

Patientsäkerhetsberättelse

Serafens vård- och omsorgsboende

År 2020

20210217

Ranveig Martinsen

Juan-Carlos Hernandez Vera

Innehåll

Sammanfattning	2
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Patienters och närståendes delaktighet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Risikanalys	7
Informationssäkerhet	8
Egenkontroll	8
Avvikelse	8
Klagomål och synpunkter	8
Händelser och vårdskador	8
Risikanalys	9
Mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

Då 2020 dominerades av pandemin och åtgärder för att minimera konsekvenserna av Covid – 19 har vi arbetat med målen från ett annat perspektiv än vi tänkt.

Vi har tränat i att göra riskanalyser och handlingsplaner och åtgärder ifrån det. I det arbetet har vi arbetat med att säkerställa informationsöverföring mellan yrkeskategorierna men också till boende och anhöriga.

Vi har gjort kontinuerliga och många egenkontroller runt basal vårdhygien och efterlevnad av rutiner för omhändertagande av personer med misstänkt covid – 19 och konstaterad covid – 19. För att nå målet med ökad samverkan mellan yrkeskategorier har vi gjort en organisationsförändring som trädde i kraft den 1 november. De viktigaste resultaten vi uppnått är en ökad förståelse för riskanalysernas betydelse och även egenkontrollens betydelse.

Vårt mål för patientsäkerhetsarbetet är att vi ska ha en verksamhet med god kvalitet vad gäller hälso- och sjukvårdsinsatser, ett lättillgängligt och lättförståeligt kvalitetsledningssystem. Vi ska skapa ett ännu bättre teamarbete där vi nyttjar allas kompetenser på bästa sätt.

Våra strategier är att genom den nya organisationen, en medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska, ha en mer levande och kontinuerlig dialog och egenkontroll av att våra rutiner efterlevs och förändras vid behov.

Vi kommer att arbeta med kollegial granskning i dokumentation för att bli en lärande organisation.

Vi skapar ett nytt ledningssystem där det ska vara lätt att göra rätt och lätt att hitta de rutiner man behöver för stunden. Ledningssystemet bygger på processer i ett särskilt boende och en beskrivning av ansvarsområden i processerna.

Övergripande mål och strategier

- Utveckla samverkan i det tvärprofessionella teamet kring de boende.
- Utveckla en mer personcentrerad vård.
- Arbeta aktivt med värdegrund.
- Säkerställa informationsöverföringen mellan de olika yrkeskategorierna.
- Öka registreringar i samtliga kvalitetsregister.
- Implementera NVP enligt handlingsplan, för att säkerställa det personcentrerade arbetssättet i den palliativa vården.
- Minimera risken för vårdskador och att de vårdskador som trots allt sker utreds, analyseras och följs upp.

Organisation och ansvar

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 lagar och riktlinjer samt att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) rutiner är kända i verksamheten samt att dessa följs. Enhetschef ansvarar för att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att ett patientsäkerhetsarbete bedrivs.

Medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska (MLA) ansvarar för kvalitet och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvård på Serafens äldreboende. MLA deltar i Serafens ledningsgrupp där hen tar upp aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor. MLA ansvarar för att avvikelser utreds och används för verksamhetsutveckling.

Medicinskt Ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för Rehabilitering (MAR) bevakar att hälso- och sjukvårdens kvalitet

och säkerhet upprätthålls. De utarbetar riktlinjer och rutiner samt kontrollerar att dessa följs och är kända i verksamheten. De informerar verksamheten om förändringar i lagstiftelsen eller andra förändringar som berör hälso- och sjukvård. De samverkar nära med verksamhetschef och MLA i verksamheten.

I uppdraget ingår även att bedöma om en händelse medfört risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO.

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 MAS/MAR och enhetschef för hälso- och sjukvård

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 och Apoteket AB finns att tillgå.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Vi har ett välfungerande samarbete med läkarorganisationen, Legevisiten – Capio. PAL är på plats minst 3 dagar i veckan och har då ronder med alla avdelningar. Då det är en stor kontinuitet i detta används även ronderna till kontinuerliga läkemedelsgenomgångar. Under jourtid finns alltid tillgång till jourläkare via telefon. Under pandemin har vår läkare inte varit fysiskt på plats under våren, han har dock haft daglig kontakt via telefon med våra sjuksköterskor.

