programvara under 2022 och ska kunna tas i bruk efter det.

Ekonomi i balans inom respektive verksamhetsområde

◆ Görjansängen är ett särskilt boende för äldre som öppnades på Ljusterö 2021-06-15. Ljusterö särskilt boende är ett nytt och modernt boende mitt i naturen, på skärgårdsön Ljusterö.

Boendet rymmer tio lägenheter och är till för dig som är äldre och har omfattande vård- och omsorgsbehov. Här finns en naturlig kontakt med omgivningen såsom trygghetsboendet Görjansgården, dess träffpunkt och ett av kommunens tillagningskök där dina måltider tillagas. Verksamheten består av 2,25 helårsarbetande sjuksköterskor med arbetstid förlagt dag, kväll och helg. I verksamheten arbetar också 4,51 USK dag 1,97 USK natt 1,41 Vårdbiträde dag

Från och med 2021-07-01 har verksamheten övergått i egen regi för jourverksamheten där sjuksköterska har beredskap var sjätte vecka. Boendet har också tillgång till 0,1 helårsarbetande fysioterapeut och 0,2 helårsarbetande arbetsterapeut. Avtal med extern leverantör för fotvård och dietist är upprättat.

Resultatindikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Analys
 Ekonomi i balans inom respektive verksamhetsområde		560 897	0	

Status	Aktiviteter	Kommentar
	Månadsuppföljning	Följ upp månadsvis tillsammans med controller

Österåker ska erbjuda högsta kvalitet på omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning

 Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 är upprättat och följs upp i Stratsys. I stratsys finns aktuella processer, egenkontroller, riskanalyser och avvikelsestatistik. Därutöver arbetar verksamheten efter äldre standard SS 872500, där processer och rutiner är uppbyggda efter äldre standarden på intranätet. Ledningssystemet är ett levande system med strävan om ständiga förbättring och arbetas med kontinuerligt i verksamheten.

Status	Aktiviteter	Kommentar
	Upprätta Ledningssystem för kvalitet	

Österåker skall ha en trygg miljö

Resultatindikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Analys
 Antalet avvikelser inom VoO verksamheter		25	20	

Sänglarm/Rörelsesensor

 Sänglarm finns att tillgå i alla lägenheter och kopplas igång om behov uppstår. Rutiner finns för begränsningsåtgärder.

Status	Aktiviteter	Kommentar
	Leverantör installerar	
	Utbildning av personal	

Status	Aktiviteter	Kommentar
✓	Rutin begränsningsåtgärd	

Attraktiv arbetsgivare

● Personalen vid Görjansängen har under 2021 genomgått kompetensutveckling inom följande områden:

- Digitala signerings listor (Appva),
- Användarutbildning i Lifecare HSL (SSK)
- HLR
- Förflyttningsutbildning
- Läkemedels delegering
- Lifecare avvikelse
- Basala hygienrutiner
- Måltider för äldre
- Måltidshygien
- Praktisk utbildning mat för äldre
- Social dokumentation (USK)
- Stomi

Status	Aktiviteter	Kommentar
✓	Kompetensutveckling	
✓	Regelbundna APT	

Medarbetarundersökning



Resultatindikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Analys
● HME index		87	79	

Organisation och ansvar

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

Produktionsförvaltning Österåkers kommun har ett övergripande ansvar för styrning av kommunalt drivna vård- och omsorgsverksamheter, samt för att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Det finns ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och arbetsmiljöarbetet som gäller för samtliga verksamheter inom vård och omsorg. Systemen finns tillgängligt för all personal via kommunens intranät och Stratsys.

Verksamhetschefen har enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvar för att verksamheten tillgodoser en hög patientsäkerhet och en god kvalitet. Verksamhetschef har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Dessutom ingår ansvar för att legitimerad personal har rätt kompetens och en giltig legitimation.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp det dagliga arbetet för omvårdnaden och ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs korrekt samt dokumenterar i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Journalssystemet som användes fram till 2021-12-01 var Procapita. Lifecare HSL infördes 2021-12-01. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs samt dokumenterar i HSL-journalen i Procapita/Lifecare. Verksamhetschef är ansvarig för rapportering och utredning av avvikande händelser. Under 2021 har arbetet med en övergång till ett nytt journalsystem Lifecare HSL startats.

Verksamhetschefen ansvarar tillsammans med enhetschef för att upprätta och revidera lokala rutiner utifrån rådande riktlinjer. Legitimerad personal granskar vid behov rutinerna innan de förmedlas till verksamhetens personal.

