



Patientsäkerhetsberättelse

Skolörtens servicehus

År 2021

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-28 Amanda Farhadian

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	6
Egenkontroll	7
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	8
Utredning av händelser - vårdskador	8
Informationssäkerhet	8
RESULTAT OCH ANALYS	9
Egenkontroll	9
Riskbedömningar under 2021	9
Resultat av utförda riskbedömningar i Senior alert	9
Avvikelser	11
Klagomål och synpunkter	11
Händelser och vårdskador	11
Riskanalys	12
Mål och strategier för kommande år	12

Sammanfattning

Skolörtens servicehus omfattar 88 lägenheter. Verksamheten utför service- och omvårdnadsinsatser utifrån biståndsbeslut samt hälso- och sjukvårdsinsatser. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor tjänstgör dagtid måndag-söndag. På kvällar och nätter finns sjuksköterska i mobila sjukskötersketeamet, Big Care, att tillgå. Dagtid vardagar arbetar fysioterapeut och arbetsterapeut i verksamheten och det finns tillgång till dietist.

Under året har patientsäkerhetsarbetet haft stort fokus på att förhindra smittspridning av Covid-19. Rutiner och arbetssätt har tydliggjorts och utvecklats under 2021.

Tvärprofessionella möten, där både hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal deltar, genomförs i verksamheten varje vecka. Det har resulterat i en ökad systematik och lett till att personalen fått en förbättrad helhetsbild av patientens situation och behov.

Verksamheten har arbetat aktivt med det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Registret syftar till att säkerställa ett preventivt arbetssätt inom områdena fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion/inkontinens. Det gemensamma arbetet med kvalitetsregistret har resulterat i att 87 % av patienterna är registrerade i Senior alert.

De dokumenterade avvikelserna under året har avsett områden som utebliven insats, mediciner, och brister i personlig omvårdnad. En sammanställning över avvikelser har tagits fram vilket ger en tydlig bild för analys och uppföljning och åtgärd. För att minimera antalet avvikelser har verksamheten i sin kompetensutvecklingsplan lagt in utbildning i läkemedelshantering och genomgång av arbetssätt och rutiner.

Synpunkter och klagomål är ett viktigt led i kvalitetsarbetet. Dessa tas upp kvalitetsråden och på möten med personal. På grund av pandemin har fysiska möten inte kunnat äga rum i samma utsträckning men verksamheten har ändå tagit tillvara, utrett och åtgärdat synpunkter och klagomål enligt rutinen.

För att följa upp och utvärdera resultat har verksamheten genomfört egenkontroller inom följande områden: delegering, dokumentation av hälso- och sjukvård, loggkontroller, läkemedelshantering, medicintekniska produkter för rehab och för baspersonal, basala hygienrutiner, hälsoplaner och riskbedömningar. Åtgärder har vidtagits utifrån de brister som framkommit i genomförda egenkontroller bland annat genom att knyta an till kompetensutvecklingsplanen.

Egenkontroller av medicintekniska produkter (MTP) samt utredning av inkontinens är utvecklingsområden för 2022 då dessa inte genomfördes i den utsträckning som det var planerat på grund av att andra åtgärder i samband med pandemin behövt prioriteras.

Övergripande mål och strategier

Verksamheten kommer 2022 att fortsätta arbetet för en god och säker vård och har planerat för att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamheten via kvalitetsråd och tvärprofessionella team. Dessutom fortsätter verksamheten arbetet med utveckla rutiner och se över nya arbetssätt för legitimerad personal i deras dagliga arbete. Syftet är att skapa förutsättningar för fortsatt utveckling av arbetet med egenkontroller och uppföljning.

I enlighet med målen för 2021 att höja kompetensen fortsätter arbetet med att koppla kompetensutvecklingsplanen till resultat av riskanalyser, uppföljningar och genomförda egenkontroller även under 2022. Utifrån resultaten planeras och genomförs utbildningar för att kunna utveckla rutiner och arbetssätt.

