

Patientsäkerhetsberättelse för Skolörstens servicehus År 2022



Datum 2023-01-27

Ansvarig för innehållet Pegah Parvizimotlagh biträdande enhetschef HSL

Diarienummer HV 2023/70

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	7
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	9
Strålskydd.....	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu	16
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter.....	18
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

SAMMANFATTNING

Skolörtens servicehus omfattar 88 lägenheter och i dagsläge är 62 lägenheter fullbelagda. Utifrån hälso- och sjukvårdsinsatser samt biståndsbeslut som underlag utför verksamheten service – och omvårdnadsinsatser till patienten. Hälso- och sjukvårdsteamet bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut samt dietist tjänstgör dagtid måndag-fredag med undantag för sjuksköterskor som även tjänstgör helger dagtid, vilket ger kontinuitet och ökar tryggheten för patienterna. Mobila sjukskötersketeamet Big Care ansvarar för sjukvårdsinsatserna på jourtid dvs. kvällar och nätter.

Vårdgivaren stadsdelsnämnden har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen. I detta ingår att säkerställa att varje legitimerad personal inom vård- och omsorg kan utöva sitt arbete så att en god och säker vård kan ges. Patient ska också känna sig trygga och säkra i kontakt med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för patient och närstående att aktivt delat i patientsäkerhetsarbetet.

Säker informationsöverföring har varit en prioriterad förbättringsåtgärd. Dagliga morgonrapporter, teammöten och månatliga kvalitetsråd har införts med tydlig mötesstruktur och utifrån en lärandeorganisation.

Verksamheten har implementerat tvärprofessionella teammöten veckovis där all personal både hälso- sjukvård samt baspersonal aktivt deltagit. Ett fungerande multiprofessionellt team är en förutsättning för ett gott personcentrerat arbetssätt. Teamarbetet kräver en tydlig struktur och regelbundna träffar. Resultatet av dessa träffar leder till upprättande av individuella planer som följs upp och utvärderas regelbundet avseende effekt för den enskilde.

Verksamheten har arbetat aktivt med det internationella kvalitetsregistret Senior Alert under år 2022. De patienter som samtyckt till registrering finns med i registret och uppdateringar och uppföljningar av riskbedömningar samt planerade åtgärder sker två gånger per år i teamet samt vid ändrat hälsostatus. 96 % av patienterna är registrerade i Senior Alert på Skolörten.

Under året har avvikelser skrivits och sammanställningar genomförts efter analys om bakomliggande orsaker och vidtagna/planerade åtgärder, enligt verksamhetens rutin för systematiskt kvalitetsarbete. Enhetschefen har samtalat med berörda om avvikelser. Verksamheten har i sin kompetensutveckling för att minimera antalet avvikelser, planerat flertal tillfällen av utbildningar i läkemedelshandling, och genomgång av arbetssätt och rutiner.

För att säkerställa delegeringar, följsamhet till basala hygienrutiner, motverka och behandla undernäring genom ökade kunskaper kring mat, måltider och nutritionsbehandling har verksamheten aktivt arbetat med detta. Det arbetet fortsätter under 2023.

Synpunkter, klagomål och avvikelshantering är viktiga punkter som tas upp, utreds och åtgärdas i ett aktivt forum på kvalitetsråden. Uppföljning av planerade åtgärder sker kontinuerligt. Till hjälp för uppföljning och utvärdering har verksamheten genomfört egenkontroller. Utifrån framtaget resultat från dessa egenkontroller har brister och avvikelser tagits upp på kvalitetsråd, åtgärder vidtagits och uppföljningar genomförts och knutits till kompetensutvecklingsplanen.

Verksamheten har valt att kassera gamla sängar och istället hyra dessa via Stockholms stad avtal. Detta i syfte att säkra att endast säkra och ändamålsenliga produkter använts i verksamheten.

Det påbörjade arbetet kring utveckling av inkontinenshjälpmedel fortsätter och fler utbildningar är planerade under 2023.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

Verksamheten ska enligt hälso- och sjukvårdslagen bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla en god och säker vård av hög kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet och behandling. Det har enheten gjort genom att ha kvalitetsråd och tvärprofessionella teammöten. På kvalitetsråden har verksamheten arbetat vidare med avvikelserna och diskuterat eventuella åtgärder. Därutöver har enheten hållit i hälso- och sjukvårdsmöten en gång i veckan där samtliga professioner deltagit för att diskutera den patients hälsa. Enheten arbetar utifrån Senior alert.

