

# Patientsäkerhetsberättelse

## Görjansängen, Österåkers kommun 2022

2023-01-21

Hedda Odell Verksamhetschef

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Måluppfyllelse .....	4
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Synpunkter och klagomål.....	10
Egenkontroll.....	10
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>12</b>
Riskanalys .....	12
Utredning av händelser - vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	13
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>14</b>
Sammanfattning av resultatet från Apoteksgranskning 2022.....	18
Statistik avvikelser, synpunkter/klagomål och lex Sarah/Lex Maria för Görjansängen 2022 .....	20
Analys avvikelser 2022 .....	21
Riskanalys .....	21
<b>RISKANALYS - 2022 (GÖRJANSÄNGEN) .....</b>	<b>22</b>
Covid-19.....	24
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>25</b>

---

## Sammanfattning

- Hälsa- och sjukvårdspersonal har genomgått kompetensutveckling inom inkontinens, palliativa ombud, palliativ smärtlindring, handrehabilitering.
- Apoteksgranskning genomfördes med bra resultat
- Organisationsförändring med återinförande av extern leverantör för sjuksköterska i beredskap
- Ökad digitalisering genom Yetitablets
- Planerat för samarbete med träffpunkten gällande aktiviteter
- Införande av bladderscan och rutiner för inkontinens och katetrisering.

## 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 är äldre som har ett 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 2,44 helårsarbetande sjuksköterskor med arbetstid förlagt dag, kväll och helg.

Från och med 2022-12-01 har verksamheten upphandlat en ny leverantör för sjuksköterska i beredskap och därmed minskat tjänstgöringsgraden till 2,08 helårsarbetare sjuksköterska. 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.

Verksamhetsmål / Enhetsmål	2021	2022
 Ökad digitalisering		
 Planera och genomföra riktade utbildningar för användandet av beslutade IT verktyg		
 Österåker skall ha en trygg miljö		
 Görjansängen ska vara en attraktiv arbetsplats.		
 Nöjda kunder		

Görjansängen mål för 2022:

### Måluppfyllelse

#### Ökad digitalisering

##### Analys

Verksamheten har satsat på ny teknik i form av yetitablets, och bladderscan, där personalen har utbildats.

Yetitablet är en skärm som främjar en meningsfull vardag och motiverar användaren till kognitiv och fysisk aktivitet. Den stora skärmstorleken inbjuder till social interaktion, och personalen kan enkelt organisera olika gruppaktiviteter.

BladderScan har köpts in vilket är en portabel och användarvänlig ultraljudsmätare som snabbt och

noggrant mäter volymen i urinblåsan. Blåsvolymen mäts med en volymetrisk 3D probe och efter några sekunder presenteras resultatet på apparatens display. Tack vare BladderScan undviks onödiga kateteriseringar och patienten slipper obehaget i samband med dessa.

Status	Aktiviteter
✓	Digitalisera delegeringsprocessen
✓	Lifecare HSL

### ● Planera och genomföra riktade utbildningar för användandet av beslutade IT verktyg

Görjansängen är ett litet modernt boende med olika typer av hjälpmedel och välfärdsteknik för ökad trygghet och möjlighet till självständighet.

Status	Aktiviteter
✓	Lifecare utförare
✓	Lifecare avvikelser
✓	Lifecare HSL
✓	Implementation av e-handlesplattform
✓	Implementation avvikelsemodul Lifecare
✓	Implementation Lifecare HSL
▶	Implementation nytt intranät
✓	Yetitablet

### ● Digitala signeringslistor för läkemedel

Status	Aktiviteter
▶	Skapa rutiner för Appva

Rutiner för systemförvaltning och användandet av Appva behöver upprättas under 2023.

