



Patientsäkerhetsberättelse. Ekeby & Paradsängen.

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet
220228, Nina Dahlgren

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	10
Egenkontroll.....	11
Avvikelser	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Händelser och vårdskador	13
Mål och strategier för kommande år	13

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för ökad patientsäkerhet är:

- Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har kontinuerligt under året arbetat för att informera omvårdnadspersonal och brukare om de rekommendationer och riktlinjer som varit aktuella i samband med Covid-19.
- Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har sett till att den skyddsutrustning som rekommenderats har funnits i verksamheten.
- Enhetschef, biträdande enhetschef och samordnare har regelbundet genomfört kontroll av social dokumentation.
- Ansvarig sjuksköterska har i samråd med Hässelby vårdcentral ordnat med remiss och provtagning till de brukare som behövt.
- Ingen brukare har under 2021 insjuknat i Covid-19, i verksamheten.
- Ansvarig sjuksköterska har kontinuerligt följt upp delegeringsbeslut.
- Apoteksgranskning av läkemedelshanteringen gjord under 2021.
- Genomgång av avvikelser varje vecka vid personalmöten och APT.
- Egenkontroll sker regelbundet. Patientsäkerhetsarbetet är integrerat i verksamheten.
- Riskbedömningar har genomförts av kontaktpersoner och sjuksköterska vid behov. När en risk har identifierats har sjuksköterskan upprättat en hälsoplan.
- Riskbedömningar av Covid-19 har genomförts vid samtliga personalmöten och APT och samtliga möten har Covid-19 anpassats, enligt de riktlinjer som funnits.
- Enhetschef och biträdande enhetschef, samordnare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal har tillsammans arbetat för att Covid-19 säkra verksamheten.
- Brukarna har varit delaktiga i verksamheten genom de boende möten som sker en gång i veckan. Här är synpunkter och klagomål är en stående punkt på dagordningen. Dessa möten är boendes forum för att framföra önskemål och förbättringsförslag.
- Ansvarig sjuksköterska har tillsammans med stödpersoner kontinuerliga uppföljningar utifrån patienternas/brukarnas pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.
- Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt i samråd med psykiatriker på öppenvården i Alvik, och allmänläkare på Hässelby vårdcentral.
- Avvikelse rapporteringen har skett enligt Stockholmstads riktlinjer, under 2021. Medarbetare eller sjuksköterska ska skriva en avvikelse som sedan följs upp av enhetschef och/ eller sjuksköterska. Åtgärder dokumenteras i VODOK, ParaSol och/ eller IA.
- På enheterna finns blanketter för synpunkter/klagomål tillgänglig för alla. Möjlighet att vara anonym finns om man vill. En låda att lägga sina synpunkter finns på respektive verka

Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål för verksamheterna finns beskrivna i verksamhetsplanen för Säteritaket, Paradsängen och Ekeby gruppboende 2021. Verksamheten kommer att fortsätta bedriva en god och säker vård, av god hygienisk standard. Den enskilda skall erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet och präglas av respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

Under 2021 har vi arbetat med följande mål och aktiviteter inom följande område:

Målet för verksamheten har som tidigare år varit att medarbetare skall stödja brukarna i att klara sig så självständigt som möjligt utifrån individuella förutsättningar. Brukaren ska känna att han eller hon har inflytande och självbestämmande och äger sin egen livssituation. Utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt får varje person individuellt utformade insatser. En grundläggande målsättning är att förebygga återinsjuknande, med inläggning på psykiatrisk vårdavdelning som följd.

Metoden som varit i fokus både under 2020 och 2021 är motiverande samtal, som innebär att få brukaren att känna självförtroende och i slutändan få en bättre självkänsla.

Denna återhämtning är en del i psykiatrisk rehabilitering som vi kommer att fortsätta arbeta med under 2022.