Verksamheten har även arbetat med att systematiskt granska hälso- och sjukvårdsdokumentation samt följa upp att samtliga patienter har en aktuell riskbedömning avseende malnutrition MNA, en aktuell ADL bedömning enligt Sunnås ADL index, aktuell fallriskbedömning eller DFRI, utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår samt aktuella hälsoplaner som skapas om risk uppmärksammas i en riskbedömning. Dessutom fortsätter verksamheten att utveckla kvaliteten genom utförda egenkontroller och uppföljningar både för baspersonal samt legitimerad personal i olika områden. Sammanställning av resultatet av dessa kontroller leder till nya förutsättningar för utveckling av rutiner och nya arbetssätt.

Arbetet med att koppla kompetensutvecklingsplanen till resultat av riskanalyser, uppföljningar och genomförda egenkontroller i enighet med målen 2022 för att höja kompetensen, och detta fortsätter under 2023. Utbildningar har planerats och genomförts utifrån resultat samt behov. Under året har fokus varit att utveckla palliativa ombudens roll och ansvar som bidrar till en kvalificerad vård i livets slutskede för patienten.

Arbetet kring implementering av inkontinenshjälpmedel påbörjades 2022 för att fortsätta under 2023. Målet är att alla berörda patienter ska ha en aktuell inkontinensbedömning.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Verksamheten har under året satsat på kompetensutveckling i form av föreläsningar, grupphandledning, individuella utbildningar och möten. Såsom dokumentation, basala hygienrutiner, läkemedelshantering, inkontinens, samarbete samt kost- och nutrition.

Verksamheten arbetar för att det ska finnas tydliga rutiner och ger hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att utveckla rutiner och arbetssätt. Det görs genom att man har möten tillsammans en gång i månaden. Dessutom följs det dagliga arbetet upp genom att biträdande enhetschef möter upp personalen varje morgon.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Verksamhetsmål, under 2023, är att enligt hälso- och sjukvårdslagen bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla en god och säker vård av hög kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet och behandling.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet är följande:

- Fokus på utveckling av tvärprofessionella teammöten med patienten i fokus, patienternas/närståendes delaktighet på rondan.
- Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation samt uppföljning av avvikelser.
- Samtliga boenden ska ha en utförd och dokumenterad riskbedömning avseende malnutrition MNA, en aktuell ADL bedömning enligt Sunnås ADL index, aktuell fallriskbedömning eller DFRI, utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår samt aktuella hälsoplaner som skapas om risk uppmärksammas i en riskbedömning.
- Registrera alla boende i Senior Alert, utföra riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar. Uppdatering av dessa sker två gånger per år samt vid ändrade status.
- Utveckla palliativa ombudens roll och ansvar för att bidra till en mer kvalificerad vård i livets slutskede för patienten. Detta kommer göras genom att fler utbildningar erbjuds ombuden samt palliativombudsmöten med samtliga personal anordnas.
- Arbetet kring implementering av inkontinenshjälpmedel påbörjades under 2022 med utbildningar för samtliga personal och målet är aktuella inkontinensbedömningar och utredningar för alla patienter.

Verksamheten hade under 2022 som målsättning att planera och påbörja insatser för att kunna införa och använda ett register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret) vilket uteblev och planeringen för införandet är planerad under 2023. Syftet är att i teamet kunna arbeta för att minska beteendemässiga och psykiska symptom och på så sätt minska lidandet och öka livskvaliteten för personer med demensdiagnos.

Verksamheten har planerat för att påbörja digital signering av läkemedel i Appva appen vilket effektiviserar och förbättrar läkemedelshanteringen.

Organisation och ansvar

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

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som till exempel chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter och patientnämnden ingå.

Enhetschef Enhetschefen svarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 2017:30, 29 §), dock inte det ansvar som åligger MAS. Enhetschef ska tillämpa vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i verksamhetens uppsatta mål, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Implementera rutiner och genomföra uppföljningar. Ansvara för att resursanvändning och personalbemanning är optimal för att en god och säker vård ska kunna säkerställas.