### ● Digitala terapidjur

Det finns både digitala hundar och katter i verksamheten

### ◆ Upplevelsecykel

Leverantören har problem med sin programvara så upplevelsecykeln fungerar inte. Däremot köptes sidebyside cyklar in 2022 där medarbetare kan ta med sig kunden ut på en cykeltur. Under 2022 infördes en Joyvest. Det är en väst som hängs över axlarna, man använder sedan musik-klämmor som fäst vid t ex armarna eller benen. När patienten rör armarna eller benen så spelas musik, musiken spelar så länge personen rör på sig. Västen ska stimulera till rörelse.

Status	Aktiviteter
✓	Workshop
✓	Kontakta leverantör

Status	Aktiviteter
✓	Söka statsbidrag

### ● Nöjda kunder särskilt boende

Status	Aktiviteter
✓	Enkät
✓	Hus möte
✓	Aktiviteter
✓	Införa användandet av Bladderscan

### ● Österåker skall ha en trygg miljö

		Resultatindikatorer	Utfall 2021	Utfall 2022	Mål 2022
	●	Antalet avvikelser inom VoO verksamheter	25	51	40

### ● Attraktiv arbetsgivare

#### Analys

Under 2022 har Görjansängen satsat på följande utbildningar för personal

- Basala hygienrutiner
- Munhälsa
- Brandskydd
- Palliativvård (utbildning av palliativa ombud)
- Palliativ smärtlindring
- Handrehabilitering
- Yetitablets

- Förflyttningsutbildning
- Läkemedels delegering
- Första hjälpen vid psykisk ohälsa

Status	Aktiviteter
✓	Kompetensutveckling
✓	Regelbundna APT
✓	Kompetensutveckling palliativ vård
✓	Utbildning inkontinensskydd

## 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 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 Lifecare HSL. Verksamhetschef är ansvarig för rapportering och utredning av avvikande händelser.

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.

2021-07-01 övergick sjuksköterska i beredskap till egenregi. Sjuksköterska i beredskap som egenregi har fungerat väl och varit av hög kvalitet, men svårt att få ihop med sjuksköterskans arbetsmiljö.

Sjuksköterskor är svåra att rekrytera och därmed genomfördes en upphandling av ny leverantör för sjuksköterska i beredskap som startade igång 2022-12-01.

## 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.

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 varje vecka. Mötena leds av Verksamhetschef. Medverkande är enhetschefer från LSS-enheter och Enhetschef Görjansängen och Ljusterö hemtjänst. 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, Omvårdnadspersonal, 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. Dessutom anordnas regelbundna husmöten där kunderna får tycka till om verksamheten.

Då kunden flyttar in får kunden ta del av ett välkomstmateriale, där verksamheten presenteras. Kunden 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. Verksamheten genomför årligen en anonym enkät där kunderna får tycka till om verksamheten. Resultatet presenteras under resultat och analys.

## Hälso- 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. Verksamheten går igenom inkomna avvikelser som en stående punkt vid varje APT

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. Avvikelse gällande läkemedel ska alltid rapporteras till ansvarig sjuksköterska. Avvikelse gällande fall och medicintekniska produkter ska alltid rapporteras till ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.
2. Verksamhetschef tar alltid del av avvikelserna och gör en bedömning av eventuella vidare åtgärder. Verksamhetschef ansvarar även för uppföljning och utvärdering av avvikelserna.

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 kommunens MAS/MAR riktlinjer.
5. Verksamhetens avvikelser med dess åtgärder diskuteras och följs upp månatligen på APT.
6. Varje yrkeskategori inom Görjansängen stöttar Enhetscheferna i avvikelser rörande 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](http://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 2022:

- Verksamheternas processer har riskbedömts och åtgärder har vidtagits vid behov för att öka patientsäkerheten
- Apoteksgranskning har genomförts och handlingsplan upprättats.
- Hälso- och sjukvårdsenheten har varit med och upprättat rutiner för smittförebyggande åtgärder inom LSS enligt HSLF-FS 2022:44 som gäller från den 1 november 2022.
- Egenkontrollplanen har följts under 2022.
- 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.
- Kompetensutveckling inom området för palliativ vård, smärtlindring vid palliativvård, första hjälpen vid psykisk ohälsa.