Under jourtid (kvällar, nätter och helger) har det varit joursjuksköterska från upphandlad leverantör som personalen kontaktar om de har frågor kring vården. 2021-07-01 övergick detta i egenregi med beredskaps sjuksköterska.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan är synonymt med samarbete, lagarbete och gemensamt uppträdande. Samverkan har en avgörande betydelse för att äldre ska få en god vård och omsorg utifrån sina individuella behov. Enligt studier finns det flera viktiga parametrar för en väl fungerande samverkan: Förståelse för varandras professioner, klart definierade funktionsgränser, lagarbete, samordnad administration, gemensamma mål och samordnad politisk ledning. (Matscheck och Axelsson 2012)

Inom Görjansängen arbetar man ständigt i strävan att samverka för högsta möjliga patientsäkerhet. Samverkan förekommer strategiskt enligt följande mötesstruktur:

- Ledningsgruppsmöten inom Produktionsförvaltningen vård och omsorg organiseras 2 gånger per månad. Mötena leds av Verksamhetschef. Medverkande är enhetschefer från LSS-enheter och Enhetschef Görjansängen. Här finns forum att samverka på ledningsnivå.
- Samverkan med läkarorganisation (Legevisitten) sker ungefär 2ggr/termin.
- På Görjansängen hålls APT där alla yrkeskategorier medverkar tillsammans med verksamhetschef och Enhetschef.

- På Görjansängen träffas legitimerad personal (SSK, AT och FT) 1ggr/vecka och diskuterar operativa frågor på individnivå, med syfte att samverka för att stärka det tvärprofessionella teamarbetet runt patienten.
- Tillgång som konsument till NPÖ och läsfunktion i Take Care har skapats för att förstärka samverkan och patientsäkerheten tillsammans med externa aktörer.
- HSL-möte med all legitimerad personal (HSE och Görjansängen) sker strukturerat var sjätte vecka.
- SSK-möte där alla SSK från Görjansängen deltar sker i samband med APT var sjätte vecka.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Tydlig, saklig och korrekt information om olika former av omsorg, service, omvårdnad, rehabilitering, sociala och kulturella aktiviteter och träning är förutsättningar för den äldres delaktighet. Personalen måste vara lyhörd inför de äldres olika förutsättningar utifrån kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, språk, fysisk eller kognitivfunktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

På Görjansängen sker samverkan med patienter och närstående, kontaktpersoner samt gode man via ankomstsamtal eller planeringsmöte både vid ändrat hälsotillstånd eller uppföljning. Ibland sker kontakt med närstående eller god man per telefon. Vårdplan/genomförandeplan dokumenteras i Lifecare när problem uppstår och åtgärder behövs. Genomförandeplan/vårdplan uppdateras vid behov men minst 1 gång/år. Medverkande är patienten, närstående eller god man, personal och HSL-personal. Vården utgår alltid från genomförandeplanen.

Då kunden flyttar in får kunden ta del av ett välkomstmateriel, där verksamheten presenteras. Patienten har möjlighet att dela med sig av sin levnadsberättelse för att personalen ska ha möjlighet att lära känna patienten bättre. Verksamheten arbetar aktivt med synpunkter och klagomål som ett led mot ständiga förbättringar.

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

Delaktigheten för patienterna inom Görjansängen säkerställs och effektiviseras genom samverkan i vårdprocessen för patienten. Läkarrond genomförs en gång per vecka då ansvarig läkare besöker Görjansängen. Avtal finns vid behov av dietist och medicinsk fotvård. Samverkan görs genom tydlig kommunikation och ett nära samarbete mellan alla yrkeskategorier. Samarbetet stärks via en tydlig intern mötesstruktur, samt ett välfungerande samarbete mellan verksamhetschef, HSL-personal, enhetschef och omvårdnadspersonal.

Hälsö- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Rutiner för avvikelser finns tillgängliga för all personal på intranätet. Under 2021 bytte verksamheterna i kommunalregi avvikelssystem från Procapita till Lifecare avvikelser. En utbildningsfilm spelades in för att tydliggöra vad en avvikelse är samt hur man dokumenterar en avvikelse. Vi öppnandet av Görjansängen 2021-06-02 utbildades all personal i avvikelserutinerna och systemet genom en workshop.

1. När en avvikelse inträffar dokumenterar berörd personal händelsen i systemet Lifecare avvikelser, vad som har hänt eller skulle kunnat hända. Personalen beskriver händelseförloppet, vilka orsaker den kan se till händelsen och vilka åtgärder som behövs för att förhindra att det inträffar igen. Avvikelser gällande läkemedel ska alltid rapporteras till ansvarig sjuksköterska. Avvikelser gällande fall och medicintekniska produkter ska alltid rapporteras till ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.
2. Verksamhetschef tar alltid del av avvikelsen och gör en bedömning av eventuella vidare åtgärder. Verksamhetschef ansvarar även för uppföljning och utvärdering av avvikelsen.