Tandläkarna och dietisterna har inte kunnat ha samma närvaro som tidigare år då vi har haft ett nationellt besöksförbud. Undantag har dock gjorts i de fall det har varit av stor betydelse för den boende att de gjort besök. Apoteket har under hösten gjort en läkemedelsgenomgång dock inte varit ute på avdelningarna.

Patienters och närståendes delaktighet

Patienterna och deras närstående har erbjudits att delta i vårdplaneringar och avstämningsmöten när det har varit möjligt att genomföra. Vi har under detta år haft många av de mötena via Skype. Ett arbetssätt som är ett bra alternativ även i framtiden. Det kräver inte att närstående är fysiskt på plats vilket gör det lättare för dem att hitta utrymme för att delta.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

När en avvikelse upptäcks ska den dokumenteras i ett speciellt framtaget dokument för att sedan registreras i avsett avvikelssystem i Vodok 2.0. Vid tillfället ska det rapporteras till närmaste chef som gör en bedömning av händelsen. I den nya organisationen som startade i november ska även MLA ta del av avvikelserna inför utredning. Vid misstanke om vårdskada rapporteras händelsen även direkt till verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Vid misstanke om allvarlig vårdskada kontaktas MAS/MAR om händelsen.

Egenkontroll punkter

Egenkontroll som förekommer varje år.

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	enligt framtagen mall
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer prevention fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Avvikelser	Avvikelser tas upp 1 gång/månad på varje avdelning.	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Synpunkter och klagomål	Synpunkter och klagomål tas upp 1 gång/månad	
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	2 gånger/år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0 Senior alert

Funktionsbedömning ADL	3 gånger/år	Sammanställningar i journalsystem Vodok 2.0
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagna mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	Efter överenskommelse med vårdhygien	Protokoll
Basala hygienrutiner	1 gång/månad	
Vård i livets slutskede		Svenska palliativregistret

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

De mål vi hade inför 2020 gällande hälso- och sjukvården har varit svåra att sätta fokus på då vi haft en pandemi där vårt fokus har varit att minimera konsekvenserna av det för våra boende. I det arbetet har vi arbetat med att säkerställa att informationsflödet mellan yrkeskategorier varit så bra som det gått. Vi har också utvecklat vårt samarbete med alla yrkesgrupper då en pandemi kräver att vi alla arbetar på samma sätt. Det mål som sattes upp 2019 kommer att vara en del av de mål vi sätter upp inför 2021 och som vi fortsatt kommer att arbeta med.

Riskanalys

Inför förändringar i verksamheten gör vi alltid en riskbedömning. De risker vi upptäcker behöver adresseras, ibland åtgärdas och ibland ha en plan för åtgärder. 2020 har varit ett år där riskbedömningar i verksamheten har gjorts i större utsträckning än tidigare till följd av pandemin. Många av riskbedömningarna har naturligt handlat om covid - 19 och dess konsekvenser.

Vi har under året haft fler egenkontroller runt basal hygien och efterlevnad av rutiner om covid -19.

Vi har gjort riskanalys av bemanning för att säkerställa patientsäkerheten på sommaren, riskanalys vid förändring i schema eller organisation.

Informationssäkerhet

Vi har en tydlig beskrivning av hur detta arbete ska ske. Loggkontroller ligger som en aktivitet i årshjulet. Under 2020 har vårt fokus på att minska konsekvenserna av den pågående pandemin gjort att dessa egenkontroller inte prioriterats. Vi har med de resurser vi haft på plats lagt fokus på ett närvarande ledarskap och egenkontroller som haft direkt påverkan på pandemin. Under 2021 kommer detta att vara ett prioriterat område.

Vi kan genom de kontrollerna av hälso- och sjukvårds dokumentation vi har gjort konstatera att vi behöver utveckla vårt sätt att dokumentera. Vi behöver bli bättre på att göra riskbedömningar och i de fall det behövs göra behandlingsplaner som följs upp.