Biträdande enhetschef ansvarar för ledning av hälso-och sjukvårdsuppgifter för HSL, där yrkesutövande följer lagar och föreskrifter, regler och rutiner som upprättas i verksamheten samt utreder händelser och avvikelser i verksamheten, analyserar dessa avvikelser och återkopplar till berörda.

Legitimerad personal ansvarar för att följa upp insatser enligt verksamhetens uppsatta mål, utföra risk- och preventionsbedömningar för alla patient, medverka aktivt och kontinuerligt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder. Kontinuerligt arbeta med risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

Delegerad baspersonal utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter utifrån verksamhetens upprättade rutiner och följer lagar och regler som finns. All hälso-sjukvårdspersonal ska främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande hos patient.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)

för att;

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Med ansvaret följer att anmäla risker för allvarliga vårdskador samt händelser som har medfört allvarlig vårdskada till IVO (Inspektionen för vård- och omsorg).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen erbjuder verksamheten en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg till den enskilde. Lokal överenskommelse mellan kommun och regionen finns inom Stockholm Stad. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till en god och säker vård och behandling. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att patient och närstående upplever vården som helhet.

Intern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Mobila sjukskötersketeamet Big Care ansvarar för hälso-sjukvårds insatser kvällar och nätter
- Familjeläkarna som ombesörjer läkarinsatser
- Dietist stödjer och utbildar sjuksköterskor och baspersonalen i nutritionsfrågor.
- Dokumentationsansvarig för hälso- och sjukvårdsdokumentation i stadens Vodok system.
- Beställarenheten-biståndshandläggare inom Stockholm stad
- MAS gällande frågor kring läkemedel, avvikelser, hygien, smittsamma sjukdomar osv får att få hjälp och vägledning och med MAR i frågor gällande fall och hjälpmedel. Detta görs bland annat på kvalitetsråd, HSL möte och även via mail och samtal kan legitimerad personal få svar på sina frågor.

Extern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen en gång om året tillsammans med MAS, biträdande enhetschef HSL och sjuksköterskor.
- Dosapoteket (svensk dos).
- Godman/förvaltare
- Flexident som utför munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt utbildar i munhälsa vid behov.
- Smittskydd och Vårdhygien finns tillgängliga för råd och stöd samt anordning av utbildningar inom basal hygien rutiner och smittsamma sjukdomar. Hygienrond planeras en gång per år.
- Fotsjukvården Hagsätra utför fotsjukvård

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

All personal i verksamheten har tillgång till mappar innehållande relevant information men det finns även tillgång till en del av informationen i pärmar. Den information som finns i mapparna är skyddade så att ej obehöriga kommer åt dem. När det gäller akterna har verksamheten låst in dem i brandsäkra skåp så ej obehöriga kommer åt dem. Dessutom är alla utrymmen där hälso- och sjukvårdsgruppen vistas utrustade med kodlås och/eller bricka.

Biträdande enhetschef utför loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation två gånger per år för att säkerställa att obehöriga inte har tillgång till viktig information.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Detta område berörs ej inom vår verksamhet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Genom att vara en närvarande, lyhörd och lyssnande chef bidrar man till en bra arbetsmiljö. Enhetschefen samt biträdande enhetschef har en öppen dialog med legitimerad personal och erbjuder handledning, ger feedback och stöttar sin personal vid behov. Verksamheten anordnar hälsobefrämjande aktiviteter för legitimerad personal som bidrar till arbetsglädje och en trivsamt arbetsmiljö.