3. Vid risk för eller vid konstaterat missförhållande rapporteras detta som en Lex Sarah enligt kommunens rutiner. Där rapport och utredning görs av respektive enhetschef och därefter överlämnas rapport och utredning till verksamhetschef för bedömning.
4. Vid risk för vårdskada eller vid vårdskada rapporteras händelsen med utredning över till Verksamhetschef, Produktionsförvaltningen vård och omsorg, för hantering enligt MAS/MAR riktlinjer.
5. Verksamhetens avvikelser med dess åtgärder diskuteras och följs upp månatligen på APT.
6. Varje yrkeskategori inom HSE stöttar Enhetscheferna på LSS-verksamheterna i avvikelser rörande omvårdnadspersonalen och hälso- och sjukvårdsinsatser.
7. Avvikelser gällande externa aktörer hanteras i samverkan med berörd aktör. Händelsen dokumenteras och delges aktuell aktör. Analys och uppföljning av gemensamma avvikelser sker på samverkansmöten.
8. Verksamhetschef inom Hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att nya medarbetare introduceras i verksamhetens avvikelse rutiner.

Synpunkter och klagomål

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

Görjansängen arbetar enligt kommunens rutiner för synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål, både interna och externa kan tas emot via telefon, mail eller i mötet med annan person. Dessa dokumenteras sedan 2021 i Lifecare avvikelser som finns tillgänglig för alla medarbetare på intranätet (inomskärs) eller via externa webbplatsen www.osteraker.se. Här beskrivs synpunkten eller klagomålet samt vilka orsaker som kan ligga till grund för Synpunkten/klagomålet.

Enhetschef och Verksamhetschef ansvarar för att:

- Bedöma vilken typ av synpunkt och klagomål rapporten beskriver
- Om möjligt vidta åtgärder i verksamheten
- Informera personalen om synpunkterna och åtgärderna
- Skicka svar till administrative samordnaren för produktionsförvaltningen för diarieföring.
- Lämna en återkoppling till den som lämnat synpunkterna inom 2 veckor

Egenkontroll

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

Egenkontroller enligt verksamhetens egenkontrollprogram:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Protokoll
Delegering	1 gång per år och vid behov	Protokoll
Apoteksgranskning	1 gång per år	Protokoll
Läkemedelshantering	1 gång per år	Rutin

Avvikelser	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet och Stratsys
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Lagefterlevnadskontroll	1 gång år	Checklista, enhetschef
Loggkontroll	4-6 gånger år	Blankett som skrivs på av enhetschef Underlaget förvaras sen hos systemförvaltaren.
Förflyttningsutbildning	1 gång per år/enhet och vid behov	Information lämnas till ansvarig chef på respektive enhet om vem som genomfört utbildningen.
Hjälpmedel funktionskontroll	Vid utlämnade av hjälpmedlet samt vid behov dock minst en gång/år.	Dokumenteras på hjälpmedlets respektive inventarieblad samt på översikten.
Hjälpmedels inventering	1 gång per år och vid behov	Uppdaterad inventarielista
Sängar	Besiktning vartannat år	Protokoll från levererande företag
Lyftsele	Vid varje lyft samt två gånger per år	Dokumenteras på hjälpmedlets respektive inventarieblad samt på översikten.
Tak- och golvlift	1 gång per år	Dokumenteras på hjälpmedlets respektive inventarieblad samt på översikten.
Inventering av skyddsutrustning	1 gång per år	Dokumenteras i lista för skyddsutrustning
Kontroll av varmvatten	Vid behov eller 2 gånger per år	Dokumenteras i Stratsys
Kontroll att rutiner är aktuella för värmebölja	1 gång per år	Dokumenteras i Stratsys

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Görjansängen har arbetat enligt följande för att öka patientsäkerheten under 2021:

- Digitalisering av delegeringsprocessen
- Verksamheternas processer har riskbedömts och åtgärder har vidtagits vid behov för att öka patientsäkerheten
- Apoteksgranskning har genomförts och handlingsplan upprättats.
- Egenkontrollplanen har följts under 2021.
- Aktivt deltagit för att ta fram rutiner för att minska smittspridningen av Covid-19 inom verksamhetsområdet. Utbildat omvårdnadspersonal i hantering av skyddsutrustning. Samverkat med omvårdnadspersonal för att kunna agera snabbt om någon kund påvisat symtom för Covid-19
- Strukturerad genomgång av verksamhetens rutiner och dess aktualitet har genomförts detta görs minst en gång om året eller vid behov. Alla rutiner finns tillgängliga för medarbetarna på intranätet.
- Infört beredskap i egenregi för sjuksköterskor
- Kompetensutveckling inom området för inkontinens, HLR, Stomi, avvikelser.

Risikanalys

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

I förbättringsarbetet läggs stor vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskbedömningar för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar i verksamheten. Inför förändringar av verksamheten eller förändringar av personalens sammansättning genomförs riskanalys enligt verksamhetens rutiner. Enhetschefen initierar processen men utför analysen tillsammans med berörda yrkeskategorier. Möjliga konsekvenser identifieras för enskilda medarbetare, arbetsgrupp, verksamhet och patient. En handlingsplan skapas med åtgärder och en tydlig tidsplan för uppföljningar.