All personal är informerade om Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Stockholm stad och kvaliteten i dokumentationen utvärderas löpande vid tillsyn, egenkontroller etc. Sjuksköterskan journalför hälso- och sjukvård i VODOK och medarbetare dokumenterar enligt Sol, i ParaSol. Alla brukare/patienter ska ha en aktuell hälsoplan för att säkra en trygg och säker vård. Sjuksköterskan har inget hälso- och sjukvårdsansvar för Säteritakets stödboende.

Organisation och ansvar

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

Den 1 september omorganiserades avdelningen för vuxna, utförarenheten-Socialpsykiatri. Vi gick att ha varit två verksamheter med två enhetschefer och två biträdande enhetschefer, till en och samma verksamhet. Så från och med 1 september så har verksamheten endast en enhetschef som är ansvarig för hela utförare Socialpsykiatrin tillsammans med två biträdande enhetschefer.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård och att en god hygienisk standard uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna ska erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patienternas integritet och självbestämmande.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar vid arbetsplatsträffar (APT) och personalmöten samt handledning. Den sjuksköterskan på Ekeby/Paradsängen har en specialistutbildning och en masterutbildning i psykiatri. Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har lokalt ledningsmöte en gång i veckan.

Enhetschefen ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Patienterna ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Enhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Biträdande enhetschef är specialistsjuksköterska och har en masterutbildning i Äldrevård. Från och med omorganisationen har biträdande enhetschef ett större ansvar och har tagit över en hel del arbete och ansvar som tidigare enhetschef på Ekeby och Paradsängen hade.

MAS har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt HSL och patientsäkerhetsförordningen, vilket innebär att patienten ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. MAS följer kontinuerligt upp att det görs och redovisar resultat av det till verksamhetens ledning.

Omsorgspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när hen efter delegering utför en hälso- och sjukvårdsuppgift. Omsorgspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ska även medverka i patientsäkerhetsarbetet och är skyldiga att rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård

och behandling.

Omsorgspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet. Vi har 24 tillsvidare anställda som i de flesta fall har mentalskötutbildning och flera medarbetare har andra utbildningar som behandlingspedagog och undersköterska med inriktning mot psykiatri.

Flera medarbetare har specifika ansvarsområden som samordnare, anhörigstödjare, kvalitetsombud, palliativt ombud, friskvårdscoach, kulturombud, brandombud och kostombud för att förbättra och säkra verksamheternas kvalitet, tillsammans med enhetschefen.

Vid olika forum tas speciella frågor upp, exempelvis vid personalmöten och APT, två planeringsdagar och boende/husmöten en gång i månaden. Under 2021 har handledning implementeras, en gång per månad kommer handledare från psykiatrigruppen Orion.

Vi utför kontinuerligt egenkontroller för att säkra en hög kvalitet i verksamheten. Under 2021 har vi aktivt fortsatt vårt arbete för att förebygga Covid-19 smitta. Vi har haft ledningsmöten varje vecka där vi belyst, diskuterat och uppdaterat våra rutiner efter folkmyndighetens rekommendationer. Vi har även på varje personalmöten/APT informerat om den senaste riktlinjen/rutinen för omvårdnadspersonalen. Varje vecka på brukarmöten har omsorgspersonal tagit upp de riktlinjer som gäller och låtit brukarna vara delaktiga i det som hänt under Covid-19 pandemin. Under 2021 har även biträdande enhetschef medverkat på samtliga brukarmöten. Nya uppdateringar kring Covid-19 har kontinuerligt under 2021 nått omvårdnadspersonal och brukare vid varje förändring.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I verksamheten ingår tillgång till hälso- och sjukvård av sjuksköterska i verksamheten 40 timmar i veckan, dagtid måndag till fredag. Kvällar, nätter och helgdagar finns jour-sjuksköterska tillgänglig, via Big Care. Big Care tog över jourverksamheten 1 september 2019, efter upphandlingen. Två samverkansmöten tillsammans med Big Care och MAS har skett under 2021, ett via Skype och ett fysiskt på Skolörten.

