

Patientsäkerhetsberättelse för Kista vård och omsorgsboende, Kista Servicehus och Akalla gruppboende år 2021





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.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
<i>Övergripande mål och strategier</i>	5
<i>Organisation och ansvar</i>	5
<i>Informationssäkerhet</i>	7
<i>Strålskydd</i>	8
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
<i>Synpunkter/klagomålshantering</i>	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och process	12
<i>Riskhantering</i>	12
<i>Avvikelse</i> ¹³	
<i>Klagomål och synpunkter</i>	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15

SAMMANFATTNING

- Även året 2021 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 2021 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 egenkontroll, händelserapportering, dokumentationsgranskning, brukarundersökning, verksamhetsuppföljning av SDF, inspektion från livsmedelsverket/miljöförvaltning via Skype möte.
- Hade haft tillsyn från IVO om hur smittsäkra besök har kunnat genomföras.
- Den årliga kontrollen från Apoteket AB.
- Kvalitetskontroll:
 - Periodisk kontroll av lyftselar utfört maj 2021
 - Duschpallar februari 2021
 - Rullstolar februari 2021
 - Mobila hygienstolar mars 2021
- Brister i följsamhet av lokala rutiner har noterats och åtgärdats gällande basala hygienrutiner, handlingsplaner var skrivna och upplysta.
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är strukturerade och regelbundna teammöten som leds av sjuksköterska.
- Ökad brukarnöjdhet, egna undersökningar 2021.
- Fortsatt användning av Palliativa register, satts målen för utvecklings områden.
- Fortsatt användning av kvalitetsregister Senior Alert.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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, som motsvarar och helst överträffar de boendes, gästers, närståendes och uppdragsgivares förväntningar. Hela året arbetar man med att minimera smittspridning för verksamheten gällande covid-19.

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 / bitr. 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 på vård och omsorgsboendet och socialpsykiatrien och upp till ca 30 boende på servicehuset. Befattningsbeskrivning finns. Hon/han har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

Arbets terapeut och Fysioterapeut

har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för fysioterapeut och arbets terapeut och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen.

En stor uppgift för all hälso- och sjukvårdspersonal är att:

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande
- Minimera smittspridning gällande covid-19

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, Folktandvård, medicinsk fotvård Fot och Hälsa, MAS/MAR och stadsdelsförvaltningen.

Tillsammans med dokumentationssystemet VODOK har det varit en utomordentligt stor utmaning. Verksamheten har regelbundet dokumentationsstöd som Stockholms stad har anordnat i VODOK.

Sjuksköterskorna håller delegeringar för bland annat läkemedelsadministrering aktuella och om någon medarbetare inte klarar uppdraget så har de inte delegering att utföra dessa arbetsuppgifter innan de har fått rätt kompetens.

Verksamheten har egen syrgaskoncentrator och bladderscan (ultraljud för att mäta mängd urin i blåsan) som används vid behov.

Alla medarbetare har uppmanats att gå webbutbildningar. För patientsäkerheten har det varit bl.a. utbildningar i basala hygienrutiner, fortsatt med demens ABC och ABC+, samt Jobba säkert med läkemedel. Webbutbildning i Yrkessvenska speciellt anpassad för personal som arbetar inom äldreomsorg. Fortsatt arbete efter språkombuds utbildning. Vi har haft fortsatt arbete efter genomgång av basala hygienrutiner med MAS 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.

Utvärderingsarbetet är ett ständigt pågående arbete. Vikten av att när det är möjligt kunna att samla personalen till fysiska möten där bör lyftas. De morgonmöten vi brukar ha kl. 08.15 måndag-fredag där alla avdelningar och arbetsgrupper är representerade kunde under året endast genomföras delvis pga. restriktionerna. Cheferna införde som alternativ till dessa möten att som rutin istället gå ut till avdelningarna och informera om de viktigaste frågorna. Detta för att undvika att många deltagare samlades i ett rum.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

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

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 g/år
- Under april samt oktober månad granskas även HSL-personalen
- Granskningen dokumenteras och analyseras i Loggrapport

Parametrar som granskas är:

- 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.

Enligt egenkontrollsmall visar det sig c:a 83 (91) % insatser är redovisade.

Det granskades slumpmässigt 7st HSL – journaler av 5 olika ordinarie sjuksköterskor där sjuksköterskan inte har omvårdnadsansvar.

Resultatet av journalgranskning är mindre bra (2 journaler med 50-65%) vilket kan bero på att PAS, patientens ansvariga sjuksköterska, inte har prioriterat vikten av dokumentation eller behöver stöd i hanteringen.