Med hjälp av riskanalys bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. För att säkerställa att Görjansängen uppnår avsedda resultat med ledningssystemet har Görjansängen fastställt de risker som behöver hanteras i verksamheten. Detta för att på förhand kunna eliminera risker, eller och ha planering för när de inträffar.

Målet med riskanalysen är att: identifiera accepterade risker, eliminera risker, hantera/minimera risker samt indirekt via identifieringen se förbättrings möjligheter. Riskanalyser skall omfatta verksamhetens samtliga delar för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och föreskrifter och beslut.

Läs mer om verksamhetens riskanalyser under analys och resultat.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Alla avvikelser och synpunkter har hanterats under 2021. De mest förekommande avvikelserna gäller läkemedel. Se statistik under resultat och analys.

Samverkan gällande avvikelshantering med Enhetschef för Görjansängen sker kontinuerligt och sjuksköterska deltar aktivt vid verksamhetens APT för att diskutera avvikelser vid behov.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Österåkers kommun har under lång tid använt Procapita för hälso- och sjukvårds dokumentation inom områdena äldreomsorg och funktionsnedsättning. Leverantören för Procapita är Tieto Evry som har utvecklat ett nytt verksamhetssystem Lifecare. Lifecare består av flera olika moduler där kommunen valt att satsa på flera av dem. Lifecare HSL är ett komplett journalsystem för kommunal hälso- och sjukvård. För att bygga upp modulen krävs ett omfattande arbete för att anpassa verksamheten efter ICF standard och skriva aktuella frastexter. Syftet med Lifecare HSL är en ökad patientsäkerhet. Patienten ska få en rätt behandling vid rätt tillfälle. Lifecare HSL ska ge stöd för användaren i det dagliga patientarbetet. Produktionsförvaltningens verksamhetsområde Vård och omsorg vill utveckla och kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Sträng sekretess gäller inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för uppgifter om en enskilds personliga förhållande. Det innebär att uppgifter inte får röjas om det inte står klart att de kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men (Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 25 kap.1§ och 26 kap. 1§).

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för hantering av journaler i verksamheten. Ansvaret omfattar bland annat att tilldela, förändra och avsluta behörigheter för legitimerad personal samt att följa upp att kontrollen av åtkomsten till patientuppgifter är korrekta genom loggkontroller.

De medarbetare som har behörighet till dokumentationssystemet Procapita/Lifecare, har själva ansvar att arbetet utförs från en säker dator under sekretess. Medarbetare, skall skydda sin inloggning med säkra lösenord, aldrig lämna datorn öppen med känslig information och försäkra sig om att datorn aldrig lämnas utan uppsyn på offentlig plats. Personal som inte har en aktuell pågående vårdrelation av patienten får inte utan samtycke läsa någons patientjournal även om tillgänglighet och om möjlighet finns. Alla aktiviteter loggas i datajournalen.

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk utför verksamheten loggkontroller för hälso- och sjukvårdsdokumentationen i Procapita/Lifecare.

Procapita

Vårdgivaren säkerställer att personuppgifter som behandlas i informationssystem säkerhetskopieras med en fastställd periodicitet. Säkerhetskopiorna förvaras på ett säkert sätt, väl åtskilda från

originaluppgifterna. Återläsningstester av kopiorna ska göras. För journalsystemet ProCapita tas backup, en gång per dygn samt en gång per vecka. Veckobackuper sparas en månad.

Vårdgivaren utvärderar årligen skyddet mot såväl intern som extern olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter.

Journalsystemet Procapita är säkerhetsklassat. Det tekniska skyddet i form av exempelvis brandväggar, testas regelbundet av extern part så kallat Penetrationstest. Loggning utvärderas regelbundet via AI. Externåtkomst av journalförande system kräver tvåfaktorsinloggning för användare och vid behov av konsult öppnas enbart på begäran kopplat till ett ärende.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Ny kund särskilt boende för äldre

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall
 Godkänd	Lagefterlevnads-kontroll	Följer enheten de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Finns det några nya eller uppdaterade lagar inom området?	

Kundens vardag särskilt boende för äldre

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall
 Delvis godkänd	Följsamhet måltidsrutiner		Egenkontroll juli 2021 påvisar brister på temperatur mätning och måltidsmiljö
 Godkänd	Besiktning, periodisk inspektion inventering och funktionskontroll av hjälpmedel/medicinteknisk utrustning	Egenkontroll som beskriver att aktuella rutiner för hjälpmedel följs	
 Godkänd	Egenkontroll läkemedel	Egenkontroll för att kontrollera att rutinerna för läkemedel är aktuella samt att delegeringsprocess och rutin fungerar.	
 Ej kontrollerad	Punktprevalensmätning hygien	SKR kontroll av basala hygienrutiner och klädregler	
 Godkänd	Basala hygienrutiner	Egenkontroll med självskattnings	
 Godkänd	Munhälsobedömning	Alla kunder ska erbjudas munhälsobedömning av upphandlad leverantör, sjuksköterska behöver i samband med inflyttning registrera kunden i Synfoni.	