Verksamheten har planerat för att förstärka arbete med inkontinenshjälpmedel genom mer ingående utredningar kring insatser och åtgärder.

Under 2022 har verksamheten som målsättning att planera och påbörja insatser för att kunna införa och använda ett register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret). Syftet är att i teamet kunna arbeta för att minska beteendemässiga och psykiska symtom och på så sätt minska lidandet och öka livskvalitén för personer med demenssjukdom. Verksamheten planerat för ökad digitalisering inom hälso- och sjukvården. Det handlar bland annat om att effektivisera och förbättra läkemedelshantering. Detta är också ett helt nytt mål för 2022.

Organisation och ansvar

Verksamhetschef/Enhetschef

Enhetschefen svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 2017:30, 29 §), dock inte det ansvar som åligger MAS. Enhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Enhetschefen

- ska ge förutsättningar för att lagar och författningar blir kända och använda samt att de integreras i det dagliga arbetet.
- ansvarar för att planera, leda och skapa förutsättningar för utveckling och egenkontroll
- ska utifrån resultat på uppföljningar vidta adekvata åtgärder för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet i verksamheten
- svarar för att rutiner implementeras och följs
- ansvarar för att verksamheten har den personal, kompetens, lokaler och utrustning som krävs utifrån verksamhetens behov.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient/boende. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande dokumenteras och utvärderas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) det medicinska ansvaret och ansvarar för att vårdtagaren får en god och säker vård med god hygienisk standard.

Inom Hässelby-Vällingby finns det även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Baspersonal

Har skyldighet att följa de rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och händelser.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Under året har patientsäkerhetsarbetet haft stort fokus på att förhindra smittspridning av Covid-19. Det har fungerat bra då det funnits tydliga rutiner och arbetssätt. Detta har medfört att vi behövt samverka internt och externt. Det har skett en samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) men också med Smittskydd Stockholm och Vårdhygien gällande smittspårning. Med anledning av detta har verksamheten identifierat processer och tagit fram rutiner relaterade till Covid -19 som man arbetat efter:

Rutin vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Rutin inflytt och utflytt.

Rutin för provtagning av boende

Rutin provtagning personal

Rutin kohort vård

Verksamheten har anpassat arbetssättet utifrån hur utvecklingen skett i samhället. Samverkan med läkarorganisationen Familjeläkarna intensiverades då smittspridning av Covid -19 pågick och lika så med Smittskydd och Vårdhygien. Samverkan med tandvården, Flexident och fotvården upphörde under del av året på grund av restriktioner och rekommendationer av myndigheter. Smittspårning av boende med misstänkt Covid-19 pågick under året med hjälp av regionens smittspårningsteam.

Åtgärder som har genomförts för ökad patientsäkerhet under pandemin har fungerat bra och verksamheten var länge fri från smittspridning av Covid-19.

Patienters och närståendes delaktighet

Den boende får en namngiven kontaktman och en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska vid inflyttning. För att göra närstående och patienter delaktiga erbjuds vårdplanering för att diskutera hur vården ska säkerställas. Inom 14 dagar har verksamheten ett planerat ankomstsamtal tillsammans med den boende och dennes anhöriga/närstående om den boende så önskar. Detta för att stärka möjligheterna för att vara delaktig i planeringen av insatser och kunna påverka hur de utförs. Samtalet bidrar till att den boende kan känna trygghet i att få en god omvårdnad och en säker hälso- och sjukvård. Verksamheten informerar även om möjligheten att boende och/närstående kan lämna synpunkter/

klagomål, både muntligt och skriftligt. Verksamheten kontaktar omgående närstående när verksamheten ser att det finns en påtalad risk patientsäkerhet.