### Risakanalys

*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 2022. 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.

Journalssystemet 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 - 2022 (Görjansängen)



Ut-fall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Status	Åtgärd	Slutdatum
●	Lagefterlevnadskontroll	Följer enheten de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Finns det några nya eller uppdaterade lagar inom området?	✓	Rutin smittförebyggande åtgärder	2022-10-31
◆	Följsamhet måltidsrutiner				
●	Besiktning, periodisk inspektion inventering och funktionskontroll av hjälpmedel/medicinteknisk utrustning	Egenkontroll som beskriver att aktuella rutiner för hjälpmedel följs			
●	Egenkontroll läkemedel	Egenkontroll för kontroll att rutinerna för läkemedel är aktuella samt att delegeringsprocess och rutin fungerar.			
—	Punktprevalensmätning hygien	SKR kontroll av basala hygienrutiner och klädregler			
●	Basala hygienrutiner	Egenkontroll med självskattning			
●	Munhälsobedömning	Alla kunder ska erbjudas munhälsobedömning av upphandlad leverantör, sjuksköterska behovet i samband med inflyttning registrera kunden i Synfoni.  Har alla ssk behörighet? Är rutinerna uppdaterade	✓	Rutiner för munvårdsbedömning	2022-12-31
●	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			
●	Kompetensutveckling	Verksamheten arbetar efter utbildningsplanen. Arbetsplats lärande Palliativ ombudsutbildning (utvalda USK och SSK) Bemötande (Alla) Palliativa läkemedel (SSK) Första hjälpen vid psykisk ohälsa (SSK)			

Ut-fall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Sta-tus	Åtgärd	Slutdatum
		Neuropsykiatrisk grundkurs (SSK)			
●	Verksamhetsplan	Verksamheten ska ha en aktuell budget och verksamhetsplan			
●	Verksamhetsberättelse	Verksamheten ska presentera årsbokslut och redovisa verksamhetens resultat i en verksamhetsberättelse			
●	Patientsäkerhetsberättelse	Patientsäkerhetsberättelse enligt PSL ska upprättas årligen.			
●	Genomgång av intranätet och verksamhetens rutiner	Se till att alla rutiner är aktuella			
●	Avvikelse och synpunkter/klagomål jan-juni	Kontroll att avvikelser är åtgärdade, uppföljda och avslutade. Är avvikelse statistiken uppdaterad?  Statistik över antalet synpunkter/klagomål till socialförvaltningen			
●	Avvikelse och synpunkter/klagomål juli-dec	Kontroll att avvikelser är åtgärdade, uppföljda och avslutade. Är avvikelse statistiken uppdaterad?  Statistik över antalet synpunkter/klagomål till socialförvaltningen			
●	Inventering av skyddsutrustning	Finns det ett beredskapslager för aktuell skyddsutrustning			
●	Apoteksgranskning	Apoteksgranskning ska genomföras minst en gång per år och handlingsplan ska tas fram för åtgärderna	✓	Vårdkedjeavvikelse	2021-12-31
			✓	Namngiven ansvarig SSK	2021-12-31
			✓	Egenkontroll vid behovslista	2021-12-31
			✓	Praktisk hantering vid iordningställande	2021-12-31
			✓	Rutiner för krossade läkemedel	2021-12-31
			✓	Rutin koder till LM skåp	2022-06-30
			✓	Läkeme-	2022-12-22

