

Patientsäkerhetsberättelse

för Gamlebo vård- och omsorgsboende - profil

År 2022



Inledning

Gamlebo är ett vård- och omsorgsboende med profilinriktning. Verksamheten ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse utifrån lagkrav och följa strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som är framtagen av Socialstyrelsen. Berättelsen ska även utgå från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. *PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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 | 4 |
| Uppföljning av mål och strategier för 2022 | 4 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 5 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning | 5 |
| Övergripande mål och strategier | 5 |
| Organisation och ansvar | 5 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 6 |
| Informationssäkerhet | 7 |
| En god säkerhetskultur | 7 |
| Adekvat kunskap och kompetens | 8 |
| Patienten som medskapare | 9 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD | 10 |
| Resultat av internkontroller 2022 samt egenkontroller | 10 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | 12 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 12 |
| Säker vård här och nu | 13 |
| Riskhantering | 13 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | 14 |
| Avvikelse | 15 |
| Klagomål och synpunkter | 15 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 15 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR | 16 |
| Psykiatrisk kompetens | 16 |
| Missbruk | 16 |
| Kompetensutveckling i vård och omsorg | 16 |
| Teammöten | 16 |
| Patientsäkerhetsverktyg | 17 |

SAMMANFATTNING

På Gamlebo ska varje patient känna sig trygg och säker i utförandet av vårdinsatser och i kontakt med omvårdnadspersonal, sjuksköterska och läkare. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Verksamheten har en god och säker patientvård och dokumentation med ansvarsfördelning för sjuksköterskor respektive gruppleddare. Verksamheten utvecklar rutiner och följer upp avvikelser vilket gör att vården på Gamlebo är att bedöma som väldigt god. Däremot saknar verksamheten ett strukturerat ledningssystem.

Gamlebo har 2 sjuksköterskor som arbetar heltid, vilket ger bra förutsättningar för bland annat utveckling av kvalitetsarbete samt säkerhetsstämmandet av patientsäker läkemedelshantering. Det finns 1 gruppleddare som ansvarar för dokumentation enligt socialtjänstlagen och kommunicerar planering och förändringar om patienter med övrig personal. I verksamheten finns det 16 undersköterskor och 1 vårdbiträde i omvårdnadsnära arbete (omvårdnadspersonal).

Uppföljning av mål och strategier för 2022

Verksamheten har ungefär samma antal läkemedelsavvikelser som året innan och det finns en väl fungerande kontroll av narkotikaklassade läkemedel. Avvikelser tas upp och hanteras enligt föreskrifter. Vid allvarliga avvikelser informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Delegeringsarbetet fungerar väl och följer gällande riktlinjer.

Teammöten på avdelningarna ska bestå av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal samt även vid vissa tillfällen gruppleddare och biträdande enhetschef. Teammöten ska genomföras varannan vecka per avdelning för att gemensamt komma fram till bästa förhållningssätt, bemötande och resursanvändning för en god och säker vård. Patienter som är boende på Gamlebo ska ha en trygg tillvaro och en omsorg av god kvalitet. För 2022 har verksamheten inte kunnat genomföra teammöten enligt intentionen och aktiviteten är därför under uppmuntran.

Patienter på verksamheten har haft möjlighet att besvara en brukarenkät vars resultat är analyserat och handlingsplan framarbetat på arbetsplatsträffar och framgår i verksamhetsplanen.

Patientsäkerhetsenkät har genomförts av medarbetare som arbetar omvårdnadsnära och resultatet har analyserats på arbetsplatsträffar. Resultatet visade på att det finns ett lågt anseende hos medarbetare om att man arbetar patientsäkert. Enkäten ska ligga till grund för strukturerat patientsäkerhetsarbete. Handlingsplan har uteblivit detta år.

Fortsatt arbete har gjorts för att patienter som har Hepatit C ska länkas till infektionsmottagningen på KS Huddinge sjukhus och där få behandling för smittan.

