

Patientsäkerhetsberättelse för Serafens Vård och Omsorgs Boende 2021



Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur verksamhetens har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

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:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

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	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	10
Säker vård här och nu	10
Riskhantering	11
Stärka analys, lärande och utveckling	11
Avvikelse	12
Klagomål och synpunkter	12
Öka riskmedvetenhet och beredskap	13
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	14

SAMMANFATTNING

Pandemin med Covid-19 har fortsatt att prägla verksamheten under 2021. Mycket fokus har varit på att koordinera vaccinationerna och att utveckla och säkerställa våra arbetssätt för att minimera smittspridning.

Verksamheten har fortsatt arbete att ta fram och revidera lokala rutiner. En utmaning har varit att implementera och följa upp att rutinerna efterlevs.

Verksamheten har fortsatt utvecklat arbetssättet för att stärka hälso- och sjukvården genom att Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska (MLA) ha haft kontinuerlig dialog med ledningen kring hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. Verksamheten har ett års hjul för arbetet med patientsäkerhet som kontinuerligt tas upp i olika mötes forum.

Verksamheten har under året genomfört egenkontroller i basala hygienrutiner, läkemedelshantering, dokumentation, riskbedömningar, blåsdysfunktion och skyddsåtgärder. Resultat från egenkontrollerna har används som grund för utbildningsinsatser och åtgärdsplaner.

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen av hälso- och sjukvården på Serafens används kvalitetsinstrumentet Qusta (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Den bygger på att all legitimerad personal ska ha kunskaper om riktlinjer och regler som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen. Resultatet fastställer en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå. Serafen har ett resultat på 82 % vilket är i stort sett oförändrat jämfört med förra året. Förbättringsområden är bland annat dokumentation, mun och tandvård, kontinens, samt demens.

Verksamheten har arbetat intensivt med att implementera personcentrerad vård med stöd av BPSD-registret.

Under flera månader har verksamheten anlitat företag för att bemanna med sjuksköterskor. det har bidragit till brister i kontinuiteten så har viktiga delar i patientsäkerheten såsom dokumentation, registrering i kvalitetsregister kommit efter. Nya sjuksköterskor har rekryterats under senare delen av året, vilket har varit en viktig del i att stärka hälso- och sjukvården på Serafen.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.



Övergripande mål och strategier

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

Målen för patientsäkerhetsarbetet under året är:

- Utveckla en mer personcentrerad vård.
- Utbildningsinsatser planeras in regelbundet för att säkerställa kompetensen.
- Att fortsätta att utveckla samverkan i det tvärprofessionella teamet kring de boende
- Säkerställa informationsöverföringen mellan de olika yrkeskategorierna de olika vårdinrättningarna.
- Att säkerställa det personcentrerade arbetssättet i den palliativa vården.
- Minimera risken för vårdskador, att utreda analyseras och följa upp händelser
- Fortsatt arbete att genomföra riskbedömningar och ta upp resultat i team.
- Fortsätta att arbeta med egenkontroll och att kontrollerna genomförs enligt egenkontrollplan för hälso- och sjukvård.
- Att förbättra och utveckla arbetet gällande kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD och Palliativa registret.
- Arbeta för en säker läkemedelshantering och delegeringsprocess med nya implementerade system APPVA genom utbildning och utvecklingsinsatser för chefer och personal.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen. Boende erbjuds trygg och lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården bedrivs med respekt för boendes integritet och självbestämmande.

Enhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att vården bedrivs utifrån gällande lagar och föreskrifter och att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) riktlinjer och regler är kända i verksamheten.

Enhetschef ansvarar för att resursanvändning och att bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård.

Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska (MLA) ansvarar för kvalitet och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvård på Serafens äldreboende. MLA deltar i Serafens ledningsgrupp där aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp. MLA ansvarar för att avvikelser utreds och används för att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet och anmäler allvarliga händelser till MAS och MAR för vidare utredning för eventuell anmälan enligt Lex Maria.