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall
		Har alla ssk behörighet? Är rutinerna uppdaterade	
● Godkänd	Kontroll av legitimation och belastningsregistret vid nyanställning	Vid anställning av HSL personal ska legitimationen kontrolleras via socialstyrelsen. All personal som anställs ska kontrolleras mot belastningsregistret	
● Godkänd	Kompetensutveckling	Verksamheten arbetar efter utbildningsplanen. Arbetsplats lärande	
● Godkänd	Verksamhetsplan	Verksamheten ska ha en aktuell budget och verksamhetsplan	
■ Ej kontrollerad	Verksamhetsberättelse	Verksamheten ska presentera årsbokslut och redovisa verksamhetens resultat i en verksamhetsberättelse	
■ Ej kontrollerad	Patientsäkerhetsberättelse	Patientsäkerhetsberättelse enligt PSL ska upprättas årligen.	
● Godkänd	Genomgång av intranätet och verksamhetens rutiner	Se till att alla rutiner är aktuella	
● Godkänd	Avvikelser och synpunkter/klagomål jan-juni	Kontroll att avvikelser är åtgärdade, uppföljda och avslutade. Är avvikelse statistiken uppdaterad? Statistik över antalet synpunkter/klagomål till socialförvaltningen	
● Godkänd	Avvikelser och synpunkter/klagomål juli-dec	Kontroll att avvikelser är åtgärdade, uppföljda och avslutade. Är avvikelse statistiken uppdaterad? Statistik över antalet synpunkter/klagomål till socialförvaltningen	
● Godkänd	Inventering av skyddsutrustning	Finns det ett beredskapslager för aktuell skyddsutrustning	
● Godkänd	Apoteksgranskning	Apoteksgranskning ska genomföras minst en gång per år och handlingsplan ska tas fram för åtgärderna	
● Godkänd	Riktlinjer från MAS och MAR	Följsamhet till riktlinjerna från MAS och MAR	
	Brukarundersökning/enhetsundersökning	Verksamheten ska delta i brukarundersökningar och enhetsundersökningar. Dessa ska följas upp och vara en del av verksamhetens kunskapsutveckling och förbättringsarbete	
	Egenkontroll IT licenser	Licenser, börja/sluta	
● Godkänd	Egenkontroll genomförandeplan	Egenkontrollen säkerställer att alla kunder har en aktuell genomförandeplan som uppdateras årligen eller vid behov.	
● Godkänd	Egenkontroll mål-	Egenkontroll att rutinerna kring mål-	

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall
	tidsrutiner	tider och måltidsmiljö.	
● Godkänd	Egenkontroll vattentemperatur	Vattentemperatur - Varmvattentemperaturen ska vara minst 60° C i beredare, undercentral etc. och minst 50° C vid tappställe (Boverkets byggregler BFS 2011:6, 6:621). Fastighetsägaren ska ha ett spårbart system för kontrollmätningar av temperaturen som är känt för hyresgästen (vårdverksamheten). Fastighetsägarens ansvar. Spolning av tappställen - På vårdenheter och boendeenheter/boenderum som varit stängda mer än tre dagar, t.ex. i samband med semesterstängning och efter ny- och ombyggnation, ska alla tappställen genomspolas innan man tar emot patienter/boende. Varm- och kallvatten spolas under minst 3 minuter vardera. Spolning behöver inte göras under den tid vård-enhet/boendeenhet är stängd. Vård/omsorgsverksamhetens ansvar.	
● Godkänd	Egenkontroll	Är rutinerna för värmebölja aktuella och kända i verksamheten	

Sammanfattning av resultatet från Apoteksgranskning 2021

Kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen på Görjansängen bygger på Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelshantering, HSLF-FS 2017:37. Granskningen är att ses som ett led i verksamhetens egen kontinuerliga kvalitetssäkrings- och utvecklingsarbete för att kunna säkerställa alla delar i läkemedelshanteringskedjan. Kvalitetssäkringsarbete ska pågå kontinuerligt och verksamheten uppmanas att fortsätta med egenkontroller för att säkerställa en kvalitativ läkemedelshantering.