Ut-fall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Sta-tus	Åtgärd	Slutdatum
				delslistor	
			✓	Signatur-förtydli-gande	2022-12-31
			✓	Generika	2022-12-31
			✓	Narko-tikakon-troll	2023-03-31
			✓	Förvaring av läke-medel	2023-01-31
			✓	Läkeme-delsskåp	2023-03-31
●	Riktlinjer från MAS och MAR	Följsamhet till riktlinjerna från MAS och MAR	✓	Stickprov delegering	2022-12-31
			▶	Nattfasta	2022-12-31
			✓	Senior alert	2022-12-31
			✓	Informat-ion till MAS vid smitta	2022-12-31
			✓	Boka hygien-rond	2022-12-31
			✓	Stickprov HSL doku-mentat-ion	2022-12-31
			▶	Skapa rutiner för psykisk ohälsa	2023-06-30
■	Brukarundersök-ning/enhetsundersökning	Verksamheten ska delta i bru-karundersökningar och enhets-undersökningar. Dessa ska följas upp och vara en del av verksam-hetens kunskapsutveckling och förbättringsarbete			
●	Egenkontroll IT licenser	Licenser, börja/sluta			
●	Egenkontroll genomförandeplan	Egenkontrollen säkerställer att alla kunder har en aktuell genom-förandeplan som uppdateras årligen eller vid behov.			
●	Egenkontroll måltidsrutiner	Egenkontroll att rutinerna kring måltider och måltidsmiljö.			
●	Egenkontroll vattentemperatur	Vattentemperatur • Varmvattentemperaturen ska vara minst 60° C i beredare, un-dercentral etc. och minst			



Ut-fall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Status	Åtgärd	Slutdatum
		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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>			
	Egenkontroll Värmebölja	Är rutinerna för värmebölja aktuella och kända i verksamheten		AC i Lä-kemede-lsrum	2022-10-31
	Krisberedskap	Egenkontroll som kontrollerar att verksamheten har utrustning och resurser för att hantera en krissituation Säkerställ att verksamheten har en beredskaslåda	 	Bered-skapslåda Brandut-bildning	2022-12-31 2022-12-31
	Egenkontroll städning och rengöring	Säkerställ att verksamheten har aktuella rutiner för städning och rengöring. God hygienisk standard är en del av god kvalitet i vård och omsorg vilket anges som ett specificerat krav i hälso- och sjukvårdslagen. Städning minskar mängden smuts och mikroorganismer i miljön och är tillsammans med basala hygienrutiner och punktdesinfektion grundläggande för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Att vårdlokaler upplevs som rena bidrar till ett positivt helhetsintryck och medverkar till god vård- och arbetsmiljö. Städning minskar dessutom slitage på lokaler och inventarier samt olika föroreningar som kan påverka luftkvaliteten. Städfrekvensen bestäms utifrån vilken vård som bedrivs och nedsmutsningsgrad. Den regelbundna städningen kan kräva komplettering med desinfektionsmedel.			

Ut-fall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Sta-tus	Åtgärd	Slutdatum
	Arkivering av HSL dokumentation	Kontroll att hälso- och sjukvårdsjournaler arkiveras i rätt tid och avslutas i ProCapita. 10 år efter sista anteckning kan journalerna arkiveras om patienten inte tillhör en spargrupp.			
	Arkivering av SOL dokumentation				

## Resultat enkätundersökning Görjansängen

**Vet du vart du kan vända dig med dina synpunkter och klagomål?**

Ja 75 %      nej 25 %

**Besöker du någon av träffpunkterna?**

Ja 63 %      nej 37 %

**När personalen hjälper mig känner jag mig glad och på gott humör.**

Ofta 75 %    Ibland 25 %    Sällan            Aldrig

**När personalen hjälper mig upplever jag att jag får den hjälp jag behöver**

Ofta 88 %    Ibland 12 %    Sällan            Aldrig

**När personalen hjälper mig känner jag mig delaktig i min hjälp**

Ofta 38 %    Ibland 50 %    Sällan 12 %    Aldrig

**När personalen hjälper mig känner jag mig trygg**

Ofta 88 %    Aldrig 12 %    Sällan            Aldrig

**Känner du att personalen bemöter dig väl?**

Ja 100 %      Nej

Generellt har Görjansängen ett gott resultat i kundundersökningen och hög kundnöjdhet, under 2023 behöver verksamheten lägga fokus på att skapa en bättre delaktighet.