Dagliga rapporter och avstämningsmöte med gruppen gör det lättare att få en helhetsbild på hur legitimerad personal arbetar och vilka behov de har. Chef följer upp bestämda regler och rutiner i gruppen för att säkerställa trygghet och säker vård. Legitimerad personal deltar på reflektionsträffar en gång per månad tillsammans med baspersonalen för att diskutera och reflektera olika dilemman på arbetet. Detta ger en möjlighet för att man ska kunna få tid att reflektera över sitt arbete. Dessutom är verksamheten mån om att främja lärande och utveckling genom att ha mötesformer där man diskuterar patient, arbetssätt och rutiner. Det finns ett starkt fokus på att verksamheten ska arbeta för en god och säker vård och därför sker lärande även med hjälp av utomstående personer som föreläser om olika ämnen. Det finns också ett samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehab (MAR) för att legitimerad personal ska få möjlighet att lyfta och diskutera olika medicinska frågor. Detta för att verksamheten är mån om att legitimerad personal ska känna sig trygga och säkra för att arbeta i en miljö som främjar säkerhet.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Verksamheten har en kompetensutvecklingsplan där alla yrkeskategorier är inkluderade i planen. Det har varit viktigt att se till att all personal tar del av den utbildning som finns i planen och verksamheten har säkerställt att legitimerad personal tagit del av kompetensen genom att egenkontroller görs och följs upp. Utförda egenkontroller leder till att verksamheten kommer åt brister och kan åtgärda dessa och förbättra kvaliteten. Dessutom har verksamheten utvärderat arbetssätt och rutiner för att legitimerad personal ska kunna ha goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Förutom detta deltar legitimerad personal tillsammans med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig rehab (MAR) i kvalitetsråd för att arbeta med förbättringar och implementering av arbetssätt och rutiner. På dessa kvalitetsråd tas alla synpunkter, klagomål och avvikelser upp, analyseras, åtgärdas och följs upp. Därutöver anordnar hälso- och sjukvårdsdokumentationsansvarig inom staden regelbundna dokumentationsträffar för att säkerställa en patientsäker dokumentation. Dokumentationsträff är en aktiv forum där legitimerad personal får handledning för dokumentation i stadens dokumentationssystem.

Stockholm stad har erbjudit möjlighet till specialistutbildningar för sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast, vilket verksamheten uppmuntrat till att söka. Dock har intresset varit lågt. Obligatorisk handledning har påbörjats under 2022 och fortsättning finns inplanerad under 2023. Detta för att man ska kunna dela med sig av erfarenheter med sina kollegor och få möjlighet till reflektion och lärande för att man ska kunna kompetensutveckla sig.

En hälso- och sjukvårdsansvarig biträdande enhetschef anställdes samt antalet sjuksköterskor ökades med en heltidstjänst för att förbättra kvalitetsarbetet kring patientsäkerheten. Därutöver ser ansvarig chef till att bemanningen av hälso- och sjukvårdspersonal är anpassad utifrån patientens dagsaktuella medicinska behov.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Vid inskrivning informeras närstående om möjligheteten till delaktighet till patients vård och behandling ifall samtycke/medgivande från patient ges. Händelser och åtgärder vid förändrat hälsotillstånd återkopplas löpande till närstående och möjlighet till delaktighet till vårdplaneringar erbjuds.

Vid inflyttning får patient en omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt ansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut. Arbetsterapeuten och fysioterapeuten besöker alltid patienten vid inflyttning för att utföra ADL bedömningar och se över hjälpmedelsbehov och förflyttningsförmåga.

Verksamheten erbjuder närstående och patient 14 dagar efter inflyttning till en teambaserad vårdplanering/ankomstsamtal för att stärka möjligheterna för delaktighet i planering och utförande av insatserna efter önskemål och i enigheten med verksamhetens upprättade mål och rutiner. Målet med ankomstsamtal är ökad trygghet och säkerhet i ett gott omvårdnadsarbete enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Vid utredning av vårdskada ansvarar sjuksköterska för att informera den patient och närstående om detta. Enhetschefen i sin tur kontaktar närstående ifall det finns en påtalad risk för patientsäkerhet. Patient och närstående får vid inflyttning till särskilt patient information om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål på vården.

Enhetschef har närståendemöten två gånger per år. Verksamheten har regelbundet genom brev/mail haft kontakt med patient och närstående för att informera om viktiga saker.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll

Verksamheten utför riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård. Verksamheten har under året arbetat med att förbättra genomförandet av egenkontroller, analys och sammanställning av resultaten för att uppnå god kvalitet. Egenkontroll är ett relevant och användbart verktyg där problem/fel och brister identifieras, möjliga orsaker analyseras, viktiga åtgärder vidtas och uppföljningar planeras efter resultaten. Detta arbete leder till förbättringsområde och kvalitetshöjning i patientsäkerhetsarbetet. Resultatet från egenkontrollerna, planerade åtgärder och uppföljningar återkopplas direkt till samtliga berörda och på verksamhetens kvalitetsråd och arbetsplatsträffar går man igenom detta med alla deltagare.