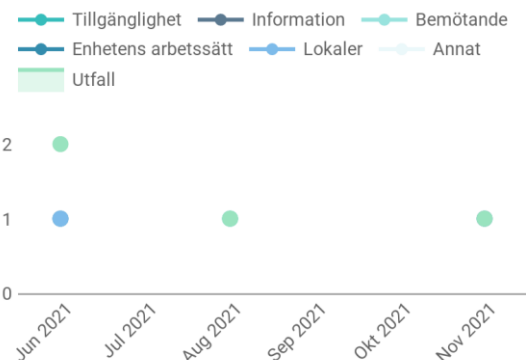
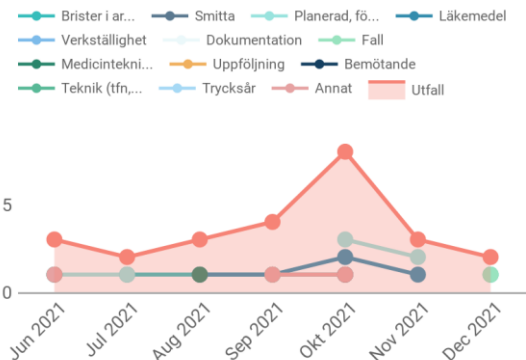
Det var första gången en kvalitetsgranskning genomfördes på det nya fina Görjansängen. Vid granskningen diskuterade vikten av en fullgod spårbarhet och tydliga ansvarsfördelningar som grundpelare i en god läkemedelshantering.

Den sammanfattande bedömningen är att läkemedelshantering på boendet fungerar bra och det finns tydliga och väl utformade rutiner för verksamheten. Det är god ordning i läkemedelsrummet och narkotikahanteringen fungerar utmärkt. Sjuksköterskorna uppmanas att hantera och dokumentera läkemedel på ett enhetligt sätt. I diskussion framkom att digital signering inom kort ska införas i verksamheten, det säkerställer läkemedelshanteringen på ett mycket bra sätt.

I rapporten nedan framgår det som diskuterades och fortsättningsvis behöver åtgärdas tillsammans med tips och rekommendationer för att läkemedelshanteringen ytterligare ska säkerställas. I nedan tabell syns åtgärderna som vidtogs efter apoteksgranskningen.

Status	Åtgärd	Slutdatum
✓	Vårdkedjeavvikelser	2021-12-31
✓	Namngiven ansvarig SSK	2021-12-31
✓	Egenkontroll vid behovs lista	2021-12-31
✓	Praktisk hantering vid iordningställande	2021-12-31
✓	Rutiner för krossade läkemedel	2021-12-31
✓	Temperatur i kylskåp	2021-10-31
▶	Rutin koder till LM skåp	2022-06-30
✓	Rutin spårbarhet	2021-10-31

Statistik avvikelser, synpunkter/klagomål och lex Sarah/Lex Maria för Görjansängen 2021

Indikator/Mätetal	Ack utfall	
Synpunkter och klagomål	4	
Avvikelser	25	

Indikator/Mätetal	Ack utfall	
Lex Sarah och Lex Maria		Inga

Analys avvikelser 2021

Rapportering av avvikelser handlar om att förutse vad som kan bli fel så att negativa konsekvenser kan förebyggas. Det handlar också om att uppmärksamma och påtala vad som redan har hänt så att fel och brister kan rättas till. Avvikelser som redan inträffat ska analyseras för att undvika att de händer igen. Det finns övergripande rutiner som beskriver hanteringen av avvikelser inom kommunens verksamheter. Rutinerna tillsammans med manualerna beskriver hur inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheten.

Under 2021 har antalet avvikelser 25 avvikelser inkommit för Görjansängen. Mätningarna avser avvikelser gällande läkemedel, rutiner, medicintekniska produkter och fall. Inom Görjansängen arbetar verksamhetschef och enhetschef för att avvikelser ska bli en del av det ständiga förbättringsarbetet i verksamheten. Avvikelser är en stående punkt vid verksamhetens APT.

De flesta avvikelserna vad gäller läkemedel handlar om utebliven läkemedelsdos eller osignerat läkemedel. Det förekommer också att läkemedel har saknats eller att dospåsen har varit trasig. Det kan bero på att sjuksköterska vid enstaka tillfälle missat att dela dosett eller att dospåsen öppnas för bryskt och tabletter ramlar ut allt att dospåsen för nästkommande dag skadas. Dessa avvikelser har diskuterats vid verksamheten APT.

För att minska och förbättra arbetet kring läkemedelshanteringen har verksamheten under 2021 digitaliserat delegeringsprocessen för läkemedel. Alla medarbetare får samma information genom apotekets utbildning och genomgår ett digitalt test innan de får sin delegering. Detta bedöms kunna öka kvaliteten och patientsäkerheten för verksamhetens läkemedelshantering. Under november infördes också digitala signeringslistor genom Appva för att ytterligare förenkla processen kring signering av läkemedel. Detta innebär att även delegeringsbeslutet signeras digitalt.

Synpunkter och klagomål

För Görjansängen har det förekommit 4 synpunkter och klagomål. Dessa gäller verksamhetens lokaler, enheternas arbetssätt och aktiviteter. En sammanställning och analys av synpunkter och klagomål skickas till vård- och omsorgsnämnden två gånger per år. Ett klagomål gällde handfaten i lägenheterna som inte är höj- och sänkbara. Arbetsterapeut och fysioterapeut löste denna synpunkt genom att byta till en ny höj- och sänkbar hygienstol. Klagomål gällande verksamhetens aktiviteter har inkommit, där enhetschef tillsammans med personal arbetar intensivt för att hitta aktiviteter som passar för alla. Minst en daglig aktivitet sker varje dag.