Fortsatt arbete har gjorts för att boende ska motiveras till att ta del av det mobila tandvårdsteamet från Oral Care, vilket inneburit att merparten av alla boende någon gång under 2022 munhälsobedömts eller besökt tandhygienist/tandläkare.

Pandemin för covid-19 har haft påverkan under första hälften av 2022. För andra halvåret har verksamhetens arbete inte påverkats negativt av pandemin och verksamheten har kunnat återgå till ett normalläge. Vaccinationsläget är gott, majoriteten av de boende har fått fem doser.

Kontinuerligt arbete med att lägga in allvarliga avvikelser i VODOK (dokumentationssystem) fortgår och följs upp av MAS på regelbundna möten.

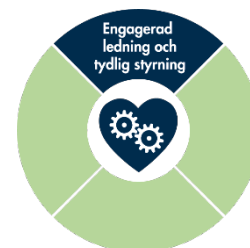
Verksamheten fortsätter att ha flertal patienter med substitutionsbehandling för de tunga missbrukare som är anslutna till ett program såsom via LARO eller Resursteamet. Under 2022 hade verksamheten tre patienter med etablerad Metadonbehandling.

Verksamheten har under 2022 påbörjat öppenvård för substitutionsbehandling för en patient tidigare boende i syfte att möjliggöra utskrivning till egen lägenhet i samverkan med LARO och ansvarig handläggare. Vidare har verksamheten påbörjat regelbunden vätskeinfusion i subcutan venport för en patient. För säkerställa säkerheten av hantering av denna har ASIH varit här och undervisat vid två tillfällen. Skötsel av venporten görs enligt anvisningar i Vårdhandboken. Insatserna har möjliggjort att verksamheten kan fortsätta erbjuda patientsäker vård i större omfattning än det tidigare har varit möjligt.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård på Gamlebo 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 §

Socialnämnden ska på Gamlebo vård- och omsorgsboende – profil bedriva en jämlik vård. Patienter som bor här ska erbjudas en god och säker vård genom ett aktivt patientsäkerhetsarbete.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Biträdande enhetschef och tillika verksamhetschef har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav medicinsk ansvarig sjuksköterska ställer, utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Ansvaret innefattar att omvårdnadspersonal och sjuksköterskor ska identifiera avvikelser och agera förebyggande med risker som föreligger i verksamheten. Vidare innefattar ansvaret att hantera och följa upp avvikelser som har inträffat samt utveckla rutiner som kräver förändring för att motverka att nya avvikelser inträffar.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för att det finns rutiner för:

Att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det, att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna, att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och

sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen

Att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.

Att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

Sjuksköterskor följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete samt utför risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Sjuksköterskor samråder och har möten med MAS som stöd i sitt arbete.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Enligt gällande regelverk ska det finnas en samverkansöverenskommelse upprättad med landstinget avseende läkarmedverkan. Överenskommelsen ska reglera insatsernas omfattning och innehåll, bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning och medicinsk vårdplanering. En allmänläkare finns på plats en förmiddag varje vecka. Läkaren nås även dagligen på telefon. Det bör finnas överenskommelsen att en psykiater ska vara tillgänglig för konsultation med besök på boendet var 14:e dag. Frågan är under pågående hantering med läkarorganisationen Familjeläkarna och Region Stockholm har inte heller i år kunnat fullfölja det åtagandet. Verksamheten är negativt inställt till att överenskommelsen har brustit under flertal år till nackdel för patienter med komplext stödbehov och där geriatrisk kompetens är otillräcklig.

Patienter på Gamlebo har fri medicin, kostnaden står verksamheten för. Att en verksamhet bekostar mediciner avviker från normen inom äldreomsorgen. Anledningen är att verksamheten har patienter som till följd av substansanvändning och livsstil inte självmant kan tillhandahålla medel för att bekosta egen medicinering. Eftersom behovet är så pass viktigt har verksamheten valt att bekosta medicineringen under boendetiden.

Bemanning av sjuksköterska under jourtid utförs med ett avtal med närliggande äldreboendet Stureby vård- och omsorgsboende kvällar, nätter och helger. Gällande tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut finns ett avtal med Stureby Rehab.