Samverkan med regionens psykiatri finns och under 2021 har vi haft 30 hembesök som har varit Covid-19 säkrade, enligt rekommendationer. Samverkansöverenskommelse finns med Hässelby vårdcentral gällande somatiska åkommor och med läkarinsats vid behov. Vid fyra tillfällen under 2021 har läkare från vårdcentralen besökt verksamheten relaterat till somatiska åtgärder, till de som inte har kunnat besöka vårdcentralen, då vi har ansvar upp till sjuksköterskenivå. De gånger brukare har behövt somatisk läkarbedömning har vi arbetat för att motivera brukare att besöka vårdcentralen. 35 antal besök har gjorts på Hässelby vårdcentral under 2021.

Alla verksamhetens personalmöten och APT har skett i små grupper, där vi följt rekommendationer för antal deltagare i grupp, eller via Skype om antal deltagare överskridit dessa.

Vi använder oss av vårdcentral, psykiatrisk öppenvård samt akuta vårdinrättningar vid behov. Vi verkar för att genomföra lagstadgade läkemedelsgenomgångar. Vi har avtal med godkända leverantörer och ett systematiskt arbetssätt i handhavande av medicinsk tekniska produkter. Vi har avtal med tandvårdsenheten för att erbjuda munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt utbildning till personal i mun och tandvård. Enhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterska har haft kontakt med kommunens MAS när det funnits behov för det.

Omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna hälsoplan skall omsorgspersonal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i journal VODOK. Under året har nio nya hälsoplaner upprättats. Samtliga patienter/brukare har hälsoplaner, där det finns behov av det. Fem patienter har varit inlagd vid sjukhus för psykiatriskt tillstånd. Sju patienter har varit inlagda på sjukhus för somatiska tillstånd. Två brukare har träffat dietist på Team aktiv kontinuerligt.

Samtliga brukare har blivit erbjudna munhälsovård under 2021, och då brukare har behövt har de besökt Flexidents verksamhet i Bromma. Vi har haft hembesök av Flexident vid tre tillfällen och besökt deras verksamhet i Bromma vid åtta tillfällen under 2021.

Då vi har haft fotvård på besök i verksamheten har den bedrivits utomhus under den varma perioden. De brukare som har fotsjukvård har besökt denne på vårdcentralen. Åtta brukare har under 2021 varit i behov av sjukgymnast. Verksamheten kontaktar sjukgymnast vid behov från Klara Team, till de brukare som inte kan besöka Team Aktiv. Under 2021 har sjukgymnast besökt verksamheten vid 16 tillfällen.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Målet är att samtliga patienter där sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna ska samtlig personal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i både i Vodok och Parasol. Patienter/brukare ska ges möjlighet att ge synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbetet. Brukarna har getts möjlighet att delta vid deras vårdplanering samt även anhöriga när samtycke har getts.

Vi har kontinuerligt haft en dialog med brukarna angående de riktlinjer som gällt under Covid-19 pandemin. Våra brukare har fått vara delaktiga i processen och fått komma med förslag på hur vi kan Covid-19 säkra deras boende miljö, som till exempel har brukarna 2021 varit delaktiga i förslag på hur verksamheten ska lösa matsituationer, speciellt till storhelger.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Alla medarbetare har kunskap om lokala rutiner för hur rapportering av avvikelser ska ske, deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När avvikelsen bedöms allvarlig rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS.

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker i hälso- och sjukvården. När kunskap om risker finns, ökas även kunskapen om hur dessa kan minimeras och förebyggas. Vid allvarliga avvikelser och/eller regelbundet återkommande avvikelser, så som exempelvis utebliven signatur vid administrering av vid behovs läkemedel.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål/synpunkter från patienter/brukare och uppdragsgivare som påvisar brister i verksamheten är en viktig informationskälla för oss för att få vetskap om hur våra tjänster upplevs samt hur vi går vidare med vårt förbättringsarbete.