Åtgärder som genomfördes:

- 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.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Hänvisas till:

[vagledning-med-bakgrund-och-motiv-till-ssmfs-20185-stralsakerhetsmyndighetens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-medicinska-exponeringar.pdf](#)

En god säkerhetskultur

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 nattetid (21.00 - 07.00 måndag-söndag)

Adekvat kunskap och kompetens

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. Språkbuds 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 samma rum.

Patienten som medskapare

Synpunkter/klagomålshantering

Synpunkter och inkomna klagomål ser verksamheten som ett viktigt led i att säkra och utveckla en verksamhet av hög kvalitet.

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.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat 2021 (2020)	Analys
Goda kunskaper i basala hygienrutiner	Fortsatt arbete under 2021	Föreläsning av hygiensjuksköterska /MAS	Självskattning visar höga kunskaper hos personalen i basala hygienrutiner 2ggr/år	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	VoB 38 (49) Servicehuset: 6 (5) Socialpsykiatri:0	En bättre uppföljning av sjuksköterskorna med personalen, snabbare återkoppling
Trycksår		Undervisning av ssk	VoB 9 (16) Servicehuset: 5 Socialpsykiatri:0	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.	VoB Fall totalt – 76 (81) Fall som lett till höftfraktur – 5 (3) Fall som lett till annan fraktur – 4 (2) Servicehuset: 141 (98) Socialpsykiatri:0	All personal hann inte gå utbildning i förflyttningsteknik. Det kommer att ske under 2022. Utveckla arbetet med förebyggande riskanalyser
MTP		HSL-personal följer upp rutiner för MTP	Planerade kontroller är gjorda 2ggr/år	Goda rutiner finns

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 §

Under år 2021 har vi inga händelser som ledde till vårdskada.



Bakgrund och syfte

Trots förebyggande arbete sker ibland händelser som leder till skador eller riskerar att leda till skador. Det kan vara fel eller brister i mänskligt handlande, teknik, organisation, samverkan, medicinsk behandling eller andra insatser i vården som leder till detta. De kan vara av varierande grad och art. De som är av den allvarliga graden kan betrakta som **Lex Maria** händelser och är anmälningsskyldiga till Inspektion för vård och omsorg (**IVO**).

Syftet med bestämmelserna om rapportering av händelser och Lex Mariaanmälan är att kunskaper om risker och händelser i hälso- och sjukvården ska öka så att händelser kan minimeras, framförallt genom förebyggande åtgärder.

Ansvar

Alla som arbetar inom verksamheten är skyldiga att rapportera händelser som har betydelse för brukarens säkerhet till sin närmaste chef, vilken i sin tur är skyldig att rapportera till Enhetschef samt stadsdels MAS som har anmälningsskyldighet.

Genomförande

Lex Maria anmälan

Då en händelse har medfört en allvarlig skada eller skulle kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Mariaanmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av enhetschef.

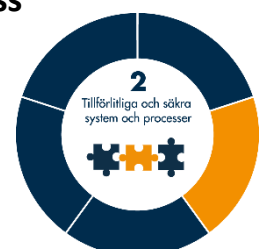
Med allvarlig skada eller sjukdom menas att det som inträffat medfört eller kunde ha medfört att brukaren avlidit, fått livshotande tillstånd, svår kroppsskada, sjukdom eller betydande funktionsnedsättning. Liknande händelser som återkommit och som var för sig inte betraktas som allvarligt kan tillsammans bedömas som allvarligt

Tillförlitliga och säkra system och process

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

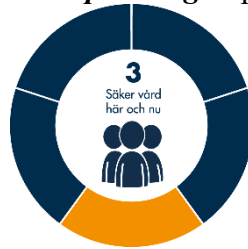


En riskanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en riskbild.

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.

Under året har det fortsatta arbetet med att minska smittspridningen på grund av covid-19 haft högsta prioritet.



Under 2021 hade vi haft en särskild korttidsavdelning för personer med covid-19. Där har smittade patienter vistats och fått rehabilitering samt vård och omsorg.

Rutiner och arbetsätt har hela tiden anpassats till nya eller ändrade rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och region Stockholm.

Information om vikten av 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.

Avvikelser

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



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 IVOs webbplats www.ivo.se. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat.

Under år 2021 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 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. Enhetschefen/biträdande enhetschef sammanställer avvikelserna och tar upp dem på kvalitetsrådet en gång per månad.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter/klagomålshantering ser verksamheten positivt på eftersom då det 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 ..änvisa till ledningen för stadsdelsförvaltning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR 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 2021.

-Arbeta förebyggande för att undvika trycksår.

-Målet är även att förbättra HSL-dokumentationen 2022.

HSL-personal hade fått bärbara datorer för att höja kvalitén och säkerheten samt effektivisering i omvårdnaden då dokumentationen är lättare tillgänglig och dessutom kan göras snabbare.