Nedan redovisas egenkontroller inom hälso- och sjukvård

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Delegering	1 gång per år	Vodok, eget framtaget material
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	2 gånger per år	Vodok
Loggkontroller	Var tredje månad	Vodok
Loggkontroller	Var tredje månad	NPÖ
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
Patientvikt	Var 3:e månad eller vid behov	Eget framtaget underlag Planeras att göras under 2023
Basala hygienrutiner	2 gånger per år	Eget framtaget underlag, PPM mätning
Inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	Eget framtaget underlag Planeras att göras under 2023

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Verksamheten arbetar för att öka patientsäkerheten med hjälp av risk- och konsekvensanalyser, riskbedömningar och egenkontroller. Det har under året gjorts risk- och konsekvensanalys med handlingsplan för att förutse och hantera risker relaterade till covid-19. I denna risk- och konsekvensanalys framgår det vad som ska göras och av vem.

Verksamheten genomför även riskanalyser i samband med nedanstående situationer:

- förändringar i verksamheten
- inför sommarplaneringen och jul- och nyårsplaneringen
- risk för hot och våld
- personalbrist, låg bemanning
- vid värmebölja
- brand
- strömavbrott
- med flera

Vid alla riskanalyser tittar man på vilka åtgärder som ska vidtagas och av vem. Det ska tydligt framgå hur man ska göra vid ovanstående situationer. Det är också viktigt att riskanalyser tas upp i arbetsgruppen och att det finns möjlighet för implementering.

Hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig att riskbedömningar genomförs inom 14 dagar vid inflyttning för att kartlägga patients hälsotillstånd och säkerställa god och säker vård. Dessa riskbedömningar gäller undernäring, trycksår, fall, inkontinens och munhälsa. Hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar med nämnda riskbedömningar både i dokumentationssystemet Vodok och senior alert.

Varje enskild legitimerad personal arbetar med sina egna riskbedömningar och är ansvarig för att vidta åtgärder, men det kan vara så att patienten behöver hela arbetsgruppens kompetens för att man ska vidtaga åtgärder. Därför tas patienten upp i det egna teamet för diskussion. Dessutom tas patienten upp i teammöten där det finns baspersonal. Genom tvärprofessionella teammöten som hålls en gång per vecka diskuteras patienten utifrån det som framkommit av riskbedömningarna. Detta för att man ska kunna få en helhetssyn på patienten för att kunna sätta in rätt åtgärder. Detta följs sedan upp genom egenkontroller (se avsnitt om egenkontroller).

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Verksamheten har arbetat aktivt med förebyggande åtgärder gällande vårdskador och händelser. Det görs genom att verksamheten utför kontinuerliga egenkontroller, riskbedömningar/riskanalyser. Det finns också rutiner för avvikelser och Lex Maria. All legitimerad personal har god kunskap om avvikelshantering och biträdande enhetschef ansvarar för att utreda och följa upp eventuella vårdskador.

Verksamheten har haft en allvarlig händelse som lett till vårdskada, En Lex Maria anmälan gjordes när en patient fick i sig ättiksyra av baspersonalen, som förväxlades med vatten. Patient blev inskickad till sjukhuset och avled senare på sjukhuset. Vidtagna åtgärder vid denna inträffade händelse är att verksamheten har sett över lokala rutiner gällande förvaring av farliga vätskor och kemikalier i patients kylskåp och rum. Rutiner kring informationsöverföringen har säkrats. Flera utbildningstillfällen gällande farliga/skadliga vätskor och kemikalier för baspersonalen har anordnats av enhetschefen, dietist och MAS.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Egenkontroller av basala hygienrutiner och följsamhet genomförs en gång i månaden. Självskattningsblanketter utdelas till all personal vid ett planerat datum varje månad. Hygienombud observerar och kontrollerar att personalen följer alla punkterna rätt och biträdande enhetschef genomför denna kontroll för hälso- och sjukvårdspersonal och sammanställer resultat, analyserar och åtgärdar och följer upp.