Klagomål kan tas emot skriftligt och muntligt. Blanketten för klagomålshantering används.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Trycksår	1 gång per år, eller vid behov.	Nortons riskbedömning/VODOK
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år.	PPM mätning.
Fallrisk	1 gång per år, och vid behov/nytt fall.	Downton riskbedömning/VODOK
Munhälsobedömning	1 gång per år	ROAG munhälsobedömning/VODOK
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsemodulen/VODOK

Medicinteknikutrustning	4 gånger per år	Riktlinjer för medicintekniska produkter, för kommunal regi Stockholm stad.
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	
Samverkan psykiatri	fortlöpande	Dokumentation
Samverkan Hässelby vårdcentral	fortlöpande	Dokumentation

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i verksamheten. Regelbundna genomgångar med sjuksköterska och omsorgspersonal gällande brukarnas/patienternas hälsa har genomförts.

Regelbundna genomgångar med ansvarig psykiatriker och allmänläkare har genomförts under året. Sjuksköterskan har deltagit på alla vårdplaneringar som genomförts under året.

Samtliga medarbetare som har fått delegering, förnyas och ses över en gång per år och alla medarbetare har fått genomgång av Lex Maria och Lex Sarah. Vi har haft en apoteksgranskning av läkemedelshanteringen i verksamheten under december 2021, med mycket gott resultat och inga avvikelser.

Omsorgspersonal har följt de riktlinjer som folkhälsomyndigheten rekommenderat och de rutiner som verksamheten har, både de lokala och de som utförts av Stockholm stad.

Vi har använt den skyddsutrustning som rekommenderats och har sett till att det alltid finns material tillgängligt. Sjuksköterskan har kontinuerligt sett till att det material som börjat ta slut fyllts på. Verksamheten har haft skyddsmaterialet lätt åtkomligt och har hela tiden även informerat vikarier om våra riktlinjer och rutiner. Omsorgspersonal har med Virkon torkat alla tag ytor morgon och kväll. Vi har försökt att begränsa de vikarier som arbetar i verksamheten till antal och i vilket hus alternativt gruppbostad de arbetar på.

De brukare som rört sig i samhället har själva valt att köpa egna munskydd eller sy ett eget på arbetscentrum, för att bära i sociala sammanhang. Brukarna har även 2021 varit delaktiga i förslag på hur verksamheten ska lösa matsituationer, speciellt till storhelger. I verksamheten har vi löst detta med att ställa ut flera bord så att antalet brukare vid varje bord minskat. Vi har även delat upp aktiviteter till vardera huset som finns på Ekeby. Vi har även haft en kräftskiva utomhus under sommaren där vi dukade vid flera bord. Brukarna har fortsatt att använda handsprit inför måltider.

Omsorgspersonal har förutom den obligatoriska hygienutbildningen även gått de rekommenderade utbildningar i hygien som gäller hantering av utrustning och basal hygien kring Covid-19. Samtlig personal har vid förkylnings-

symtom valt att stanna hemma. Covid-19 test har alltid beställts och kontinuerlig kontakt har skett till verksamheten angående mående och resultat. De test som gällt brukare har beställts via Hässelby Vårdcentral, under 2021 har sju brukare testats och visat negativt mot Covid-19. Inga brukare har under 2021 insjuknat i Covid-19, på våra boenden. I verksamheten blev 24 brukare fullvaccinerade med 3 doser Covid vaccin under året.

Under 2021 har en brukare flyttat från Paradsängen till ett annat boende. En brukare fick hjärtstopp och hjärt- och lungräddning (HLR) påbörjades av omsorgspersonal och sjuksköterska, i väntan på ambulans. Samarbetet i personalgruppen under HLR fungerade utmärkt. Brukaren avled dock efter fem dagar på sjukhus. Under 2021 har omsorgspersonalen påbörjat utbildningen från SKR i Vårdhygien och vårdrelaterade infektioner (VRI). Den är i 15 delar och en del kommer via mejl varannan vecka. Vi planerar att under 2022 påbörja utbildning i HLR, brand samt självförsvar. Vi planerar även att under 2022 öka samarbetet inom den nya verksamheten. Under 2022 kommer sjuksköterskans dokumentation att fokusera på patientens delaktighet.