Medicinskt Ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) följer årligen upp att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet genom verktyget QUSTA i dialog med ledningen och hälso- och sjukvårdspersonal. Resultat visar på åtgärder och förbättringsområden. MAS och MAR informerar verksamheten kontinuerligt om förändringar i lagstiftelsen eller andra förändringar som berör hälso- och sjukvården. De samverkar nära med verksamhetschef och MLA i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. De bidrar till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och rapporterar risker och negativa händelser till enhetschef för hälso- och sjukvård MAS/MAR och *Omvårdnadspersonal* med hälso- och sjukvårdsuppdrag efter delegering, följer de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Omvårdnadspersonal med hälso- och sjukvårdsansvar efter delegering, följer de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien, Palliativt kunskapscentrum, Dietist finns att tillgå. Apoteket AB genomför årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationen Legevisitten Capio. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Ansvarig läkare finns på plats i verksamheten minst två dagar i veckan, och under jourtid finns alltid tillgång till läkare via telefon och vid behov besök.

Övriga samverkan som bidrar till att säkra vården sker genom kvalitetsgranskning av läkemedelshantering via Apotek AB, Oral Care som utför munhälsobedömning och nödvändig tandvård. Avtal finns med Vårdhygien som ger stöd och utbildning inom det vårdhygieniska området.

Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso-och sjukvård som till exempel stadsdelens dietist och MAS/MAR.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i journalsystemet Vodok genomförs månadsvis, sammanställs och skickas till MAS en gång om året. Om något avvikelser i loggkontrollen delges MAs för vidare handläggning. Vid inflyttning tillfrågas patienten om samtycke till att uppgifter hämtas i NPÖ (nationell patientöversikt). Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt. MAS utför loggkontroller i NPÖ.

Egenkontroll utförs av hälso- och sjukvårds dokumentation och vi kan konstatera att vi behöver utveckla vårt sätt att dokumentera. Vi behöver bli bättre på att göra riskbedömningar och i de fall det behövs göra hälsoplaner som följs upp.

En god säkerhetskultur

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



Under 2021 har MAS tagit upp begreppet patientsäkerhetskultur vid olika möten då verksamheten har ett pågående förbättringsarbete med att bland annat få personalen att skriva mer avvikelser.

Avvikelsehantering

Avvikelse rapporteringen är en av de viktigaste källorna till att upptäcka vårdskador och risk för vårdskador. Avvikelser inom hälso- och sjukvården ska rapporteras och verksamhetens chefer utreder, analyserar och följer upp med berörd personal. Särskilt allvarliga händelser utreds av MLA, MAS som bedömer om händelsen ska anmälas enligt Lex Maria. Avvikelser gällande apotek, andra vårdgivare och medicintekniska produkter rapporteras enligt särskilda rutiner.

Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister används för systematiskt kvalitetsarbete;

- Senior alert; via registret följs resultatet för det vårdpreventiva arbetssättet gällande trycksår, fall, undernäring, munhälsa och inkontinens.
- Palliativregistret; via registret följs hur den palliativa vården fungerade sista veckan i patientens liv och ger indikationer på förbättringsåtgärder inom verksamheten.
- BPSD (beteendemässiga symtom vid demenssjukdom)-registret; via registret ges förslag på evidensbaserade vård- och omsorgsåtgärder vid beteendemässiga symtom vid demenssjukdom.
- Dokumentation/loggkontroller: Strukturerad journalgranskning genomförs två gånger per år. Rutin finns för loggkontroller av patientjournaler.

Basala hygien

Enhetschef tillsammans med ledningen ansvarar för att säkerställa att personalen har en god följsamhet till basala hygienrutiner, särskilda hygienombud ska finnas på varje avdelning. För att kvalitetssäkra personalens tillämpning av basala hygienrutiner finns en webbaserad utbildning att tillgå. Checklistor används för egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Läkemedelsgenomgång

Varje enskild boende ska årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enligt överenskommelse med ansvarig läkare organisation.

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 under året haft följande utbildningar för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal:

- utbildning inom diabetes
- sårvårdsutbildning
- Utbildning via Apoteket i läkemedelshantering
- BPSD utbildning.
- APPVA utbildning digital signering av läkemedel.
- VODOK utbildning i dokumentation för hälso-och sjukvårds personal.
- Utbildning i personcentrerad vård.
- Utbildning i våld i nära relationer.
- Kognition utbildning.

