

Enheten för Kista vård- och omsorgsbo-
ende, Kista servicehus och Kistas social-
psykiatriska gruppboende

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Organisation och ansvar	5
En god säkerhetskultur	8
Patienten som medskapare.....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och process	10
Avvikelse	11
Klagomål och synpunkter	12
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	12

Anvisning

SAMMANFATTNING

- Verksamheterna hade fortsatt stort fokus på att hantera och minska smitta och smittspridning.
- Under 2023 har vi fortsatt med stora insatser för hälso- och sjukvården genom bl.a. att utveckla dokumentationen i patientjournalerna utifrån dokumentationsmodellen ICF och genomföra verksamhets egna kontroller av dokumentationen.
- Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll, händelserapportering/avvikelse, dokumentationsgranskning, inspektion bl.a. från livsmedelsverket/miljöförvaltning.
- Efter inspektionsgranskning/journalgranskning från IVO tillsattes omedelbara åtgärder med detaljerad handlingsplan samt effekter. Ska följas upp även 2024.
- Årlig kontroll från Apoteket AB.
- Kvalitetskontroll:
 - Periodisk kontroll av lyftselar utfört maj och oktober 2023
 - Dusch pallar februari 2023
 - Rullstolar februari 2023
 - Mobila hygienstolar mars 2023
- Brister i följsamhet av lokala rutiner har noterats och åtgärdats gällande basala hygienrutiner. Handlingsplaner är skrivna och all personal har tagit del av nya rutiner.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är strukturerade och regelbundna team-möten som leds av sjuksköterska. Samt egen kontroller enligt lokala rutiner.
- Ökad brukarenstrygghet och nöjdhet enligt egna brukarensundersökningar 2023.
- Fortsatt användning/ utvecklings arbete av Palliativa register, målen följs för utvecklings områden. Resultatet av kontroller visar en betydlig förbättring i jämförelse med 2022.
- Systematiskt utvecklingsarbete av kvalitetsregister Senior Alert.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Anvisning

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Kista vård och-omsorgsboende, servicehus och socialpsykiatri övergripande kvalitetsmål:

Säker vård och omsorg av hög kvalitet, som uppfyller de krav och mål som gäller enligt SoL, HSL, Patientsäkerhetslagen och andra för verksamheten gällande lagar och föreskrifter, som motsvarar och helst överträffar de boendes, gästernas, närståendes och uppdragsgivares förväntningar. Vi fortsätter även att arbeta med att minimera smittspridning för verksamheten gällande covid-19 samt andra smittsamma sjukdomar.

För patientsäkerhetsarbetet gäller **Nollvisionen**, d v s noll vård skador.

Kista vård och-omsorgsboende, servicehus och socialpsykiatri övergripande strategi:

Ett uthålligt, systematiskt kvalitetsarbete, med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden, där vi eftersträvar kvalitet och patientsäkerhet i allt vad vi gör; i varje led, i varje situation, i varje relation.

Kista vård och-omsorgsboende, servicehus och socialpsykiatri övergripande hälso- och sjukvårdsmål och strategi är:

Minska vårdrelaterade skador med ett förändrat förhållningssätt genom att alltid ”tänka” risk och därmed få en ökad säkerhetskultur i arbetssättet.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta kan bl.a. uppnås genom att ha tydliga rutiner och policys.

Organisation och ansvar

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

Kista vård- och omsorgsboende har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vård skador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har lett till eller kunde ha lett till vård skada.

Inom organisationen finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Organisation och ansvar

Anvisning

Organisation och ansvar

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

Kista vård- och omsorgsboende har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vård skador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har lett till eller kunde ha lett till vård skada.

Inom organisationen finns ett tydligt ledarskap och en tydlig ansvarsfördelning.

Kommunens MAS och MAR

har ansvaret enligt *Hälso- och sjukvårdslagen § 24* vilket bl.a. innebär att MAS utreder alla händelser som har lett till eller kunde ha lett till en vård skada (Lex Maria). MAS ansvarar också för att den boende får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

MAS och MAR har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten.

Enhetschef/bitr. enhetschef

har ansvaret enligt *Hälso- och sjukvårdslagen § 29a* och har bl.a. ansvaret för att det finns tydliga rutiner och policys, att uppföljningar görs samt att en god, trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs. Enhetschef/ bitr. enhetschef ansvarar också för att det finns mätbara HSL-mål och att målen nås.

Sjuksköterskan

För att öka patientsäkerhet har vi anställt flera patientansvariga sjuksköterskor (PAS)

På vård och omsorgsboendet, finns PAS på varje enhet, som har ansvar för 8-13 patienter, d.v.s. alla boende på enheten.

Socialpsykiatrin har en sjuksköterska som ansvarig för HSL-insatser för 12-13 patienter.