Risakanalys

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

Enhetschefen ansvarar för att tänkbara och uppkomna säkerhetsrisker ska identifieras, analyseras, bedömas och följas upp. Detta innebär en systematisk användning av tillgänglig information för att identifiera riskkällor.

Risakanalys genomförs vid behov inom befintlig verksamhet. Riskanalyser görs när förändringar planeras i verksamheten. Vi har under 2021 gjort riskanalyser både på verksamhetsnivå och på individnivå. Samtliga patienter/brukare har dokumenterade riskbedömningar inom relevanta områden. På verksamhetsnivå har två riskbedömningar gjorts utifrån förändringar i verksamheten.

Riskbedömningar görs strukturerat samt vid förändringar i patientens/brukarens hälsa. Dessa görs gemensamt med kontaktperson och sjuksköterska. När risk har identifierats har en hälsoplan upprättats i VODOK. Ansvarig för detta är sjuksköterskan. Sjuksköterskan gör fortlöpande riskbedömningar i VODOK.

Riskbedömningar i nutrition, trycksår, munhälsa, fall och bedömning av blåsdysfunktion (Nikola), kommer att uppdateras under 2022, hos de som är i behov utav det.

Riskbedömningar och analyser angående Covid-19, har fortsatt gjorts kontinuerligt under 2021.

Som risk för vårdskador räknar vi bland annat:

Brister i läkemedelshanteringen, hot och våld, suicidrisk, nutritionsproblem (över- och undervikt), läkemedelsbehandling och biverkning till följd av läkemedelsbehandling, medicinändringar, försämring i psykiatrisk status, somatisk sjukdom.

Utredning av händelser - vårdskador

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

De eventuella händelser som leder till en vårdskada utreds i samverkan med MAS och enhetschef på verksamheten. MAS ansvarar för att utreda, bedöma och besluta om händelsen ska anmälas till IVO. Om avvikelsen handlar om brister i vårdkedjan skickar MAS avvikelsen vidare till den vårdgivare det berör. Alla händelser som inträffat inom verksamheten tas upp på personalmöten eller arbetsplatsträffar. Vi arbetar kontinuerligt med patientsäkerheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Verksamheten följer Socialstyrelsen bestämmelser om informationssäkerhet och informationsöverföring.

Verksamheten följer även Stockholmsstads stadsövergripande policy, avseende skyddade av personuppgifter.

All information gällande journaler och patientuppgifter, förvaras i låsta, brandsäkra arkivskåp. Dessa är endast tillgängliga för ansvarig sjuksköterska.

Beställningar och genomförandeplaner är även dessa inlåsta i brandsäkert arkivskåp, och endast tillgängligt för personal i verksamheten.

Personuppgifter gällande personal är inlåsta i brandsäkra arkivskåp och endast tillgängliga för enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

Granskning av journalföring i Vodok görs av ansvarig sjuksköterska och Parasol granskas regelbundet av samordnare och vid behov av biträdande enhetschef.

Regelbundna loggkontroller i journalsystemet Vodok görs av biträdande enhetschef.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Strukturmått - För att uppnå målen för 2021 fortsatte arbetet med att göra nya rutiner och ett ledningssystem för verksamheten.

Processmått - Rutiner gällande läkemedel har uppdaterats och utbildningar genomförts.

Resultatmått –

- Tydlig återkoppling gällande avvikelser har medfört högre grad av medvetenhet hos medarbetare om patientsäkerhet.
- Medicinteknisk utrustning går igenom 4 gånger per år av sjuksköterskan.
- Inga vård skador som kan relateras till trycksår eller nutrition har

identifierats

- Tre vårdskador har identifierats till följd av fall.
- Basala hygienrutiner och klädrutiner tas upp fyra gånger per år, av sjuksköterskan på personalmöten.
- Norton och Downton riskbedömningar görs en gång per år, eller vid behov.
- Munhälsobedömning görs av tandhygienist två gånger per år, eller vid behov i samråd med sjuksköterskan.
- Stickprov gjorda av dokumentationen visar en positiv utveckling bland annat gällande synliggörandet av patientens delaktighet och teamarbetet i journalen.
- Under 2021 har inga vårdskador skett som följd av Covid-19.