## Sammanfattning av resultatet från Apoteksgranskning 2022

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.

Granskningen omfattade:

- Uppföljning av föregående rapport (okt 2021)

- Diskussion kring lokal rutin för läkemedelshantering
- Granskning av förvaring i läkemedelsförråd, samt det praktiska arbetet med läkemedelshantering
- Granskning av ett läkemedelsskåp i boendes lägenhet tillsammans med delegerad personal
- Granskning av förbrukningsjournaler narkotika

Rapport från föregående granskning följdes upp och någon enstaka punkt som inte var åtgärdad kvarstår i årets rapport.

Vid en översyn av förbrukningsjournaler så noterades att journalföringen är god och kontrollräkningar utförs regelbundet (med undantag se ovan under narkotikakontroll). Stickprov utfördes både i förråd och i patientbunden medicin utan anmärkning.

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 2022.

Status	Åtgärd	Åtgärdsbeskrivning	Startdatum	Slutdatum
✓	Läkemedelslistor	Säkerställ att det alltid finns aktuell läkemedelslista. HSLF 2017:37 6 kap 9§ Rekommenderar att lista förnyas minst var tredje månad (förutom vid ordinationsändring).	2022-11-24	2022-12-22
✓	Signaturförtydligande	Uppdatera och komplettera signeringslistor med namnförtydliganden.	2022-11-24	2022-12-31
✓	Generika	Dokumentera namnet på det läkemedel som har ställts ut i skåpet tex genom att snedstrecka på signeringslista och skriva namn på utbytt läkemedel efter det ordinerade läkemedlet.	2022-11-24	2022-12-31
✓	Narkotikakontroll	Se till att frekvensen för narkotikakontroll hålls även för narkotikan i förrådet. Den personbundna är inlagd i Appva – rekommenderar att göra likadant med narkotikan i förrådet.  För att öka säkerheten kan ni vara två som kontrollräknar tillsammans. Dubbelsignera i förbrukningsjournalen.	2022-12-02	2023-03-31
✓	Förvaring av läkemedel	Upprätta lista över de läkemedel som får förvaras utanför låst förråd.	2022-12-02	2023-01-31
✓	Läkemedelsskåp	Utför hållbarhetskontroll regelbundet. Plocka bort och kassera utgångna läkemedel. Utgångna läkemedel påträffas under granskningen.	2022-11-24	2023-03-31

## Statistik avvikelser, synpunkter/klagomål och lex Sarah/Lex Maria för Görjansängen 2022

Indikator/Mätetal	Ack utfall	
Synpunkter och klagomål	4	<p>Legend: Tillgänglighet, Information, Bemötande, Enhetens arbetssätt, Lokaler, Annat, Utfall</p>
Avvikelser	51	<p>Legend: Brister i arbetsrutin, Smitta, Planerad, fördröje, utebliven insats/behandling, Läkemedel, Verkställighet, Dokumentation, Fall, Medicintekniska produkter, Uppföljning, Bemötande, Teknik (tfn, dator), Trycksår, Annat, Utfall</p>
Lex Sarah och Lex Maria		<p>Legend: Lex Sarah, Lex Maria</p>

## Analys avvikelser 2022

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 2022 har antalet avvikelser ökat något inom Görjansängen. 47 avvikelser har rapporterats. Mätningarna avser avvikelser gällande läkemedel, rutiner, medicintekniska produkter och fall. Inom Görjansängen har avvikelser blivit 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, att läkemedel är givet på felaktigt sätt eller att signatur saknas. Det förekommer också avvikelser där läkemedel har saknats. Avsaknad av läkemedel 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. Detta arbetar hälso- och sjukvårdsenheten med kontinuerligt genom att utbilda omvårdnadspersonalen.

