



Patientsäkerhetsberättelse

Fristad servicehus

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

20210205

Mikael Ilberg enhetschef

Marita Eklöf Lundin biträdande enhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	8
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	11
Egenkontroll.....	11
Uppföljning av Mål och strategier 2020	12

Sammanfattning

På stadsdelsnämnden möte den 24 oktober 2019 fattades beslut om att avveckla Fristad servicehus. Hela år 2020 har därför präglats av avvecklingen med utflyttningar och anpassning av personalstaben.

Det har varit svårt att rekrytera kompetenta sjuksköterskor och verksamheten har därför tidvis anlitat timvikarier, vilket har påverkat kontinuitet, patientkännedom och det systematiska kvalitetsarbetet negativt. Att anlita ett bemanningsföretag har slutligen givit bäst resultat.

Dagliga rapporter, teamträffar veckovis samt månatliga kvalitetsråd har hållits med tydlig mötesstruktur och utifrån en lärandeorganisation.

Verksamheten har haft möte med representanter från hyresgäster i ett trygghetsråd varje månad. Genom delaktighet har information och synpunkter behandlats. Rådet lades ner på ordförandes initiativ vid februarimötet 2020.

Den totala brukarnöjdheten ligger högst i staden 2020.

Inledning

Övergripande mål och strategier

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

Fristad servicehus kvalitetsmål:

Vård och omsorg som är säker och av hög kvalitet, som uppfyller gällande krav och mål enligt SoL, HSL, Patientsäkerhetslagen och andra gällande lagar och föreskrifter, och som motsvarar och helst överträffar de boendes, gästers, närståendes och uppdragsgivares förväntningar.

Vi strävar efter att inte ha några vårdskador alls.

Fristad servicehus övergripande strategi:

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

Fristad servicehus 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 systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor bl.a. 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

Fristad servicehus har ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som har lett till eller kunde ha lett till vårdskada.

Inom organisationen finns ett tydligt ledarskap och 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 vårdskada (Lex Maria). MAS ansvarar också för att den boende får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

De har också 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 mål, rutiner och policys, att uppföljningar görs samt att en god, trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs.

Sjuksköterska

har omvårdnadsansvar utifrån befattningsbeskrivning. Hen har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Fysioterapeut

har ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

All hälso- och sjukvårdspersonal ska:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Samverkan med MAS/MAR – verksamhetsuppföljning från Spånga-Tensta Stadsdelsförvaltning vart annat år.

Informationsöverföring säkerställs i samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten och kvalitetsråd.

Samarbete sker med dietist vid behov.

Överenskommelse finns med Vårdliljans Mobila Sjukskötersketeam för sjuksköterska nattetid (21.00 - 07.30, må- fr och dygnet runt lö-sö).

Samverkan sker med beställarenheten, i huvudsak Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning – verksamhetsuppföljning från Spånga-Tensta Stadsdelsförvaltning en gång per år.

Samverkansmöten med verksamhetsföreträdare från primärvården, primärvårdsrehabilitering, psykiatri, Brommageriatriken, BPSD-teamet och andra aktörer i närområdet hålls vid behov.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Synpunkter/klagomålshantering är positivt då det är en hjälp i verksamhetens förbättringsarbete.

Synpunkter på patientsäkerheten kan vara både skriftlig och muntlig. Om medarbetare eller chef mottar ett muntligt klagomål/synpunkt används blanketten *Synpunkter/klagomål*

Kontaktmannen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i Sol- dokumentationen (uppdatering av genomförandeplan sker parallellt).

Fysioterapeut och sjuksköterska ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentationen.

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

Om det inte är möjligt att lösa frågorna/problemen inom enheten, ska vederbörande chef hänvisa till någon av följande (beroende på ärende):

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Med avvikelse menas det som avviker från 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, närståendekontakter m.m.