Enhetschef har närståendemöten två gånger per år men på grund av pandemin har detta inte kunnat genomföras under 2021. Verksamheten har regelbundet via brev/mail haft kontakt med boende och närstående för att informera om kommande restriktioner/rekommendationer och annat. Därutöver har det funnits aktuell information om förhållningsregler, skyddsutrustning och rekommendationer från myndigheter som t.ex. Folkhälsomyndigheten på verksamhetens informationstavlor.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har kontakt med boende och god man/anhöriga/ närstående för att diskutera hur vården ska utföras och säkerställas. När det gäller akuta situationer sker kontakten direkt. Den kontakten sker oftast via telefon. Därutöver finns det alltid möjlighet att komma i kontakt med ansvarig sjuksköterska eller annan sjukvårdspersonal.

Arbets terapeut och fysioterapeut besöker alltid den boende för att se över hjälpmedelsbehov och förflyttningsförmåga. Detta för att säkerställa boendemiljön och förebygga fall.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Verksamheten har under 2021 tagit fram en sammanställning över avvikelser för att man ska kunna arbeta med resultatet på ett optimalt sätt. Samtliga medarbetare ska rapportera avvikelser och händelser. När enhetschefen tar emot en rapport om en händelse, som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, ska det rapporterade utredas.

Enhetschefen ska meddela MAS/MAR och avdelningschefen där det finns risk för allvarlig vårdskada. De, tillsammans med MAS/MAR, gör en intern händelseanalys samt risk- och allvarlighetsbedömning. Enhetschefen återkopplar i lärande syfte slutrapporten av händelseanalysen till medarbetare.

Klagomål och synpunkter

Verksamheten arbetar systematiskt med synpunkter och klagomål för att utveckla kvaliteten. Klagomål och synpunkter tas upp på kvalitetsråden och i möten med personal. I år har det varit totalt 26 klagomål- och synpunkter. Verksamheten sammanställer alla klagomål- och synpunkter för att få en tydlig sammanhållen bild av antalet synpunkter och klagomål samt vilka områden dessa berör.

Egenkontroll

Nedan redovisas egenkontroller inom hälso- och sjukvård

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Delegering	1 gång per år	Vodok, eget framtaget material
Dokumentation HSL	2 gånger per år	Vodok
Loggkontroller	Var tredje månad	Vodok
Signeringslista för kylan i läkemedelskylskåpet	1 gång/vecka	Signeringslista
Signeringslista för narkotikaklassad läkemedel i akutläkemedelsförråd, patientbundna och i patientens lägenhet	1 gång per månad	Signeringslista
Signeringslista temperaturkontroll i läkemedelsförrådet och städning i läkemedelsförråd	1 gång/vecka	Signeringslista
Signeringslistor medicin hälso- och sjukvård för baspersonal	4 gånger per år	Signeringslista
Hälsoplan och riskbedömning	2 gånger per månad	Vodok
Medicintekniska hjälpmedel rehab	2 gånger per år	Eget framtaget underlag
Medicintekniska hjälpmedel baspersonalen	1 gång per månad	Eget framtaget underlag
Medicintekniska hjälpmedel sjuksköterskor	2 gånger per år	Eget framtaget underlag
Vikt på boende	Var 3:e månad eller vid behov	Eget framtaget underlag
Basala hygienrutiner	2 gånger per år	Eget framtaget underlag, PPM mätning
Inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	Eget framtaget underlag

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Riskanalys

Risk- och konsekvensanalys med handlingsplan gällande Covid -19 har tagits fram och uppdaterades vid behov.

Verksamheten genomför även riskanalyser i samband med nedanstående situationer:

- vid risk för hot och våld
- vid komplicerade patientärenden
- vid förändringar i verksamheten inför sommarplaneringen
- vid personalbrist
- vid värmebölja
- vid en pandemi
- vid låg bemanning

Nedanstående riskbedömningar ska erbjudas inom 14 dagar vid inflyttning. Om uppenbara risker konstaterats i samband med inflyttningen ska riskbedömningarna erbjudas snarast.

