



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Kista vård och omsorgsboende

Kista servicehus

Datum och ansvarig för innehållet

210212

Eva Ingstrand enhetschef

Igor Vasin biträdande enhetschef

Innehåll

| | |
|--|---|
| PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE..... | 1 |
| Sammanfattning..... | 3 |
| STRUKTUR..... | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| 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 |
| Klagomål och synpunkter..... | 7 |
| Egenkontroll..... | 7 |
| PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten..... | 8 |
| Riskanalys..... | 9 |
| Utredning av händelser - vårdskador..... | 9 |
| Informationssäkerhet..... | 9 |
| RESULTAT OCH ANALYS..... | 11 |
| Egenkontroll..... | 11 |
| Avvikelser..... | 11 |
| Klagomål och synpunkter..... | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Händelser och vårdskador..... | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Riskanalys..... | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| Mål och strategier för kommande år..... | 11 |

Sammanfattning

- Sedan våren 2020 var verksamheten annorlunda för de flesta av oss. Covid -19 tog mycket tid och plats dvs. prioriteringar gjordes inom nästan alla verksamhetsområden.
- Verksamheten hade stor fokus på att hantera och minska smitta och smittspridning.
- Under 2020 har ett stort fokusområde gällande hälso- och sjukvården varit att utveckla dokumentationen i patientjournalerna utifrån dokumentationsmodellen ICF och genomföra verksamhetsegna kontroller av dokumentationen.
- Patientsäkerheten har följts upp genom egenkontrollen, händelserapportering, dokumentationsgranskning, brukarundersökning, verksamhetsuppföljning av SDF, inspektion från livsmedelsverket/miljöförvaltning via Skype möte.
- Arbetet med att förbättra hygienrutinerna har fortsatt under 2020
- Kvalitetskontroll:
 - Periodisk kontroll av lyftselar utfört maj 2020
 - Dusch pallar januari 2020
 - Rullstolar januari 2020
 - Mobila hygienstolar augusti 2020
- Brister i följsamhet av lokala rutiner har noterats och åtgärdats gällande basala hygienrutiner.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är strukturerade och regelbundna team-möten som leds av sjuksköterska.
- Ökad brukarnöjdhet, Socialstyrelsen 2020.
- Fortsatt användning av Palliativa register.
- Fortsatt användning av kvalitetsregister Senior Alert.

Inledning

Övergripande mål och strategier

Kista vård och-omsorgsboende, servicehus 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, och som motsvarar och helst överträffar de boendes, gästers, närståendes och uppdragsgivares förväntningar. För patientsäkerhetsarbetet gäller **Nollvisionen**, d v s noll vårdskador.

Kista vård och-omsorgsboende, servicehus 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 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 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 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 vårdskada (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/itr. 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

har ett omvårdnadsansvar för upp till 16 boende och 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

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 Folk tandvården för planering av besök rörande tandvård.
- Samverkan med MAS/MAR samt verksamhetsuppföljning från Rinkeby-Kistas Stadsdelsförvaltning en gång per år.
- Informationsöverföring säkerställs i och samverkan mellan olika yrkesgrupper genom teammöten, avdelningsmöten och ledningsgruppsmöten.
- Samarbete med dietist och logoped.
- Överenskommelse finns med Klara T. Mobila Sjukskötersketeam för sjuksköterska natttid (21.00 - 07.00 måndag-söndag)

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Synpunkter/klagomålshantering

Synpunkter och klagomål 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.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

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, närståendekontakter 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 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 IVO:s webbplats www.ivo.se. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat.

Under år 2020 har inga avvikelser 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 avvikelshanteringen 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.

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

Klagomål och synpunkter

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

Under sommaren har vi fått ett klagomål om att ett dygns dokumentation i HSL-journalen inte finns (en palliativ patient). Det beror på att inga HSL-insatser utfördes av sjuksköterskor under det dygnet. Tjänstgörande sjuksköterskor berättar att pat. hade en bättre dag vilket är anledningen till att inget dokumenterades. Sjuksköterskan borde dock dokumenterat att denne varit där och att inga åtgärder behövdes utifrån HSL-perspektivet.

Klagomålet har tagits upp i forum med chefer samt inblandad HSL-personal, och även hela HSL-gruppen. Synpunkten har inte hanterats i ett ledningssystem då det inte uppfattats som klagomål gällande HSL-insatser upp till sjuksköterskenivå.

Ärendet bedöms inte ha medfört en vårdskada som kunnat undvikas utifrån HSL upp till sjuksköterskenivå.

Egenkontroll

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

Genomföra egenkontroller 2020

| Egenkontroll | Omfattning | Källa |
|--|---------------------|--|
| Basala hygienrutiner och klädregler | 2 gånger per år | Självskattning |
| Hygienronder | Har inte genomförts | Protokoll |
| Avvikelser, patients klagomål och synpunkter | 7 ggr/per år | Kvalitetsrådsmöte/Protokoll |
| Trycksår | 1 gång | Kvalitetsindikator |
| Granskning av genomförandeplaner och hälso- och sjukvårdsjournaler | 2 gånger per år | Bitr. enhetschef |
| Löpande Sol-dokumentation | Veckovis | Bitr. enhetschef |
| Läkemedelshantering | Har inte genomförts | HSL-ansvarig chef/ Apoteket |
| Läkemedelsdelegering | En gång per år | HSL-ansvarig/ Biträdande enhetschef |

| | | |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Medicinsktekniska produkter | Årligen | HSL-ansvarig/ Biträdande enhetschef |
| Livsmedelshantering | En gång per år. | Enhetschef/Livsmedelsverket |

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 vårt arbete sker med externa samarbetspartner så som läkarorganisation Legevisitten, mobila sjuksköterskor Klara T, Folk tandvård, medicinsk fotvård Fot och Hälsa, MAS/MAR och stadsdelsförvaltningen.