Vi har under 2022 haft många boende med ett ökat omvårdnadsbehov och vi har därför utvecklat vårt samarbete med fysioterapeut och arbetsterapeut, de ingår nu något mer naturligt i teamet kring dessa boende men mer på konsultbasis.

För att underlätta samarbete mellan olika aktörer samt göra de boende delaktiga försöker Gamlebo ha samordnade individuella planer. Mycket av kontakten med anhöriga, god man/förvaltare sker via telefon/mail eller på plats av kontaktpersonen. Verksamheten har påbörjat en öppenvårdsinsats i samverkan med LARO och ansvarig handläggare i syfte att

samverka kring planerad utskrivning av en patient som har tidigare varit boende. Insatsen är pågående.

Ett sätt för verksamheten att kunna påverka intaget av alkohol/andra substanser är att samarbeta med handläggare gällande hyresinbetalningar. Om det finns mer press på patienten att göra rätt för sig så återstår mindre medel att lägga på skadliga substanser. Ett stort motivationsarbete följer med detta men har visat sig ge ett gott resultat i flera fall.

Regelbundna teammöten har inte genomförts enligt årsmålet, aktiviteten genomförs sporadiskt till följd av olika faktorer. Försök har vidtagits till att återuppta insatsen regelbundet. Syftet med teammöten kvarstår - att stärka kvalitet och säkerhet i patientarbetet med bland annat genomgång av patientens hälso- och omvårdnadsbehov, riskanalyser och diskussion om förbättringsarbete kring vård och omsorg av patienten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Patientsäkerheten ska säkerställas med att de uppgifter som finns dokumenterade ska vara överskådliga och vårdprocessen bör hållas samman. Journalgranskning har inte gjorts i år men verksamhetens två sjuksköterskor har som praxis att läsa regelbundet varandras journal och har dialog kring dokumentationen. I dagsläget finns det vissa brister i dokumentation av rehabinsatserna i patientens vårdplan. Rehab konsulterna är ännu inte så pass väl integrerade att arbetet görs enligt verksamhetens ambition.

En god säkerhetskultur

Alla medarbetare på verksamheten har kunskap om rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedömts som allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning till om informationen förs vidare till överordnad chef och uppdragsgivaren. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse rapporteras detta till medicinsk ansvarig sjuksköterska.



Boendet har inte haft någon Lex Maria under 2022.

Vid inflyttning och över tid genomförs relevanta riskbedömningar av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid identifierad risk upprättas normalt en hälsoplan som kontinuerligt följs upp. Verksamheten har en inbyggd svårighet att förebygga fall och undernäring då patienter som bor här ofta har ett pågående substansbruk. Många av fallen beror på berusning och det finns svårigheter att kunna följa upp patienternas näringsintag. Många har under lång tid levt som hemlösa med substansbruk och flertalet har psykisk ohälsa. Matvanorna är ofta annorlunda än på ett vanligt boende för äldre. Vid fall och där risk för fall föreligger görs bedömningar av sjuksköterska om lämpliga fallpreventiva insatser i den utsträckning som patienten kan medverka och där insatser inte bidrar till en större risk eller oacceptabel begränsning på integriteten.

Det finns en pågående dialog mellan MAS, sjuksköterska och verksamhetschef för rådgivning och för att hitta en bra nivå i riskbedömningar och åtgärder i relation till den målgrupp som verksamheten vänder sig till.

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 aktivt erbjudit omvårdnadspersonal och sjuksköterskor möjligheten att identifiera områden för kompetenshöjande insatser och att genomföra utbildningstillfällen som stärker kompetens inom vårdyrket under 2022. Målet är att kompetenshöjande insatser delas med i verksamheten och att medarbetare lär ut av varandra.

Verksamheten har årlig utbildning i vårdhygien och det finns sedan tidigare en hygiengrupp av ombud vars uppdrag är att arbeta för att verksamheten ska öka hygienkontroll och säkerhet i patientnära arbete. Vidare har verksamheten forum för teammöten där teamet kan bidra med utbyte av kunskap och erfarenhet till kollegor. Både hygiengruppen och teammöten har varit eftersatt 2022 men ambitionen finns kvar för 2023.