- Riskbedömning för fall, undernäring och trycksår
- Munhälsobedömning
- Bedömning av ADL
- Bedömning av blåsdysfunktion/inkontinens

Riskbedömningar ska tas upp på teammöten en gång per vecka och vid kvalitetsrådet en gång per månad. Kvalitetsråd har dock fått ställas vid flera tillfällen på grund av pandemin. Dessutom tas det upp på arbetsplatsträffar och veckomöten för att all personal ska få möjlighet av att ta del av detta.

Utredning av händelser - vårdskador

När det gäller händelser och vårdskador har verksamheten arbetat aktivt med att förebygga händelser och vårdskador. Det finns ett nära samarbete med medicinsk ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering kring utredning av händelser.

Informationssäkerhet

Verksamheten har arbetat med informationsöverföringen och därför reviderat sin rutin för extern och intern samverkan. Informationen är en förutsättning för att det ska fungera i verksamheten och för att vi ska kunna utföra vårt uppdrag. Det är viktigt att skapa förutsättning för att informationen når alla berörda personer.

Logghantering och åtkomstkontroll av hälso- och sjukvårdsjournaler i Vodok och NPÖ har utförts under året.

Stockholmsstad har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att GDPR följs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftleverantören säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Verksamheten har inte haft några händelser kopplade till informationssäkerheten.

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Verksamheten arbetar med att utvärdera sina resultat och för att göra det har verksamheten tagit fram rutiner för egenkontroller.

För att följa upp och utvärdera resultat har verksamheten genomfört egenkontroller inom följande områden: delegering, dokumentation av hälso- och sjukvård, loggkontroller, läkemedelshantering, medicintekniska produkter för rehab och för baspersonal, basala hygienrutiner, hälsoplaner och riskbedömningar. Verksamheten behöver ytterligare genomföra egenkontroller avseende vikt på boende, inkontinenshjälpmedel och de medicintekniska produkter som sjuksköterska ansvarar för. Verksamheten har analyserat resultatet av egenkontrollerna och utifrån det tagit fram åtgärder. Dessa åtgärder har verksamheten kopplat till kompetensutvecklingsplanen med planerade utbildningstillfällen. Detta för att man ska kunna arbeta med åtgärderna på ett optimalt sätt.

Av kompetensutvecklingsplanen framgår det vad verksamheten behöver arbeta med/ utvecklings/förbättringsområden t ex läkemedelshantering och vilken yrkeskategori som ska ta del av utbildningsinsatserna.

Arbetet med egenkontroller har varit positivt och har lett till att verksamheten har identifierat brister och kan därigenom ha en planering för att arbeta med åtgärderna.

Riskbedömningar under 2021

Resultat av utförda riskbedömningar i Senior alert

Trycksår

Sex personer hade sex trycksår totalt

Av dessa sex trycksår uppstod fyra på egen enhet och två på annan enhet.

Verksamheten arbetar aktivt för att riskbedömningar görs och följs upp.

Undernäring

19 personer hade ett BMI<22

15 personer hade ofrivillig viktninskning

När det gäller riskbedömningar undernäring har verksamheten arbetat med detta tillsammans med dietisten. Genomgång av samtliga boende med nutritionsproblematik eller/och undernäring sker regelbundet i teamet. Det har

resultaterat i bättre överblick och det är förbättrat möjligheten att följa upp berörda boende.