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.



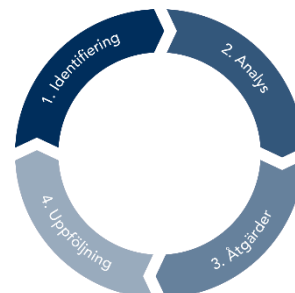
Individuella hälsoplaner och genomförandeplaner upprättas tillsammans med den enskilde och/eller med närstående. Det förebyggande arbetet med riskbedömning och åtgärder i sker i samverkan med boende och ibland även närstående. Inför skydds- och begränsningsåtgärder är boende och närstående informerade och delaktiga i beslutet.

Samverkan med boende och närstående sker också vid vårdplanering och genomförandeplan. Boende och närstående blir informerade om möjligheten att lämna klagomål och synpunkter på vården samt ge sin beskrivning och upplevelse av händelser.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Nedan framställs vilka egenkontroller som utförts och i vilken omfattning.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	2 gånger per år	Journalssystem VODOK 2.0 och Parasol
Punktprevalensmätning (PPM)	2 gånger per år	Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheten. Basala hygien rutiner.
Kontroll av läkemedelshantering i verksamheten	4 gånger per år	Egen mall
Nattfastemätning	2 gånger per år	
Avvikelser	1 gång/månaden	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per år och vid behov 2 gånger per år 1 gång per år och vid behov	Sammanställningar i journalssystem Vodok 2.0 Punktprevalensmätning(PPM) Senior alert
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år och vid behov	Sammanställningar i journalssystem Vodok 2.0
Kontroll av MTP	1 gång/år	Extern utförare enligt avtal

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 §

Verksamheten uppmuntrar all personal att skriva avvikelser då det upplever patientsäkerhetsrisker/brister i vården. Verksamheten bedömer alla inkomna avvikelser inklusive inkomna boende klagomål. Flera avvikelser har lett till förbättringsåtgärder. I samråd med MAS inleds utredning vid allvariga avvikelser med misstänkt vårdskada.

Utredningen sker enligt mall som omfattar olika punkter och frågeställningar. Till utredningen tillkommer också dokumentationsgranskning, redogörelser av berörd personal.

Till utredningen ska också följande dokument bifogas:

- Samtlig personals redogörelse som varit involverad i händelsen.(påskrivna)
- Verksamhetens rutiner som har med avvikelserna att göra.
- En beskrivning av verksamhetens organisation och bemanning.

Resultatet av utredningen redovisas för att all personal i ett lärande syfte och för att öka personalens delaktiga i att förbättra och utveckla patientsäkerheten.

Arbetet med att utveckla dokumentationen pågår kontinuerligt. Sjuksköterskor har haft flera utbildningstillfällen under året.

Medicin ledningsansvarig sjuksköterska har i uppdrag att förbättra och säkra kvaliteten i hälso- och sjukvården och under året har arbetat med att utveckla ledningsteamet, syftet är att stärka samarbetet mellan legitimerad personal och chefer.

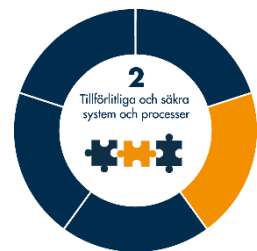
Säker vård här och nu

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.

Vid introduktionen av nyanställda ingår avvikelshantering och hur processen från rapporterad händelse, uppföljning och hur återkoppling sker, vikten av att rapportera avvikelser som är en del i god säkerhetskultur.

Vi fortsätta arbetar intensivt med att förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen, förvaltningens dokumentationsstödare har regelbunden avstämning med legitimerad personal, framförallt nyanställda sjuksköterskor.

Arbetet med BPSD registret pågår, utbildning av koordinatörer för BPSD registret har utförts.