Händelser och vårdskador

Under 2021 har inga Lex Maria rapporterats inom Görjansängen.

Riskanalys

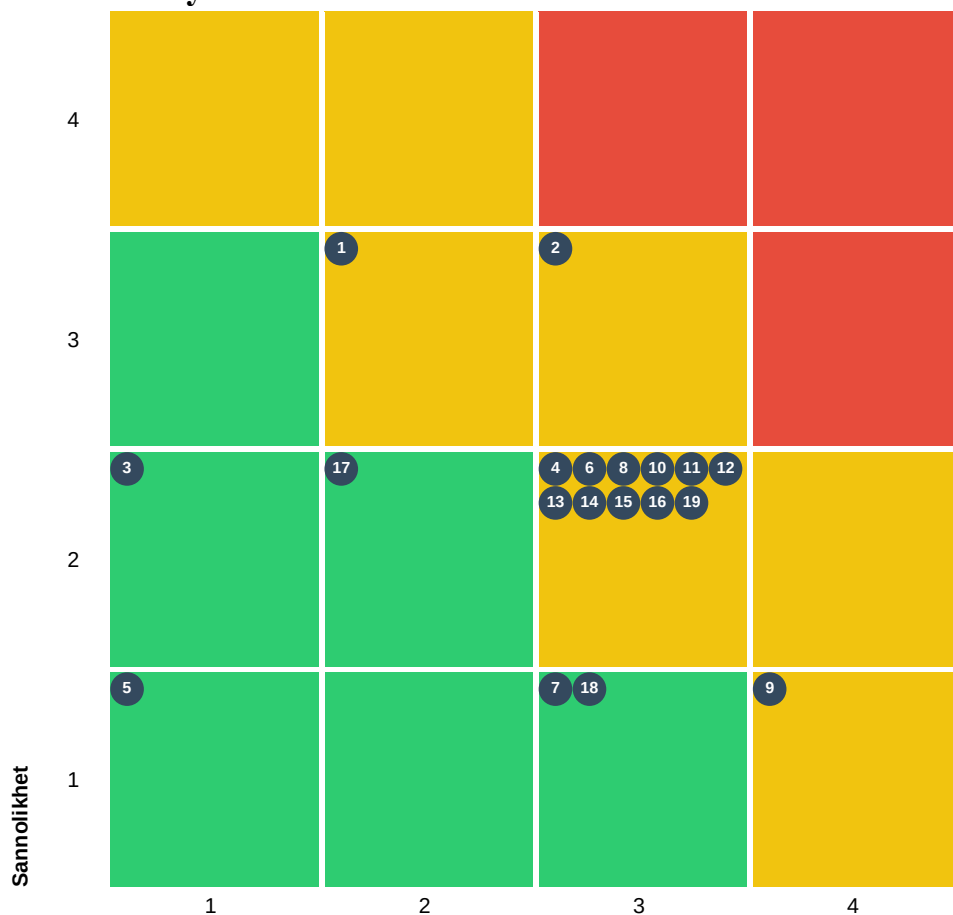
Med hjälp av riskanalys bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. Detta för att på förhand kunna eliminera risker, eller och ha planering för när de inträffar. Målet med riskanalysen är att: identifiera accepterade risker, eliminera risker, hantera/minimera risker samt indirekt via identifieringen se förbättrings möjligheter. Riskanalysen skall omfatta verksamhetens samtliga delar för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och föreskrifter och beslut.

Riskbedömning av Görjansängen rutiner och processerna görs i verksamhetssystemet Stratsys. Där bedöms riskerna utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Se resultat nedan.

I förbättringsarbetet läggs stor vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskbedömningar för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Under 2021 har arbetet med riskbedömningar av verksamhetens vårdprocesser genomförts i verksamhetssystemet Stratsys. Åtgärder som att införa digitala signeringslistor och digitaliserad delegeringsutbildning är genomfört för att öka säkerheten kring delegeringar i verksamheterna. Inför förändringar i verksamheten genomförs alltid en riskanalys enligt verksamhetens rutiner för arbetsmiljö.

Riskerna inom Görjansängen som anses vara medium(gula) och kommer att hållas under uppsikt under 2022. Riskanalys av vårdprocesserna görs årligen i oktober-november och åtgärderna följs upp i mars-april nästkommande år.

