

Patientsäkerhetsberättelse

för Serafens Vård- och omsorgsboende

År 2022



Datum: 2023-02-03

Ansvarig för innehållet: Juan-Carlos Hernandez (MLA), Daniella Stalebrant (Bitr. Enhetschef), Åsa Bergström (Enhetschef).

Diarienummer

Inledning

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”

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
----------------------	---

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	Fel! Bokmärket är inte definierat.
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu	11
Riskhantering	11
Stärka analys, lärande och utveckling	12
Avvikelse	12
Klagomål och synpunkter	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap	13
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	Fel! Bokmärket är inte definierat.
BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken	
Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete..... Fel!	
Bokmärket är inte definierat.	

SAMMANFATTNING

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

Covid-19 har i viss mån fortsatt att prägla verksamheten under 2022. Fokus har varit på att koordinera vaccinationerna samt att utveckla och säkerställa vårt arbetssätt för att minimera smittspridning.

Legitimerad personal har kontinuerligt under året fått utbildning i dokumentation av förvaltningens processledare.

Verksamhetens sjuksköterskor har tillsammans med förvaltningens dietist genomfört nutritionsronder för att säkerställa de äldres behov.

Vid den årliga kvalitetsuppföljningen av hälso- och sjukvården på Serafen 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 77 % vilket är i stort sett oförändrat jämfört med år 2021. Förbättringsområden är bland annat psykisk ohälsa, inkontinensvård, palliativ vård och hygien.

Appva, ett digitalt signeringssystem har införts i verksamheten vilket kvalitetssäkrar signering av läkemedel och andra insatser gällande omvårdnad och rehabilitering. Palliativa insatser har också införts i Appva för att kvalitetssäkra och förbättra det palliativa arbetet i vården.

Verksamheten har arbetat intensivt med att implementera personcentrerad vård med stöd av BPSD-registret och har kommit igång med regelbundna teammöten och registreringar i BPSD-registret för alla demensenheter. Som stöd i införandet har verksamheten haft förvaltningens sakkunnig i kognition.

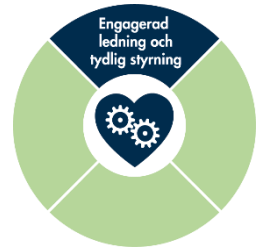
Under år 2022 har verksamheten haft ett stort behov av att anlita företag för att bemanna med sjuksköterskor. Detta har bland annat lett till att arbetet med dokumentation och registrering i kvalitetsregister har blivit eftersatt. Rekrytering och introduktion av nya sjuksköterskor har varit pågående under hela år 2022.

En biträdande enhetschef med ansvar för hälso- och sjukvård har rekryterats och börjat på verksamheten i slutet på 2022.

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 år 2023 är:

- Utveckla arbetet gällande patientsäkerhetskultur i verksamheten
- Utbildningsinsatser planeras in regelbundet för att säkerställa kompetensutveckling
- Att fortsätta att utveckla samverkan i det tvärprofessionella teamet kring de boende
- Utveckla samarbetet med beställarenheten för en trygg övergång inom äldreomsorgen
- Att säkerställa det personcentrerade arbetssättet i den palliativa vården genom att utbilda fler palliativa ombud i verksamheten samt biträdande enhetschef för HSL
- Minimera risken för vårdskador genom rutinmässiga riskbedömningar samt utreda, analysera och följa upp händelser i verksamheten
- Att förbättra och utveckla arbetet gällande kvalitetsregister såsom Senior Alert, BPSD och Palliativa registret.
- Utveckla och förbättra läkemedelshanteringen i verksamheten

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) tillsammans med Biträdande enhetschef för HSL ansvarar för kvalitets- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvård på Serafens äldreboende. MLA deltar i Serafens ledningsgrupp där aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp. MLA och biträdande enhetschef för HSL 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 enhetschef 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, som i sin tur rapporterar till MAS/MAR.

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

Stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien, Palliativt kunskapscentrum, Dietist, Processledare 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. Fot & Hälsagruppen utför medicinsk fotvård.

Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvård som till exempel stadsdelsförvaltningens 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 avviker 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 av hälso- och sjukvårdsdokumentation utförs kontinuerligt och analyseras i verksamheten. Utbildningsinsatser planeras med processledare och administrativ tid planeras in för legitimerad personal. Arbetet med att utföra riskbedömningar, kartlägga hälsotillstånd och skapa hälsoplaner behöver förbättras.

En god säkerhetskultur

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

Under 2022 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

Avvikelseberättelser 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 och biträdande enhetschef för HSL. MAS 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 ett systematiskt kvalitetsarbete;

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

Basala hygienrutiner

Enhetschef tillsammans med ledningen ansvarar för att säkerställa att personalen har en god följsamhet till basala hygienrutiner, särskilda hygienombud finns i verksamheten. För att kvalitetssäkra personalens tillämpning av basala hygienrutiner finns en webbaserad utbildning att tillgå via Vårdhygien. Checklistor används för egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Läkemedelsgenomgång

Varje enskild boende ska erbjudas en årlig fördjupad läkemedelsgenomgång enligt överenskommelse med ansvarig läkarorganisation.

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 gällande dysfagi och sväljsvårigheter av logoped.
- Utbildning via Apoteket i läkemedelshantering.
- BPSD (Beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom) utbildning.
- Utbildning för digital signering av läkemedel i Appva.
- Utbildning i dokumentation för hälso-och sjukvårdspersonal.
- Utbildning i palliativ vård.
- Utbildning gällande våld i nära relationer.
- Kognitionsutbildning.



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.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

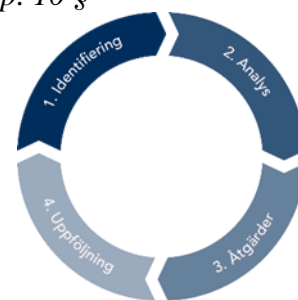
Individuella hälsoplaner och genomförandeplaner upprättas tillsammans med den enskilde och/eller med närstående. Det förebyggande arbetet med riskbedömning och åtgärder sker i samverkan med boende och ibland även närstående. Inför skydds- och begränsningsåtgärder är boende och närstående informerade 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
	1 gång/månaden	Appva
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per år och vid behov	Sammanställningar i journalssystem Vodok 2.0
	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
	1 gång per år och vid behov	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 §

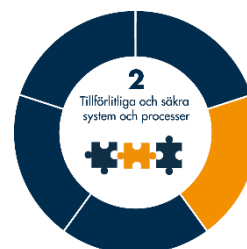
Verksamheten uppmuntrar all personal att skriva avvikelser då de upplever patientsäkerhetsrisker/brister i vården. Verksamheten bedömer alla inkomna avvikelser inklusive inkomna klagomål/synpunkter. Flera avvikelser har lett till förbättringsåtgärder. I samråd med MAS inleds utredning vid allvariga avvikelser med misstänkt vårdskada. Utredningen sker enligt mall som omfattar olika punkter och frågeställningar. Till utredningen tillkommer också dokumentationsgranskning och redogörelser av berörd personal.



Till utredningen ska också följande dokument bifogas:

- Samtlig personals redogörelse som har varit involverade i händelsen.
- Verksamhetens rutiner som har med avvikelserna att göra.
- En beskrivning av verksamhetens organisation och bemanning.
- Patientens egen upplevelse och eventuellt närståendes upplevelse av händelsen

Resultatet av utredningen redovisas för att all personal i ett lärande syfte och för att öka personalens delaktiga i att förbättra och utveckla patientsäkerheten. Resultatet tas upp i olika mötesforum som APT, gruppmöten, sjuksköterske- och rehabmöten.



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

Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska har tillsammans med biträdande enhetschef för HSL i uppdrag att förbättra och säkra kvalitén gällande hälso- och sjukvården.

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 introduktion 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 fortsätter att arbeta intensivt med att förbättra hälso- och sjukvårdsdokumentationen, förvaltningens processledare har regelbunden avstämning med legitimerad personal, och framförallt nyanställda sjuksköterskor.