Egenkontroll

På grund av pandemin har fler egenkontroll moment blivit mindre väl utfört. Vi har lagt stor vikt vid att utföra egenkontroller av basal hygien, efterlevnad av kohortriktlinjer och arbetssätt vid covid -19 smitta och misstänkt covid -19 smitta.

Detta har skett genom dagliga kontroller på alla avdelningar och flera kontroller varje vecka av följsamhet till rutiner runt covid -19 hantering.

Vår analys är att det behövs ständig handledning och påminnelse om dessa viktiga rutiner och förhållningssätt för att skapa efterlevnad.

Avvikelser

Under 2020 har allt för få avvikelser rapporterats. Det går därför inte att göra en bra analys. Den analys vi har är att vi under 2021 behöver jobba för att fler avvikelser rapporteras och använda dem i arbetet med att ständigt förbättra vår verksamhet.

Klagomål och synpunkter

Under 2020 har två skriftliga synpunkter inkommit och de är besvarade. De inkomna klagomålen berör kommunikation som varit bristfällig. Eftersom 2020 varit kantat av pandemin har många synpunkter inkommit muntligt som inte har blivit nedskrivna. De har dock besvarats i direkt dialog med synpunktslämnaren.

Händelser och vårdskador

Vi har haft två större händelser under året ingen av dem bedömdes av den allvarlighetsgraden att de behövd anmälas till IVO.

Den första händelsen är en felaktig dödförklaring. Den andra händelsen avser läkemedelshantering vid flytt till annat boende.

Ingen person har fysiskt kommit till skada vid händelserna. Vi har sett över rutiner och arbetssätt utifrån de två händelserna.

Vi har sett över rutiner i hantering av läkemedel och rutiner för informationsöverföring mellan arbetspass.

Risicanalys

Under 2020 har vi gjort en stor mängd riskanalyser. Utifrån att vi under året har arbetat med att minimera konsekvenserna av den pågående pandemin har det största fokuset varit på vårdhygien och enhetliga rutiner runt hanterandet av personer med misstänkt covid 19 och personer med konstaterad covid 19. Då kunskapen om viruset har ökat under året som gått har det inneburit att vi under året fått lägga mycket kraft på nya analyser utifrån de nya kunskaperna. Mycket tid har använts till egenkontroll av efterlevnad till de åtgärder och rutiner vi skapat.

Egenkontrollen har bestått i att vi haft ökad fysisk närvaro i verksamheten och kontroll av att alla följer rutinerna runt kohortvård och basal hygien. .

Mål och strategier för kommande år

Vårt mål för patientsäkerhetsarbetet är att vi ska ha en verksamhet med god kvalitet vad gäller hälso- och sjukvårdsinsatser, ett lättillgängligt och lättförståeligt kvalitetsledningssystem. Vi ska skapa ett ännu bättre teamarbete där vi nyttjar allas kompetenser på bästa sätt.

Våra utmaningar ligger i att alla rutiner ska vara kända av alla och att de ska vara lätta att hitta när man behöver dem. Vi har även en utmaning i att få en följsamhet till de rutiner som finns. En utmaning är att få alla att se avvikelser som en del i vårt förbättringsarbete. Vi behöver också se till att dokumentera alla inkomna synpunkter, även de som vi får till oss muntligt då detta är ett lika viktigt underlag som våra avvikelser i vårt förbättringsarbete.

- Våra strategier är att genom den nya organisationen, en medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska, ha en mer levande och kontinuerlig dialog och egenkontroll av att våra rutiner efterlevs och förändras vid behov.
- Vi uppdaterar vårt årshjul och har det som en stående punkt på våra ssk möten och på våra rehab möten så att vi alltid har god framförhållning.

- Vi kommer att ha fler loggkontroller och arbeta med kollegial granskning för att bli en lärande organisation.
- Vi skapar ett nytt ledningssystem där det ska vara lätt att göra rätt och lätt att hitta de rutiner man behöver för stunden. Ledningssystemet bygger på processer i ett särskilt boende och en beskrivning av ansvarsområden i processerna.