Fokus på dokumentation	Kontinuerlig uppföljning och egenkontroll	Fortlöpande under 2022	Dokumentationen har förbättrats under 2021	Vi kommer att fortsätta fokusera på dokumentationen under 2022
Kvalitetsgrupp	Mål uppfyllt	Fortlöpande under 2022	Kvalitén fortsätter vara viktig i verksamheten	Fortsatt arbete med kvalitetsarbetet under 2022
Avvikelser/Rutiner	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2022	Alla avvikelser tas upp på Personalmöten/APT. Lo-kala rutiner görs vid behov.	Kontinuerligt arbete för att kunna minska avvikelser. Rutiner följs och ses över.
Riskanalyser	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2022	Fortlöpande riskanalyser görs	Riskanalyser diskuteras och görs gemensamt på personalmöten/APT
Hälsoplaner	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2022	Brukarnas inflytande i sin vardag har ökat, bland annat genom att själva få laga sin egna mat 1 gång i veckan. Att få vara delaktiga i samhället.	Fortsatt arbete med att brukarna ska få mer inflytande, minska den sociala distanseringen och kunna skapa sig en meningsfull vardag, sker under 2022

Information	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2022	Kontinuerligt informationsflöde	Information till personal och brukare kommer som tidigare att ske kontinuerligt och vid behov
Kompetensutveckling	Kontinuerlig uppföljning	Fortlöpande under 2022	Kompetensutbildning i hygien och VRI, har gjorts under 2021.	Enhetschef ser över den kompetens som behövs i verksamheten och ordnar med utbildningar kontinuerligt

Avvikelser

- Under året 2021 har 24 läkemedelsavvikelser dokumenterats i avvikelsemodulem i Vodok. Detta är en ökning med 12 avvikelser i läkemedelshandling sen år 2020.
- Fallavvikelser har ökat från 13 fall (2020) till 35 fall. I 33 av 35 fall blev det ingen allvarlig skada. I två fall har lett till skada i form av fraktur.
- Under det gångna året dokumenterades ingen avvikelse, som beskriver brister specifik omvårdnad.
- Tre stycken avvikelser i vårdkedjan skrevs, dessa sker ofta vid vårdens övergångar (från slutenvård/sjukhus tillbaka till boendet).
- Aktuella avvikelser går igenom varje vecka, på APT/Personalmöte.

En förklaring till att läkemedelsavvikelser har ökat med 12 stycken på Paradsängen kan bero på att det har skett en hel del läkemedelsförändringar under året som genererat i ändring av administreringstider samt administreringssätt. På Paradsängen är det endast 5 av 8 brukare som omsorgspersonal administrerar läkemedel till. På Ekeby har 11 läkemedels avvikelser skrivits, detta är en minskning med en. Denna minskning är marginell, men kan bero på att vi alltid går igenom avvikelser varje vecka och diskuterar kring varför dessa skett.

För att få en delegering behöver omsorgspersonal genomgå en webbutbildning "Att jobba säkert med läkemedel" och prov med godkänt resultat. Denna webbutbildning med prov ska sedan årligen göras vid förlängning av delegering. För att få delegering för att administrera insulin krävs genomgång en webbutbildning för insulin samt prov och även det med godkänt resultat.

Bakomliggande orsaker till att fallavvikelserna har ökat på Paradsängen kan bero på att en brukare har blivit äldre och sjukare. Att fall avvikelserna är högre på Ekeby än på Paradsängen kan bero på att det är fler över 65 år som bor på Ekeby.