Riskhantering

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

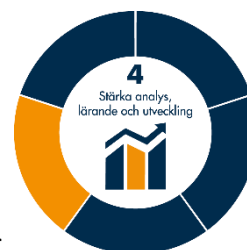
Riskanalyser har utförts har genomförts inför planerade förändringar i organisationen eller annan påverkan som kan få negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Verksamheten har även under 2021 genomfört riskanalyser kopplat till pandemin. Dessa har handlat om risk för smittspridning och användandet av skyddsutrustning.

Verksamheten har även genomfört riskanalyser inför sommar och juledighet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Arbetsätt förbättras genom tillgänglig information enligt nedan:

- Avvikelse registreras in i journalsystemet Vodok 2.0 och utifrån avvikelsernas art utredas enligt rutin för avvikelserhantering. Inom enheterna ska det enligt det systematiska kvalitetsarbetet ske analys av avvikelser kontinuerligt. Ett sätt att identifiera händelser som har orsakat eller riskerar att orsaka vårdskador.
- Journalgranskning ska leda till att förbättringsområden kan identifieras och utgöra grund för fortsatt kvalitetsutveckling inom verksamheten.
- Förebyggande underhåll av hjälpmedel.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen genomförs av en extern utförare. Åtgärdsplaner utvärteras vid framkomna förbättringsåtgärder för att säkra en god läkemedelshandling.
- Resultat från punktprevalensmätning gällande följsamhet till basala hygienrutiner, fall, skyddsåtgärder och blåsdysfunktion sammanställs. Resultat följs upp och ligger till grund till förbättringsarbete.
- Resultat från dokumentationsgranskning från journalsystemen Vodok och Parasol följs upp kontinuerligt av verksamhetens dokumentationsstödjare.
- Nattfastemätning har skett 2ggr under året. Checklisten för det systematiska förbättringsarbetet har analyserats i analysmöte 3ggr under året.



Avvikelser

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

Verksamheten har en lokal avvikelser rutin som är känd av all personal. Det är fortfarande en underrapportering av avvikelser.

Avvikelser	2020	2021
Läkemedel	44	54
Fall	47	187
Specifik omvårdnad	3	22
Vårdkedjan	8	9
Trycksår	0	1

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter hanteras av biträdande enhetschefer som ger återkoppling till den som klagat. Utifrån klagomålets eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschefer en bedömning och eventuellt påbörjar en utredning. Synpunkt och klagomål inom hälso- och sjukvård hanteras av *Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska (MLA)* som omgående påbörjar utredning. Analysen och utredning genomförs i olika steg som insamling av fakta, beskrivning av händelseförlopp, identifiering av orsaker och åtgärdsförslag.

Verksamheten har en rutin att ta upp en incident eller ett klagomål snarast möjligt med den boende, närstående och inblandad personal för att komma till rätta med brister. Slutrapport skrivs och klagomålet om händelsen avslutas på kvalitetsråd, ledningsgrupp och tas upp i olika mötesforum. Om klagomål eller synpunkter berör hälso- och sjukvården ska de rapporteras till MAS/MAR som utreder om verksamheten har hanterat klagomålet korrekt eller om det krävs ytterligare åtgärder.

Under 2021 har 3 händelser lett till Lex Maria anmälan och IVO anmäls.

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 kommer att fortsätta med utveckling av patientsäkerhet även den kommande år.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Kommer i gång med nutritionsrond var tredje månad enligt årshjul.
- Säkerställa att dokumentation förs i tillräcklig omfattning och med kvalitet, genom utbildningsinsatser och handledning av legitimerad personal.
- Rapporteringsstöd mellan personalgrupper genom regelbundna teamronden.
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal i andra uppgifter som till exempel såromläggning genom aktiv handledning av sjuksköterskor.
- Utbildningsinsatser i inkontinens för att öka kunskapen och förbättra livskvaliteten genom rätt ordination och rätt användning av inkontinenshjälpmedel
- Vårdpreventionsarbetet genom uppföljning av riskbedömningar och hälsoplaner.
- Följa upp registrering sker i kvalitetsregistren och att resultat identifiera förbättringsområden.
- Kontinuerlig fortbildning i basala hygienrutiner.
- Fortsatt kvalitetsarbete kring god vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom enligt BPSD.