Riskhantering

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

Risکانالیزer har utförts och genomförts inför planerade förändringar i organisationen eller annan påverkan som kan få negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Verksamheten har även under 2022 genomfört riskanalyser kopplat till Covid-19. Dessa har handlat om risk för smittspridning och användandet av skyddsutrustning. Verksamheten har även genomfört riskanalyser inför sommar- och julledighet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Arbetsätt förbättras genom tillgänglig information enligt nedan:

- Avvikelser registreras i journalsystemet Vodok 2.0 och utifrån avvikelserns art utreds detta enligt rutin för avvikelshantering. MLA tillsammans med biträdande enhetschef för HSL granskar och analyserar avvikelser kontinuerligt. Detta är ett sätt att identifiera händelser som har orsakat eller riskerar att orsaka vårdskador. Vid allvarigare händelser informeras samtliga i ledningsgruppen och MAS, MAR.
- Granskning av hälso- sjukvårdsjournaler ska leda till att förbättringsområden kan identifieras och utgöra en grund för fortsatt kvalitetsutveckling inom verksamheten.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen genomförs av Apoteket årligen. Åtgärdsplaner upprättas vid framkomna förbättringsåtgärder för att säkra en god läkemedelshandling.
- Statistik från det digitala signeringssystemet Appva följs kontinuerligt upp av processledare från stadsdelsförvaltningen tillsammans med ledningsgruppen på Serafen. Biträdande enhetschefer diskuterar resultatet på gruppmöten med personal.
- Resultat från punktprevalensmätning gällande följsamhet till basala hygienrutiner, fall, skyddsåtgärder och blåsdysfunktion sammanställs och skickas till MAS. Resultatet följs upp och ligger till grund för förbättringsarbete i verksamheten.
- Resultat från dokumentationsgranskning från journalsystemen Vodok och Parasol följs upp kontinuerligt av processledare från stadsdelsförvaltningen.
- Natt- och dygnsfastemätning har skett 2ggr under året. Resultatet dokumenteras i patientens journal och åtgärder sätts in vid behov.



Avvikelser

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

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

Avvikelser	2021	2022
Läkemedel	54	81
Fall	187	226
Specifik omvårdnad	22	7
Vårdkedjan	9	6
Trycksår	1	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 har lämnat klagomål eller synpunkt. Utifrån klagomålets eller händelsens art och omfattning gör biträdande enhetschefer en bedömning och påbörjar eventuellt en utredning.

Synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård hanteras av *Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska (MLA) samt biträdande enhetschef för HSL* som omgående påbörjar utredning. Analys och utredning genomförs i olika steg som insamling av fakta, beskrivning av händelseförlopp, identifiering av orsaker och åtgärdsförslag.

Verksamheten har som 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, och händelsen 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 2022 har 4 händelser lett till Lex Maria anmälan och IVO-anmälan.

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 patientsäkerheten och patientsäkerhetskultur även kommande år.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Säkerställa att dokumentation utförs i tillräcklig omfattning och med kvalitet, genom utbildningsinsatser och handledning av legitimerad personal.
- Vårdpreventionsarbetet genom uppföljning av riskbedömningar och hälsoplaner.
- Nyanställda sjuksköterskor får gedigen introduktion tillsammans med MLA där uppdraget som omvårdnadsansvarig sjuksköterska betonas. Stödfunktioner har skapats av MLA och biträdande enhetschef för HSL. Utbildningsinsatser för dokumentation av processledare, nutritionsutbildning av dietist, patientsäkerhet och avvikelseprocessen av MAS/MAR planeras in under de första månaderna.
- Regelbundna teammöten med alla yrkeskategorier. En mall för teammöten har skapats och kan användas som stödfunktion för hela teamet.
- Rutin för en daglig strukturerad rapport mellan yrkeskategorier behöver förbättras.
- Delegeringsförfarandet till omvårdnadspersonal i andra uppgifter som till exempel såromläggning genom aktiv handledning av sjuksköterskor.
- Öka kompetensen för palliativ vård för hela teamet genom Palliativ ombudsutbildning under hösten 2023. Biträdande enhetschef för HSL utbildas via PKC ledarskapsutbildning inom palliativ vård under hösten 2023.
- Kontinuerlig fortbildning i basala hygienrutiner. Involvera legitimerad personal i hygienombudsfunktioner och utbilda personal från hela teamet till Hygienobservatörer.
- Fortsatt kvalitetsarbete kring god vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom enligt BPSD.
- Fortsatt utveckling av det digitala signeringssystemet Appva inom palliativ vård, nutrition och BPSD.