Alla patient erbjuds läkemedelsgenomgång en gång per år av Familjeläkarna. Ansvarig sjuksköterska förbereder underlag såsom blodprover utifrån ett framtaget dokument och det följs upp på rondan av läkaren. Därutöver har verksamheten rutin för suicidriskbedömningar.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



- Transport av blodprover och andra prover, Medicarrier
- Transport av läkemedel från dosapoteket samt Apoex
- Leverans av sjukvårdsmaterial Onemed och andra leverantörer
- Samverkan med Big Care, bemanning av sjuksköterskor jourtid
- Samverkan med Familjeläkarna, läkarinsatser dag – och jourtid

Verksamheten har god planering, bra insyn och gott samarbete/kontakt med ovannämnda företag/leverantörer. Vi håller oss uppdaterade genom mail och andra informationsbrev om ändringar/förseningar i leveranser. Alla beställningar görs i god tid ifall förseningar förekommer.

Verksamheten tar hjälp av verksamheten även vid kortare eller planerade frånvaro av sjuksköterskor (sjukfrånvaro eller semester). Verksamheten har bra insyn/planering för inflyttning samt utflyttning av patienter där överrapporteringen genomförs på ett patientsäkert sätt.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamheten arbetar systematiskt med riskanalyser och analys av avvikelser för att säkra kvaliteten. Inrapporterade avvikelser samt klagomål/synpunkter används som underlag. Vidtagna åtgärder samt uppföljningar tas upp i aktiva forum såsom kvalitetsråd, dagliga rapport samt APT. Vid inflyttning genomförs en riskanalys ur arbetsmiljöperspektiv samt patient bakgrund. Vi påtalad risk upprättas handlingsplan och resultaten följs upp.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Verksamheten har samverkan med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig rehab (MAR) där avvikelserna redovisas, analyseras och följs upp. Utförda egenkontroller, dess sammanställning och resultat används som ett verktyg för att förbättra kvalitetsarbetet. Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheten till vidareutveckling och förbättring av rutiner.

Egenkontroller av hälso-och sjukvårdsdokumentationen tyder på uppfyllda kriterier och uppföljning av riktlinjer som krävs av legitimerad personal. Lex Sara, Lex Maria anmälningar tas upp på ett aktivt forum med all personal. Bakomliggande orsaker analyseras. Verksamheten tar lärdomar om hur man kan arbeta förebyggande för att förhindra att liknande fall inträffar igen.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Verksamheten använder sig av avvikelserapporten som ett verktyg för personalen där de kan rapportera risker för vårdskador eller händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Dessa avvikelser kan vara uteblivna insatser eller uteblivna läkemedel och fall som kan vara viktiga för patient. När avvikelserapport skrivs ifall denna avvikelse handlar om uteblivna läkemedel eller fall ansvarar sjuksköterskor att lägga in avvikelsen i stadens avvikelsemodul i Vodok. Biträdande HSL chef lägger in alla sorters avvikelse i verksamhetens avvikelsemapp, reder ut vilka som varit ansvariga och analyserar bakomliggande orsaker till avvikelsen. Samtal och uppföljning med berörda genomförs. Biträdande enhetschef HSL sammanställer och tar upp avvikelser på kvalitetsrådet en gång i månaden. Detta för att man ska kunna arbeta med det som framkommit.

Antal avvikelser 2022

Antal avvikelser per avvikelsetyp	Antal av l
Annan delegerad HSL insats	2
Annan vårdgivare	3
Brister i personlig omvårdnad	8
Medicin	74
Trygghetslarm	1
Utebliven insats	22
Brister i bemötande	7
Brister i dokumentation	3
Brister i informationsöverföring	10
Matlåda	1
Totalsumma	131

Under 2022 har det varit totalt 131 avvikelser. Dessa avvikelser har främst handlat om medicin, informationshantering och utebliven insats. Verksamheten har därför arbetat med informationsöverföringen och uppdaterat sin rutin. Biträdande enhetschef har tillsammans med sjuksköterskorna gått igenom alla läkemedelslistor samt signeringslistor för att kontrollera att dem är aktuella. Därutöver har biträdande enhetschef gått igenom medicintiderna för den patienten på placeringskorten för baspersonalen. Detta för att säkerställa att rätt information finns på planeringen. Detta kommer att följas upp genom att stickprov görs på baspersonalens signeringslistor.