Fall

26 personer har sammanlagt fallit 68 gånger

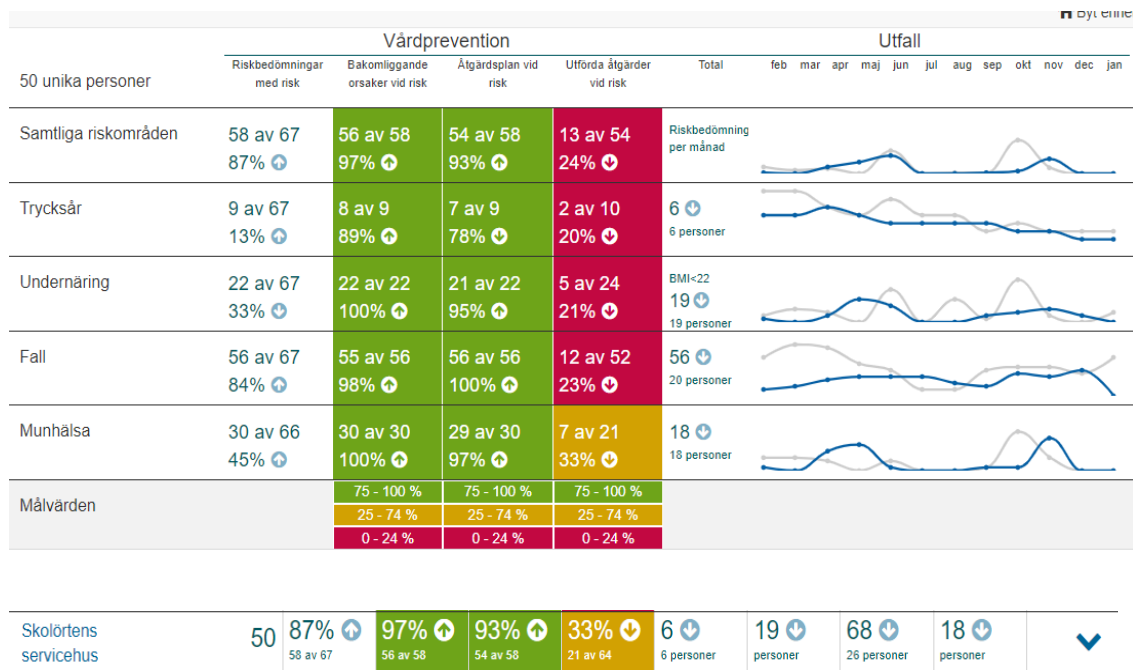
Verksamheten är följsamma till rutinen och registrerar och följer upp fall. Uppföljning av fallen i hälso- och sjukvårdsteamet samt med baspersonal genomförs varje vecka. Det är betydelsefullt att följa upp fallen och verksamheten ser vikten av att gå igenom fallen och analysera dem i gruppen för att rätt åtgärd ska sättas in och för att kunna följa upp resultatet av åtgärden.

Munhälsa

19 personer hade risk för ohälsa i munnen av grad 2 eller grad 3

När det gäller riskbedömningar för att bedöma munhälsa har verksamheten sett att analys av resultatet behöver utvecklas för att rätt åtgärder ska kunna vidtas. Verksamheten har konstaterat och genomfört att som rutin ta upp analysen av munhälsobedömningar i teamets möte.

Senior alert



Verksamheten har arbetat aktivt med Senior alert under 2021, vilket gjorts varje vecka i det tvärprofessionella teamet. Detta för att man ska kunna använda teamets kompetens på ett optimalt sätt för att därigenom kunna ge en god och säker vård. Det har fungerat bra att ha bestämda tider för att kunna diskutera olika riskområden i Senior alert och använda deras instrument. Verksamheten har arbetat med instrumentet tillsammans i gruppen och registrerat det i programmet. Det har varit bra och vi kan se att verksamheten har 87 % som är registrerat i Senior alert. Det går också se att verksamheten

har använt verktyget för att registrera inom samtliga riskområden. Det har visat sig vara ett mycket användbart instrument då teamets kompetens fångas upp på ett mycket bättre sätt.

Verksamheten har haft som målsättning att ha effektiva möten i det tvärprofessionella teamet med ett systematiskt arbetssätt. Därför har rutinen reviderats och strukturen för hur ofta teammöten ska hållas, dagordning, vem som är ansvarig för att hålla mötet och vilka som yrkeskategorier som ska delta tydliggjorts.

Avvikelser

Verksamheten arbetar utifrån rutinen för avvikelshantering.