På servicehuset är också antalet PAS utökad, där finns en ansvarig sjuksköterska för ca 15-22 boende.

Befattningsbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Arbetsterapeut och Fysioterapeut

har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för fysioterapeut och arbetsterapeut och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

En stor uppgift för all hälso- och sjukvårdspersonal är att:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande
- Minimera smittspridning gällande covid-19

Verksamheten har kontinuerligt kvalitetsråd, uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Regelbundna utvärderingar av vårt arbete sker med externa samarbetspartner så som läkarorganisation Capio.

Mobila sjuksköterskor Klara T, Folktandvård, medicinsk fotvård Fot och Hälsa, MAS/MAR och stadsdelsförvaltningen.

Dokumentationssystemet VODOK är en utomordentligt stor utmaning. Verksamheten har re-

gelbundet dokumentationsstöd, via Stockholms stad i journalsystemet VODOK.

Sjuksköterskorna har delegeringsutbildningar för bland annat läkemedelsadministrering. De har även fråntagit delegering för de medarbetare som inte klarat av uppdraget.

Verksamheten har egen syrgaskoncentrator, bladder Scan och även en PU sensor som hittar dem som har förhöjd trycksårrisk (då kan trycksår förebyggas och lidande minskas).

Livsmedelsverket har genomfört en granskning.

Årlig brukarundersökning via Socialstyrelsens enkät har genomförts även egen brukarundersökning gjordes.

Synpunkter från framförallt närstående har framförts på olika sätt till cheferna och följts upp så fort som möjligt både via mailkontakt och/eller telefon beroende på vilken kommunikationsväg budbäraren önskat få återkoppling.

Utvärderingsarbetet är ett ständigt pågående arbete, att arbeta nära personal samt leda personalstyrkan på enheterna är ett stort fokus hos PAS

Strålskydd

Anvisning

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Hänvisas till:

vagledning-med-bakgrund-och-motiv-till-ssmfs-20185-stralsakerhetsmyndighetens-forskrifter-och-allmanna-rad-om-medicinska-exponeringar.pdf

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Riskanalys som har gjorts är kring informationsöverföring mellan dag/kväll och natt. Rutiner har förnyats och rapportlistor har tagits fram för en ökad säkerhet.

Vid loggkontrollen ska ”Sekretess” kontrolleras (att endast behöriga användare kommer åt informationen) samt ”Spårbarhet” (att det syns vem som gjort anteckningen).

Hälso- och sjukvårdspersonal har fått skriftlig information om kontroll och uppföljning av loggen samt undertecknat en bekräftelse på att han/hon tagit del av informationen. Information ges på HSL-möte under januari månad.

- Loggrapport dras ut från Gem i Vodok och jämförs mot tjänstgöringslista samt Logg över NPO
- Resultatet ska ingå i patientsäkerhetsberättelsen
- C:a 5-8 journaler granskas varje månad på vård- och omsorgsboendet
- Urval görs slumpmässigt. Varje granskad journal markeras på avsedd lista så att inte samma journal kontrolleras mer än 1 g/år
- Under april samt oktober månad granskas även HSL-personalen
- Granskningen dokumenteras och analyseras i Loggrapport

Parametrar som granskas är:

- till en viss patients uppgifter
- som en viss anställd har utfört
- som skett många gånger avseende en viss patient
- på avvikande tider på dygnet

Under december månad skickas årets loggkontroller till MAS

HSL journalföring har granskats två gånger av biträdande enhetschef/HSL-ansvarig chef

Enligt egenkontrollens mall visar det sig c:a 92% (91,5% år 2022) insatser är redovisade. Gällande Servicehus: c:a 80%

Granskades slumpmässigt 10st HSL – journalen av 6 olika ordinarie sjuksköterskor där sjuksköterska inte har eget omvårdnadsansvar.

Där resultatet av journalgranskning är mindre bra (1 journal med 72 %) kan beror på att PAS inte har prioriterat vikt av dokumentation eller behöver stöd i hanteringen.

Åtgärderna som genomfördes:

- Togs upp individuellt med respektive PAS samt gemensamt på ssk-möte.
- PAS går igenom egen dokumentation/journaler och åtgärder brister i dokumentationen.
- PAS rapporterar till ansvarig chef för HSL när bristerna i dokumentationen är åtgärdad.
- Dokumentationen är stående punkt på ssk-möte.
- Vi har regelbundet möte för återkoppling/undervisning med dokumentationsstödjare.

Vi har en ssk som är dokumentationsstödjare (Vodok) i HSL-gruppen

En god säkerhetskultur

Samverkan sker med läkarorganisation – Capio. Uppföljning av arbetssätt, gemensamma rutiner och avvikelser, samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvård.