Riskanalys



Allvarlighetsgrad

14 Medium 5 Låg | Totalt: 19

Kritisk	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad
Medium	4 Mycket stor	Allvarlig
Låg	3 Stor	Kännbar
	2 Liten	Lindrig
	1 Mycket liten	Försumbar

Risk	Riskbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde	Åtgärd
1	 Aktuell genomförandeplan är inte upprättad i tid	3. Stor	2. Måttlig	6	
2	 Riskanalys är inte upprättad i tid	3. Stor	3. Betydande	9	
3	 Beställningar går ut	2. Lindrig	1. Liten	2	
4	 Utebliven, fördröjd beställning av hjälpmedel	2. Lindrig	3. Betydande	6	
5	 Inflyttning försenas pga. att lägenheten inte är färdigställd	1. Mycket liten	1. Liten	1	
6	 Genomförandeplan uppdateras inte i tid	2. Lindrig	3. Betydande	6	
7	 Basala hygienrutiner följs inte	1. Mycket liten	3. Betydande	3	
8	 Rutin för socialdokumentation och HSL dokumentation följs inte	2. Lindrig	3. Betydande	6	
9	 Aktuell skyddsutrustning saknas	1. Mycket liten	4. Hög	4	
10	 Riskanalyser	2. Lindrig	3. Betydande	6	

Risk		Riskbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Risk-värde	Åtgärd	
		kring kund uppda- teras inte i tid					
11		Samverkan kring kund funge- rar inte	Samverkan med beställare, lä- karorganisation etc fungerar inte	2. Lindrig	3. Betydande	6	
12		Måltid och livsmedelshy- gien följs inte		2. Lindrig	3. Betydande	6	
13		Dåligt bemö- tande	Kommunens värdegrund kring bemötande följs inte	2. Lindrig	3. Betydande	6	
14		Aktuella hjälpmedel an- vänds inte		2. Lindrig	3. Betydande	6	
15		Personalbrist	Rutiner och pro- cesser för per- sonalplanering fungerar inte pga lokalisat-ion	2. Lindrig	3. Betydande	6	
16		Rutinerna för munhälsa följs inte		2. Lindrig	3. Betydande	6	
17		Rutinerna för introduktion av ny- anställda följs inte		2. Lindrig	2. Måttlig	4	
18		Riskanalys och Handlingsplan för smitta saknas	Beskriver risken för att verksam- heten inte är förberedd vid ett eventuellt utbrott av smittsprid- ning	1. Mycket liten	3. Betydande	3	
19		Städning och utflytt genomförs inte i tid		2. Lindrig	3. Betydande	6	

Covid-19

Under nästan hela 2021 har Produktionsförvaltningen haft dagliga avstämningar kring läget inom de olika verksamheterna. Produktionsförvaltningen följer Folkhälsomyndighetens och Region Stockholm riktlinjer och rekommendationer. Beredskapslagret inventeras och fylls på kontinuerligt. Information har kontinuerligt gått ut till all personal inom vård och omsorg via enhetschefer för att arbeta förebyggande mot smitta.

Under början av 2021 erbjöds all personal inom vård och omsorg som arbetar nära kunder vaccin mot Covid-19. Arbete har därefter pågått för att få en så hög vaccinationsgrad som möjligt bland personal inom vård och omsorg. Under höst/vinter har dessutom personal erbjudits att ta sin tredje dos vaccin.

Görjansängen har haft tillgång till skyddsutrustning under hela pandemin. Sjuksköterskorna har utbildat personalen i hantering av skyddsutrustning samt basala hygienrutiner. Rutiner för hantering av misstänkt eller bekräftad Covid-19 smitta hos patient finns publicerade på intranätet.

Mål och strategier för kommande år

Görjansängens mål och strategier för 2022:

Kompetensutveckling:

Kompetensutveckla personalen inom områdena palliativ vård, nutrition, journalföring och avvikelshantering.

Samverkan:

Fortsätta arbetet med att skapa en fungerande samverkan med interna och externa aktörer.

Ständiga förbättringar:

Fortsätta arbetet med egenkontroller, riskanalyser och avvikelser i Stratsys.

Aktivt delta i avvikelsearbetet, då avvikelser är en del av det ständiga förbättringsarbetet.

Upprätta rutiner för nutrition och inkontinens.

Tillgänglighet:

Chefsjuksköterska anställdes i slutet av 2021 med början under februari 2022. I denna roll ingår övergripande ansvar för arbetsledning av personal, bemanning och daglig drift. Chefssjuksköterskan har också ett ansvar för patientsäkerheten och omvårdnaden inom verksamhetsområdet kommunal hälso- och sjukvård. Chefsjuksköterskan leder och utvecklar verksamheten inom sitt område och är ansvarig och delaktig i olika förändringsarbeten som påverkar verksamheten. Som chefssjuksköterska har du ett nära samarbete med verksamhetschef HSL.

Digitalisering:

Skapa rutiner för Appva (digitala signeringslistor)

Verksamhetens processer kommer att presenteras på intranätet genom 2c8. Detta för att tydliggöra rutiner och arbetssätt för personal inom Görjansängen i syfte att öka patientsäkerheten.

Referenser

1. Matscheck D, Axelsson R. Arenas for contact. A study of local collaboration in mental health. Offentlig förvaltning scandinavian Journal of public Administration 16(2): 93-113.