Dokumentationssystemet VODOK har under året inneburit en stor utmaning. Systemet bedöms av verksamheten som mindre användarvänligt och därmed tidkrävande. Vi har regelbundet dokumentationsstöd som Stockholms stad har anordnat i VODOK. Dokumentation behöver även ske i ParaSol varpå dubbeldokumentation även behöver ske vid samtliga patientkontakter.

Sjuksköterskorna arbetar med att hålla delegeringar för bland annat läkemedelsadministrering aktuella och att endast de medarbetare som klarar uppdraget har delegering för dessa arbetsuppgifter.

En syrgasapparat och en bladderscan har köpts in under året.

Alla medarbetare har uppmanats att gå webbutbildningar. För patientsäkerheten har det varit Basala hygienrutiner, Demens ABC och ABC+, samt Jobba säkert med läkemedel. Webbutbildning i Yrkessvenska speciellt anpassad för personal som arbetar inom äldreomsorg. Språkombuds utbildning.

Vi har haft genomgång av basala hygienrutiner med MAS i mars i samband med Covid-utbrottet.

Livsmedelsverket har genomfört en granskning via Skype. Årlig brukarundersökning via Socialstyrelsens enkät har genomförts.

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.

Värderingsarbetet är ett ständigt pågående arbete, på grund av covid-19 var det dock inte möjligt att samla personalen till fysiska möten där

vikten av värderingsarbetet kan lyftas. De morgonmöten vi brukar ha kl. 08.15 måndag-fredag där alla avdelningar och arbetsgrupper är representerade kunde inte genomföras.

Istället gick cheferna ut till avdelningarna och informerade om de viktigaste frågorna. Detta för att undvika att många deltagare samlades i ett rum. Information har även förmedlats via veckobrev.

Risikanalys

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.

Covid-19

Under året har det fortsatt arbetet med att minska smittspridningen på grund av covid-19 haft högsta prioritet. Under perioden april-juni 2020 inrättades en särskild avdelning för personer med covid-19. Där smittade patienter inte vistades tillsammans med andra boende.

Rutiner och arbetssätt har hela tiden anpassats till nya eller ändrade rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och region Stockholm. Besöksförbud har varit infört för all verksamhet.

Information om vikten av 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.

Inom avdelningen inrättades hygienombud som kunnat ge medarbetare stöd och avlastat vid utbildning och uppföljning avseende basala hygienrutiner.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Under år 2020 har vi inga händelse som ledde till vårdsskada.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

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

En gång/månad av enhetschef samt biträdande enhetschef HSL. 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 NPÖ
- Resultatet ska ingå i patientsäkerhetsberättelsen
- C:a 6 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 ggn/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. Granskning av 7st HSL – journaler, dokumenterade av 5 olika ordinarie sjuksköterskor valdes slumpmässigt för ärenden där sjuksköterskan inte har eget omvårdnadsansvar. Resultatet av egenkontrolls mall visar att c:a 83 (91) % insatser är redovisade. Där resultatet som är mindre bra med 50-65% kan bero på att PAS inte har prioriterat vikten av dokumentation. Åtgärder som genomfördes efter granskning:

- Tas 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

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

| Mål | Strategi | Åtgärd | Resultat 2020 (2019) | Analys |
|---------------------------------------|----------------------------|---|--|--|
| Goda kunskaper i basala hygienrutiner | Fortsatt arbete under 2021 | Föreläsning av hygiensjuksköterska | Självskattning visar höga kunskaper hos personalen i basala hygienrutiner | Verksamheten arbetar på ett bra sätt för god kunskap hos personalen |
| Läkemedelsavvikelse | | Lokala rutiner ska följas upp. Personalen ska påminna varandra om ev. miss vid läkemedels utdelning. Planera arbete innan | 38 (49) Servicehuset: 6 (5) | En bättre uppföljning av sjuksköterskorna med personalen, snabbare återkoppling |
| Trycksår | | Undervisning av ssk | 9 (16) | Uppdatera kunskaper hos personalen |
| 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. | Fall totalt – 76 (81) Fall som lett till höftfraktur – 5 (3) Fall som lett till annan fraktur – 4 (2) Servicehuset: 141 (98) | All personal hann inte gå utbildning i förflyttningsteknik. Det kommer att ske under 2021. Utveckla arbetet med förebyggande riskanalyser |

| | | | | |
|-----|--|---|--------------------------------|--------------------|
| MTP | | HSL-personal följer upp rutiner för MTP | Planerade kontroller är gjorda | Goda rutiner finns |
|-----|--|---|--------------------------------|--------------------|

Mål och strategier för kommande år

Ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet är att:

-Minska antalet fall på både demensavdelningarna och på de somatiska avdelningarna.

-Minska antalet läkemedelsavvikelse jämfört med 2020.

-Arbeta förebyggande för att undvika trycksår.

-Målet är även att förbättra HSL-dokumentationen 2021.

Det finns också beslut att införskaffa bärbara datorer för att sjukvårdspersonalen för att höja kvalitén och säkerheten samt effektivisering i omvårdnaden då dokumentationen är lättare tillgänglig och dessutom kan göras snabbare.