From januari 2021 började verksamheten att föra statistik över avvikelser. För år 2021 hade vi totalt 168 avvikelser. Det sättet att föra statistik har medfört att vi kan se att det är mest avvikelser gällande utebliven insats, läkemedel och brister i personlig omvårdnad. Det har lett till att vi kan analysera och arbeta med avvikelserna på ett mycket bättre sätt.

Kvalitetsrådet tar upp avvikelserna och kan med hjälp av statistiken se och analysera exempelvis varför flera avvikelser registrerats inom ett visst område. Verksamheten har bland annat lagt in i sin kompetensutvecklingsplan utbildning i läkemedelshantering och genomgång av rutiner. Det gör att vi kan vidta riktade åtgärder för att kunna öka patientsäkerheten och kvalitén.

Klagomål och synpunkter

För 2021 kan vi se att det som inkommit berör ”ej utförd insats” och bemötande. På grund av pandemin har fysiska möten i kvalitetsrådet inte kunnat äga rum i samma utsträckning men verksamheten har ändå tagit tillvara, utrett och åtgärdat synpunkter och klagomål enligt rutinen.

Dessutom har verksamheten tagit fram en kompetensutvecklingsplan och i den finns det inplanerad genomgång av rutiner. Därutöver har verksamheten reflektionsträffar där all personal ges möjlighet att diskutera olika etiska frågor, klagomål mm.

Antal synpunkter per månad och typ 2021	Antal
Ej genomförd insats	7
Negativ	7
Bemötande	11
Negativ	11
Övrigt	8
Negativ	8
Totalsumma	26

Händelser och vårdskador

Under 2021 har det varit en händelse kring narkotikaklassade läkemedel.

Denna händelse har resulterat i att verksamheten förtydligat rutinen. Därutöver har verksamheten gjort så att man göra stickprovskontroll av narkotika.

Risikanalyt

Verksamheten arbetar kontinuerligt med riskbedömningar/risikanalyser.

Förutom riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår, munhälsa, ADL samt blåsdysfunktion/inkontinens har verksamheten gjort riskbedömningar för jul/nyår, sommar samt vid pandemin. Verksamheten har haft stort fokus på riskbedömning gällande spridning av Covid-19.

Mål och strategier för kommande år

För att säkerställa en god och säker vård har verksamheten tagit fram följande strategier för kommande år:

Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet genom att fortsätta med kvalitetsråd och tvärprofessionella team möten. Fortsatt arbete med utveckla rutiner och se över nya arbetssätt för legitimerad personal i deras dagliga arbete. Syftet är att skapa förutsättningar för fortsatt utveckling av arbetet med egenkontroller och uppföljning. Kompetensutveckling – verksamheten har tagit fram en kompetensutvecklingsplan och tanken är att man ska kunna ha möten (för både baspersonal och hälso-och sjukvårdspersonal) och utbildningar för att kunna utveckla rutiner och arbetssätt. Detta för att säkerställa kompetens hos medarbetare för att tillgodose den enskildes behov av en god hälso- och sjukvård samt en ökad patientsäkerhet.

Systematiskt kvalitetsarbete, att egenkontroller genomförs regelbundet under året. Detta för att man ska kunna analysera och följa resultatet för att kunna planera in förbättringsåtgärder

Digitalisering – verksamheten har planerat att, under 2022, med hjälp av digital teknik effektivisera och förbättra läkemedelshantering.

Inkontinenshjälpmedel - verksamheten har planerat att arbeta mer effektivt kring inkontinenshjälpmedel och för att kunna genomföra basal utredning och behandling. Det är en särskild ansvarig sjuksköterska som kommer att bli ansvarig för det.

Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) – kommer verksamheten att planera för att komma påbörja arbetet för att komma igång med. Syftet är att i teamet kunna arbeta för att minska beteendemässiga och psykiska symtom och på så sätt minska lidandet och öka livskvalitén för personer med demenssjukdom. En sjuksköterska kommer tillsammans med biträdande enhetschef som att vara ansvarig för genomförandet av arbetssättet i gruppen.