Samverkan med Folktandvården för planering av besök rörande tandvård.

Samverkan med MAS/MAR samt verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kistas Stadsdelsförvaltning vart annat år.

Informationsöverföring säkerställs i och samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten, enhets möten och ledningsgruppsmöten.

Ett bra samarbete med dietist och logoped.

Ett samarbete med fot-hälsa.

Överenskommelse finns med Klara T. Mobila Sjukskötersketeam för sjuksköterska natttid (21.00 - 07.00 måndag-söndag)

Patienten som medskapare

Synpunkter/klagomålshantering

Synpunkter och inkomna klagomål ser verksamheten som ett viktigt led i att säkra och utveckla en verksamhet av hög kvalitet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder.

Vi ser synpunkter från våra brukare som en tillgång och inte ett hot.

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt ska detta dokumenteras skriftligt. Den som framfört synpunkter eller klagomål ska så fort som möjligt få en återkoppling.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledningen för stadsdelsförvaltning.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Anvisning

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

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat 2023 (2022)	Analys
Goda kunskaper i basala hygienrutiner	Fort-satt arbete under 2023	Föreläsning av sjuksköterska/hygien-sjuksköterska/MAS, web.-utb.	Självskattning visar höga kunskaper hos personalen i basala hygienrutiner 2 ggr/år	Verksamheten arbetar på ett bra sätt för god kunskap hos personalen
Läkemedelsavvikelse		Lokala rutiner ska följas upp av Personalen ska påminna varandra om ev. miss vid läkemedels utdelning. Planera arbete innan	VoB 47 (22) Servicehuset: 16 (4) Socialpsykiatri: 8 (6)	Kan det vara att personalen upplever vikten av att skriva avvikelse rapport samt sjuksköterskor bl.a. upplyser personal.
Trycksår (uppkommit i egen verksamhet)		Undervisning av ssk	VoB 0 (0) Servicehuset: 3 (3) Socialpsykiatri: 0	Uppdatera kunskaper hos personalen, utbildning
Fall		Alla boende har en aktuell riskbedömning med DFRI och vårdplan för fallprevention. Rutin och riktlinje är färdigställda. För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys kan göras vid ofta återkommande fall.	VoB Fall totalt – 81 (48) Fall som lett till höftfraktur – 1 (0) Fall som lett till annan fraktur – 3 (2) Servicehuset: Fall totalt – 8 Fall som lett till höftfraktur – 1 Socialpsykiatri: 0	All personal har gått förflyttningsteknik under 2023. Utveckla arbetet med förebyggande åtgärder samt riskanalyser, utbildning 7 undervisning av Rehabteamet.

MTP		HSL-personal följer upp rutiner för MTP	Planerade kontroller är gjorda 2 ggr/år	Goda rutiner finns
-----	--	---	---	--------------------

Öka kunskap om inträffade vård skador

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

Under år 2023 uppstod en händelse som ledde till en IVO anmälan, enligt Lex Maria. Händelsen inträffade på Servicehuset och var framförallt föranledd av kommunikationssvårigheter mellan omvårdnadspersonal och Jour sjuksköterska. Händelsen blev utredd av IVO, som konstaterade att båda inblandade parter, efter incidenten fullgjort sina insatser och analyser för att i möjligaste mån hindra en liknande incident. Ärendet är avslutat.

Bakgrund och syfte

Trots förebyggande arbete sker ibland händelser som leder till skador eller riskerar att leda till skador. Det kan vara fel eller brister i mänskligt handlande, teknik, organisation, samverkan, medicinsk behandling eller andra insatser i vården som leder till detta. De kan vara av varierande grad och art. De som är av den allvarliga graden kan betrakta som **Lex Maria** händelser och är anmälningsskyldiga till Inspektion för vård och omsorg (**IVO**).

Syftet med bestämmelserna om rapportering av händelser och Lex Mariaanmälan är att kunskaper om risker och händelser i hälso- och sjukvården ska öka så att händelser kan minimeras, framförallt genom förebyggande åtgärder.

Ansvar

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera händelser som har betydelse för brukarens säkerhet till sin närmaste chef, vilken i sin tur är skyldig att rapportera till Enhetschef samt stadsdels MAS som har anmälningsskyldighet.

Genomförande

Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av enhetschef.

Med allvarlig skada eller sjukdom menas att det som inträffat medfört eller kunde ha medfört att brukaren avlidit, fått livshotande tillstånd, svår kroppsskada, sjukdom eller betydande funktionsnedsättning. Liknande händelser som återkommit och som var för sig inte betraktas som allvarligt kan tillsammans bedömas som allvarligt

Tillförlitliga och säkra system och process

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild.