Endast tre avvikelser i vårdkedjan är skrivna. Dessa hör alla till Paradsängen,

detta kan bero på att den brukare som är mest somatiskt belastad bor på Parad-sängen. Avvikelse i vårdkedjan kan förebyggas om alla verksamheter följer gällande rutiner bl.a. för läkemedelshandling (t.ex. att patient får med sig en aktuell läkemedelslista samt läkemedel vid utskrivning från sjukhus), men också om kommunikation mellan olika vårdgivare ökar. Där tar verksamheten hjälp av att använda sig av NPÖ (Nationell Patient Översikt).

Klagomål och synpunkter

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker. Alla medarbetare har kunskap om lokala rutiner/ Stockholms stads riktlinjer för rapportering av avvikelser ska ske, och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse.

När avvikelser bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS. Detta har inte varit aktuellt under 2020.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelsehantering. All omsorgspersonal har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelsehantering ska utföras beskrivs i den lokala rutinen.

Händelser och vårdskador

- Tre fall har under 2021 lett till vårdskador.

Mål och strategier för kommande år

- Vi kommer ha fokus på dokumentation i ParaSoL, bland annat vad som ska framgå av genomförandeplaner och journalanteckningar genom egen lokal kontroll var tredje månad.
- Synliggöra patientens delaktighet och teamets arbete i patientjournalen. Ge stöttning, feedback och utbildning för chefer, nya och etablerade användare av funktioner och dokumentation i journalsystemet Vodok och avvikelsemodulen.
- Riskbedömningar kommer att uppdateras på samtliga brukare i Vodok under 2022.
- Regelbundna dokumentationsträffar, både i grupp och enskilt.
- Ha riktade insatser i verksamheten där enskilda användare är i behov

av extra stöd för sin dokumentation.

- Fokus på att fortsätta arbeta för en positiv utveckling av dokumentationen.
- Kvalitetsgrupp som består av enhetschef, biträdande enhetschef och kvalitetsombud, kommer kontinuerligt ha uppföljningar av dokumentationen.
- Vid olika personalmöten och APT diskuterar vårt förhållningssätt till praktiska exempel som exempelvis vid avvikelser och aktuella rutiner.
- Riskanalys på individ och verksamhetsnivå. Vid inkomna avvikelser analysera vad som kan ha bidragit till en avvikande händelse vilket sker vid personalmöten och APT. Vid förändring i verksamhet identifiera risker. Kvalitetsgruppen kommer utveckla en struktur för uppföljning av avvikelser.
- Om/när en patientsäkerhetsrisk identifierats skall det finnas en hälsoplan kopplad till risken.
- Öka brukarnas inflytande och delaktighet med att de bland annat får information om det utbud som finns i samhället och de kulturent som erbjuds.
- Sjuksköterskan har kontinuerlig genomgång och uppföljning av delegeringsbeslut.
- Att medarbetare får nödvändig information som berör boende/patient.
- Öka kompetensen om speciella sjukdomstillstånd till medarbetare, genom externa och interna utbildningstillfällen. De interna görs av legitimerad sjuksköterska i verksamheten.
- Fortsatt samarbete med Flexident tandvård för samtliga brukare och dietister från Team Aktiv, till de som behöver.
- Att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare.
- Ett fortsatt arbete med att begränsa Covid-19 kommer att göras under 2022. Vi kommer att fortsätta att kontinuerligt sprida information och följa de riktlinjer som rekommenderas.
- Verksamheten kommer att under 2022 fortsätta arbeta med att minska den sociala distanseringen hos brukarna.
- Under 2022 kommer de kontinuerliga samverkansmöten med Socialpsykiatri i Bromma och Rinkeby-Kista, som implementerades under 2020 att fortsätta. Detta för att höja patientsäkerheten.
- Vi har tillsammans med övriga stadsdelsförvaltningar inom socialpsykiatri i Stockholmsstad haft möte via Skype under 2021. Dessa möten kommer att fortgå under 2022, detta för att även här höja patientsäkerheten.
- Under 2022 planeras utbildning i HLR, brand och självförsvar.
- Dokumentationsträffar tillsammans med Dokumentationssamordnare och Socialpsykiatri i västerort kommer att starta upp igen under 2022.