Genom införandet av Appva kan sjuksköterskan följa upp signeringen dagligen och direkt upptäcka systematiska fel gällande signering och administration av läkemedel. I detta arbete har flera delar upptäckts, dels har delegerad personal inte följt rutinerna för administration av läkemedel utan har gett läkemedel till kund utan att signera. Istället har signeringen utförts senare där alla kunderna signeras samtidigt. Dels har det upptäckts att en del läkemedel ibland inte ges i tid, vilket direkt kan utredas av sjuksköterska.

Avvikelser gällande fall har exempelvis varit fall ur hjälpmedel, fall på grund av att benen inte bär. Här har arbetsterapeut och fysioterapeut kopplats in och genomfört åtgärder genom vårdplanering, översyn av kundens hjälpmedel eller medicinska status. Verksamheterna har också ökat noggrannheten med att dubbelmana situationer där det bedöms att risk för fall finns.

### Synpunkter och klagomål

För Görjansängen har det förekommit ett ärende gällande synpunkter och klagomål. Detta gällde enheternas arbetssätt och tvätt av kläder. En sammanställning och analys av synpunkter och klagomål skickas till vård- och omsorgsnämnden två gånger per år.

### Händelser och vårdskador

Under 2022 har inga Lex Maria eller Lex Sarah 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 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

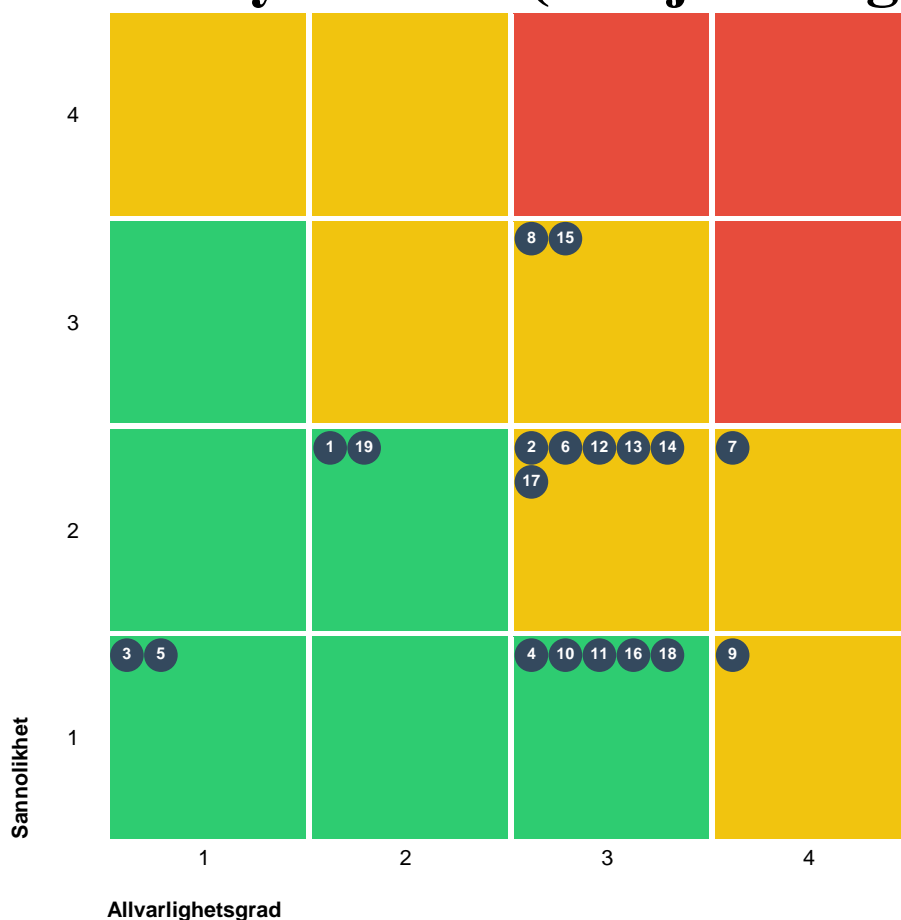
inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och föreskrifter och beslut.