Rutin angående Lex Maria finns där det framgår när och hur man gör en anmälan. Även ansvarsfrågan vem som utreder en eventuell vårdskada eller risk för vårdskada 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 2020 har inga avvikelser inträffat som föranlett Lex Mariaanmälan.

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.

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska påbörja åtgärd direkt och dokumenteras enligt Hsl.

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.
- Bedömning, åtgärder och resultat dokumenteras i boendes omvårdnadsjournal (Vodok).
- Enhetschef / Bitr. enhetschef kontaktas snarast om hälso- och sjukvårdsavvikelsen är av den karaktären att det föreligger risk för allvarlig skada.
- Närvara på kallade kvalitetsråd/möten.
- Vara delaktig i förbättringsarbetet på de egna avdelningarna.
- Vid fall samt utebliven medicinering informera läkare.
- Bedöma och åtgärda alla avvikelser gällande MTP.

Alla avvikelser tas upp en gång/månad på kvalitetsråd, bestående av Enhetschef/Bitr. enhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut och omvårdnadspersonal.

Alla avvikelser med åtgärder går igenom på teamträffar, (veckovis) för att förhindra upprepning av händelsen.

Arbetet med avvikelsen ska mynna ut i olika förbättringsåtgärder

Åtgärderna ska rikta sig mot bakomliggande orsaker, vara konkreta och realistiska, kunna genomföras inom en rimlig tidsplan samt kunna utvärderas. Uppföljning av åtgärderna bör ske efter överenskommen tid för att säkerställa att de haft avsedd effekt.

Förutom rutinerna i avvikelshanteringen där både risk- och händelseanalys ingår finns det andra rapporteringsmöjligheter. Rutiner finns kring rapportering både mellan yrkesgrupper och mellan arbetspass. På apt tas 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

Klagomål och synpunkter

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

Biträdande enhetschef sammanställer och tar upp avvikelser på kvalitetsrådet en gång per månad.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Apt Kontinuerlig film i personalrum
Avvikelse, patients klagomål och synpunkter	10 ggr/per år	Kvalitetsråd/Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	Avvikelse, teamträff
Granskning av genomförandeplaner och hälso- och sjukvårdsjournaler	löpande	Bitr. enhetschef
Löpande Sol-dokumentation	löpande	Bitr. enhetschef
Läkemedelshantering	En gång per år	Ssk/ Läkare
Läkemedelsdelegering	Årligen	Ssk/ Biträdande enhetschef
Medicinskt tekniska produkter	Årligen	HSL

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Verksamheten har kontinuerligt kvalitetsråd, uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Regelbundna utvärderingar av arbetet sker med externa samarbetspartner så som Legevisitten, Vårdliljan, MAS/MAR och stadsdelsförvaltningen.

Sjuksköterskorna arbetar med att hålla delegeringar aktuella, för bland annat läkemedelsadministrering.

Medarbetare har genomfört webbutbildningar; Basala hygienrutiner och Jobba säkert med läkemedel.

Sjukgymnast har instruerat och handlett personal vid förflyttningar.

Matlyftet har fortsatt riktat till personer med ensamhetsproblem, så

länge det varit möjligt att samla en grupp.

Årlig brukarundersökning via Socialstyrelsens enkät har genomförts. Synpunkter från framförallt närstående har framförts på olika sätt till chef och följts upp så fort som möjligt genom framförallt möten men också mailkontakt och/eller telefon beroende på vilken kommunikationsväg budbäraren önskat få återkoppling.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts under 2020.

Årlig verksamhetsuppföljning från stadsdelsförvaltningen.

Bemanning och kontinuitet har anpassats efter utflyttning. Arbetsuppgifter så som dokumentationsskyldighet, avvikelshantering m.m. har tydliggjorts och säkerställts genom tät dialog mellan ledning och medarbetare.

Mycket arbete har lagts på att försöka få kontinuitet av sjuksköterska. Först genom nyrekrytering och ”egna” timvik och nu senast genom bemanningsföretag, det sistnämnda är det som har haft bäst effekt.