En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

Väsentlighet- och riskanalys genomförs årligen i verksamheten i samband med verksamhetsplaneringen. Enhetschef ansvarar för att den genomförs. Den process som analysen gäller beskrivs genom att identifiera risker i processen och dess bakomliggande orsaker. Vi tar fram åtgärdsförslag för att minska eller eliminera risken. En internkontrollplan upprättas på enhetsnivå. Uppföljning av internkontrollplanen redovisas i verksamhetsberättelsen.

Under året har det fortsatta arbetet med att minska smittspridningen i verksamheten haft högsta prioritet.

Rutiner och arbetssätt har hela tiden anpassats till nya eller ändrade rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm.

Information om vikten att följa hygienrutiner har ständigt betonats för personalen liksom att i övrigt följa de rekommendationer som lämnats av myndigheterna. Även de boende har fått information om hur de ska skydda sig och hur de kan undvika att föra smittan vidare.

Stor vikt har lagts vid att godkänd skyddsutrustning ska finnas tillgänglig för personalen.

Avvikelser

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

Med avvikelse menar vi allt som avviker från våra rutiner, kvalitetspolicy och intentioner samt skada på person, hot och våld, missförhållanden inom omsorgen, klagomål från brukare, avvikelser i läkemedelshantering och fall. Med avvikelse menas vidare händelser som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för boende t.ex. brister i information mellan olika vårdgivare i och utanför verksamheten, vårdplanering, felbehandling, närstående kontakter o.s.v.

En lokal rutin angående Lex Maria finns och rutinen är tydlig med när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vård skada eller risk för vård skada är tydlig.

Anmälan till IVO ska göras av den (MAS/MAR) som vårdgivaren har utsett som ansvarig för anmälningsskyldigheten på blanketten, som finns på Ivos webbplats www.ivo.se. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat.

Under år 2023 har en avvikelse inträffat som föranlett Lex Maria-anmälan.

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera avvikelser/händelser som har betydelse för boendesäkerheten till enhetschef/bitr. enhetschef. Händelsen ska rapporteras både muntligt vid upptäckt och skriftligt och hanteras sedan på de lokala kvalitetsråden.

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att omedelbart bedöma och åtgärda de brister

som rör hälso- och sjukvård och som hon/han får kännedom om, muntligen och/eller skriftligen.

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av enhetschef/bitr. enhetschef, sjuksköterska, rehab-personal och kvalitetsombud (en person från varje avdelning). Varje enskild avvikelse nämns på kvalitetsrådet.

När en händelse har rapporterats som innebär en att en allvarlig händelse har inträffat eller kunde ha inträffat ska en analys göras för att identifiera orsaken till avvikelsen och redovisa hur man ska arbeta för att händelsen inte ska inträffa igen.

Förutom rutinerna i avvikelshantering där både risk- och händelseanalys ingår finns det andra rapporterings möjligheter. Vi har rutiner kring rapportering både mellan yrkesgrupper och mellan arbetspass. På våra arbetsplatsträffar tar vi alltid upp om något mer allvarligt har hänt för att undvika att det händer igen.

Årligen skickas en medarbetarenkät ut till alla anställda som en del i att undersöka och åtgärda eventuella brister i arbetsmiljön.

Enhetschefen/biträdande enhetschef sammanställer avvikelserna och tar upp dem på kvalitetsrådet en gång per månad.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser verksamheten positivt på eftersom då det är ett viktigt led i att säkra och utveckla vår verksamhet.

Det är nödvändigt för ett förebyggande arbete att använda sig av kunskaper om brister och negativa erfarenheter som förs fram inom olika delar av verksamheten. Kritiska synpunkter ger verksamheten möjlighet till ständiga förbättringar och därmed nöjdare kunder.

Vi ser synpunkter från våra brukare som en tillgång och inte ett hot.

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt ska detta dokumenteras skriftligt. Den som framfört synpunkter eller klagomål ska så fort som möjligt få en återkoppling.

Om frågorna är av principiellt viktig natur eller svåra att hantera på enheten ska enhetschef hänvisa till ledningen för stadsdelsförvaltning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet är att:

- *Minska antalet fall på enheterna jämfört med 2023.*
- *Minska antalet läkemedelsavvikelse jämfört med 2023.*
- *Arbeta förebyggande för att undvika trycksår.*

– Målet är även att förbättra HSL-dokumentationen.

– Systematiskt arbete med kvalitetsregister såsom Senior Alert, Palliativa register samt BPSD.

Under 2023 utökades verksamheten med 2 omvårdnads ansvariga sjuksköterskor, vilket resulterade i ökad kvalitet i patientsäkerhetsarbetet.

HSL-personal har fått bärbara datorer för att höja kvalitén, öka säkerheten samt effektivisera omvårdnaden, då dokumentationen blir mer tillgänglig och dessutom kan göras snabbare.