Riskbedömning av Görjansängens 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 2022 har arbetet med riskbedömningar av verksamhetens vårdprocesser genomförts i verksamhetssystemet Stratsys. Det finns stora risker i verksamheten gällande personalbrist och bristen på kunskap inom social dokumentation. Åtgärder som vidtas under 2023 är att säkerställa bemanning genom att gå med i PF bemanning samt utbilda personalen inom socialdokumentation. Inför förändringar i verksamheten genomförs alltid en riskanalys enligt verksamhetens rutiner för arbetsmiljö. Vid införandet av extern leverantör för sjuksköterska i beredskap genomfördes en sådan analys i samverkan med vårdförbundet.


















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 - 2022 (Görjansängen)



10 Medium 9 Låg | Totalt: 19

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

Risk	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde	Åtgärd
1  Aktuell genomförandeplan är inte upprättad i tid	2. Lindrig	2. Måttlig	4	
2  Riskanalys är inte upprättad i tid	2. Lindrig	3. Betydande	6	
3  Beställningar går ut	1. Mycket liten	1. Liten	1	
4  Utebliven, fördröjd beställning av hjälpmedel	1. Mycket liten	3. Betydande	3	
5  Inflyttning förse- nas pga. att lägen- heten inte är färdig- ställd	1. Mycket liten	1. Liten	1	
6  Genomförande- plan uppdateras inte i tid	2. Lindrig	3. Betydande	6	
7  Basala hygien- rutiner följs inte	2. Lindrig	4. Hög	8	
8  Rutin för social- dokumentation och HSL dokumentation följs inte	3. Stor	3. Betydande	9	 Socialdokumentation
9  Aktuell skydds- utrustning saknas	1. Mycket liten	4. Hög	4	
10  Riskanalyser kring kund uppdat- eras inte i tid	1. Mycket liten	3. Betydande	3	
11  Samverkan kring kund funge- rar inte	1. Mycket liten	3. Betydande	3	
12  Måltid och livsmedelshygien följs inte	2. Lindrig	3. Betydande	6	
13  Dåligt bemö- tande	2. Lindrig	3. Betydande	6	
14  Aktuella hjälp- medel används inte	2. Lindrig	3. Betydande	6	
15  Personalbrist	3. Stor	3. Betydande	9	 Ansluta till PF be- manning

Risk	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Riskvärde	Åtgärd
16  Rutinerna för munhälsa följs inte	1. Mycket liten	3. Betydande	3	
17  Rutinerna för introduktion av nyanställda följs inte	2. Lindrig	3. Betydande	6	
18  Riskanalys och Handlingsplan för smitta saknas	1. Mycket liten	3. Betydande	3	
19  Städning och utflytt genomförs inte i tid	2. Lindrig	2. Måttlig	4	

## Covid-19

Görjansängen har haft tillgång till skyddsutrustning under hela pandemin. Sjuksköterskorna har utbildat personalen i hantering av skyddsutrustning samt basala hygienrutiner. Under 2022 infördes rutiner för smittförebyggande åtgärder. Rutiner för hantering av misstänkt eller bekräftad Covid-19 hos patient finns publicerade på intranätet.



## Mål och strategier för kommande år

### Görjansängens mål och strategier för 2023:

#### **Kompetensutveckling:**

Kompetensutveckla personalen inom områdena palliativ vård, apotekets utbildning läkemedel för sjuksköterskor, journalföring och psykisk ohälsa.

#### **Samverkan:**

Fortsätta arbetet med att skapa en fungerande samverkan med interna och externa aktörer. Skapa samarbete med PF bemanning och minska övertid.

#### **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 psykisk ohälsa.

Arbeta mot en ökad delaktighet gentemot kund genom husmöten, genomförandeplaner och kommunikation.

Utrusta verksamheten med en desinfektor

#### **Digitalisering:**

Skapa rutiner för Appva (digitala signeringslistor)

Skapa gemensamma rutiner för Lifecare HSL tillsammans med hälso- och sjukvårdsenheten.