När det gäller utebliven insats har verksamheten som rutin att göra stickprov hos patienten med hjälp av en checklista. Detta för att säkerställa att insatserna genomförs med god kvalitet.

Klagomål och synpunkter

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

Enheten har en lokal rutin för hantering av klagomål och synpunkter. Klagomål som inkommer till enheten förmedlas till enhetschef och biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utredas. Verksamheten har utrett och åtgärdat synpunkter och klagomål enligt rutinen. Biträdande enhetschef HSL sammanställer och tar upp avvikelser och klagomål på kvalitetsrådet en gång i månaden.

Antal klagomål och synpunkter 2022

Antal synpunkter per månad och typ	
<input type="checkbox"/> Ej genomförd insats	4
Negativ	4
<input type="checkbox"/> Bemötande	1
Negativ	1
<input type="checkbox"/> Kvalité på verksamhet	10
Negativ	10
Totalsumma	15

Under 2022 har det varit totalt 15 klagomål och synpunkter. Dessa har handlat om ej genomförd insats, bemötande och kvalité på insatsen. Det som framkommer är att kvalitén på insatserna är den som klagomålet berör mest. Detta har resulterat i att verksamheten har tagit

fram en checklista för att man ska kunna följa upp insatserna hos patienten. Det är en samordnare som gör ett stickprov genom att göra ett hembesök.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Verksamheten arbetar förebyggande för att kunna ha en hög riskmedvetenhet och beredskap för oförutsedda händelser. Detta görs genom att verksamheten kontinuerligt uppdaterar sina rutiner och gör risk- och konsekvensanalyser vid behov som t ex när enheten drabbades av covid och magsjuka. Det finns idag rutiner och risk- och konsekvensanalyser för väldigt många händelser som skulle kunna inträffa. Detta för att verksamheten ska kunna vara väl förbered vid oförutsedda händelser. Dessa risk- och konsekvensanalyser tas upp med personalgruppen och diskuteras.

Verksamheten arbetar också aktivt med egenkontroller för att kunna säkerställa att det finns kompetens och beredskap för oförutsedda händelser. Det görs genom analyser och åtgärder av avvikelser och händelser. Detta resulterar i sin tur i att verksamheten kan ta fram eventuella rutiner och åtgärder. Det kan t ex vara så att verksamheten behöver implementera en rutin för att öka kunskapen för att kunna vara förbered vid en krissituation.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Verksamhetens mål och strategier för att säkerställa en god och säker vård för alla patient nästa år är:

- Fortsatt utveckling av det förebyggande arbetet för att minska avvikelser. Främst läkemedelsavvikelser.
- Utveckla arbetet med egenkontroller, dess analys och uppföljningar som ett viktigt verktyg/redskap som leder till förbättring av rutiner och kvalitetsarbete.
- Utveckla dokumentationen i Vodok i hälso- och sjukvårdsgruppen.

- Undersöka om det är möjligt att införa digitalsignering av läkemedel och ordinationen genom APPVA för att säkra och effektivisera god läkemedelshantering.
- Minska antal trycksår och dess skador genom att arbeta förebyggande, öka kunskapen kring trycksår och betydelsen av kosten i läkningsprocessen.
- Arbeta förebyggande för att minska undernäring och malnutrition hos patient. Teambaserat arbete med dietisten när det gäller kost och nutritionsfrågor. God munhälsa.
- Utveckling av delegeringsutbildning för att kunna öka kompetensen kring läkemedelshantering bland baspersonalen.
- Utveckla nya rutiner och arbetsätt för legitimerad personal för att skapa nya förutsättningar för förbättring av kvalitetsarbete.
- Kompetensutveckling genom att erbjuda vidareutbildningar för legitimerad personal, läkemedelsutbildningar genom Apoteket AB.
- Effektivisera arbetet kring inkontinenshjälpmedel, genomföra basal utredning och behandling för val av rätt inkontinensskydd.
- 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 arbetsättet i gruppen.
- Svenska palliativ register – för in alla avlidna på enheten i registret för att kunna få fram rätt statistik.
- Hjärt- och lungräddning (HLR) utbildning är planerad för 2023.