Risikanalys

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

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

En risikanalys kan göras på verksamhetsnivå, organisatorisk nivå och individuell nivå. Några exempel är:

- Återkommande iakttagelser av en risk eller mindre allvarliga händelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering
- Medarbetares upplevelse av att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld, exempelvis användning av MTP
- Organisationsförändringar, exempelvis omstrukturering av personal
- Införande av nya metoder och tekniska produkter, exempelvis om vi har kompetens och utbildning för nya produkter

Väsentlighet- och risikanalys genomförs årligen i verksamheten i samband med verksamhetsplaneringen. Enhetschef ansvarar för att den genomförs.

En risk- eller händelseanalys ska alltid avslutas med enhetschef, eventuellt i samråd med andra arbetsgrupper, beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas mot de bakomliggande orsakerna eller vilka åtgärder som ska vidtas så att konsekvenserna begränsas vid en händelse. Efter detta beslut följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Fel i samband med medicinhantering har begåtts vid 2 tillfällen, enskild åtgärd har satts in till personal om läkemedelshantering.

Rutiner kring överrapportering har förtydligats.

Rutin och ansvar för behandlande madrasser har tydliggjorts.

Ingen Lex Maria-anmälan har gjorts 2020.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Åtgärder som genomförts:

- Struktur vid möten
- Regelbundna strukturmöten med Hsl-personal
- Tydliggörande av ansvarsfördelning inom Hsl-gruppen och mellan övriga personalkategorier

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Goda kunskaper i basala hygienrutiner	Fortsatt arbete under 2020	Kontinuerlig information	Inga patienter har smittats av Covid-19 på Servicehuset	Tydlig och uppdaterad information har gett resultat.
Minskat antal läkemedelsavvikelser		Varje avvikelse följs upp	Antal läkemedelsavvikelser totalt - 2	Uppföljning och personalkontinuitet är god.
Behandling av Trycksår		Undervisning av ssk och ft	Antal - 0	Kunskapen och samarbetet är gott
Fall		För varje fall skrivs en avvikelse som åtgärdas och som sedan går vidare till kvalitetsrådet, händelseanalys görs vid ofta återkommande fall.	Fall totalt - 52 Fall som lett till höftfraktur – 0 Fall som lett till annan fraktur – 0	De flesta fall har skett vid egen förflyttning när personal inte har varit närvarande.
MTP		HSL-personal följer upp rutiner för MTP	Alla kontroller är gjorda	Goda rutiner finns

Uppföljning av Mål och strategier 2020

Mål 2020 Minska antal fall som leder till frakturer	Strategi/er Fortsatt utveckling av det fallförebyggande arbetet	Åtgärd 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.	Resultat Inga fall har lett till fraktur.	Analys Servicehuset har utvecklats under hela 2020, antalet hyresgäster har därför minskat kontinuerligt samtidigt har personalkontinuiteten ökat vilket är bidragande orsaker till uteblivna fall som lett till fraktur.
Minska antal läkemedelsavvikelse med 50 %	Strategi/er Fortsatt utveckling av det förebyggande arbetet	Åtgärd Lokala rutiner följs upp.	Resultat Antal läkemedelsavvikelser har minskat med 96%	Analys Servicehuset har utvecklats under hela 2020, antalet hyresgäster har därför minskat kontinuerligt samtidigt har personalkontinuiteten ökat vilket är bidragande orsaker till minskat antal läkemedelsavvikelser.
Minska antal trycksår med 50%	Strategi/er Fortsatt utveckling av det trycksår förebyggande arbetet	Åtgärd Information av ssk och ft till personalen.	Resultat Inga trycksår under året	Analys Servicehuset har utvecklats under hela 2020, antalet hyresgäster har därför minskat kontinuerligt samtidigt har personalkontinuiteten ökat vilket är bidragande orsaker till 0 antal uppkomna trycksår.