Verksamhetens 1 omvårdnadspersonal utan undersköterskeutbildning erbjuds aktivt att genomföra kompetenshöjande utbildning för att få stärkt utbildningsnivå. Verksamheten bedömer att vårdbiträdet har adekvat kompetens att utföra omvårdnadsnära arbete men att det finns möjlighet till ökad patientsäkerhet genom kompetenshöjande insatser.

4 omvårdnadspersonal och 1 sjuksköterska har under 2022 genomgått sårutbildning med syfte att höja kompetens om aktuell forskning och arbetsmetoder för sårbehandling. Utbildningen har resulterat i ändring i val av material och behandling vid sår.

1 omvårdnadspersonal har genomfört vidareutbildning i Undersköterska steg 3 och 4 med goda resultat under 2022.

Utbildning i neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är pågående och har som syfte att omvårdnadspersonal ska delta i att identifiera utmaningar i verksamhetens bemötande och förhållningssätt till patienter med avvikande beteende och formulera förbättringsarbete som bidrar till bättre vårdkvalitet.

Verksamheten har som fortsatt ambition att kompetenshöjande insatser ska erbjudas. Verksamheten har som mål att medarbetarna själva identifierar kompetenshöjande insatser som bidrar till säker vård.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

På Gamlebo är det en grundläggande förutsättning för en säker vård att patienten och de närstående görs delaktiga. 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.



Att patienten är medskapare genomsyrar verksamhetens värdegrund. Verksamheten arbetar enligt Bostad först-principerna för stadens äldre hemlösa som en del av Socialförvaltningen.

Medarbetare har därför som styrning att arbeta enligt 6 principer som innefattar skademinskning, deltagarstyrt stöd, rätten till val och självbestämmande, skiljer på boende och behandling, aktivt engagemang utan tvång och fostran samt stöd riktad till återhämtning. Patienter som är boendes på verksamheten ska därför göras delaktiga i sin vård och det kan innebära att patienter inte fullföljer medicinering eller behandlingar som föreskrivs. Att bo på Gamlebo är inte förbehållet till att patienten samtycker till behandling av substansanvändning eller är nykter. En viktig förändring som tidigare har genomförts med de 6 principerna är att verksamheten inte är en behandlande institution för substansanvändning och att behandling av substansanvändning görs i samverkan med andra aktörer via Region Stockholm och ansvarig handläggare istället.

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har som uppdrag att utföra vård och omsorg i samråd, med samtycke och med delaktighet av patienten som bor på Gamlebo. Patientens möjlighet till självbestämmande och att boende inte villkoras innebär att verksamheten inte alltid kan fullfölja planering av vården för alla. I största möjliga mån ska därför medarbetare identifiera och arbeta med skademinskning.

Delaktigheten i vården för anhöriga är sparsam i verksamheten. Detta då det finns få patienter som har en varaktig relation till anhöriga eller där anhöriga är involverade i vården av sin närstående. Där anhörigkontakt är möjlig erbjuds kontinuerlig dialog och möjligheten att vara involverad av medarbetarna. Eftersom patienten har möjligheten att neka insyn för anhöriga kan det bidra till att anhöriga inte görs delaktiga.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll av olika delprocesser och rutiner genomförs regelbundet av verksamhetschef och sjuksköterskor, till exempel kontrollräkning av narkotika klassade läkemedel och uppföljning av delegerade arbetsuppgifter. Statistik förs över vårdrelaterade infektioner och fall.

Resultat av internkontroller 2022 samt egenkontroller

Gamlebo är inte ett renodlat vård- och omsorgsboende med hänsyn till den patientgrupp som bor här. Efterföljsamhet och delaktighet i vården varierar bland patientgruppen och verksamheten har inte strukturerad användning av egenkontroller i större omfattning likt ett sedvanligt vård- och omsorgsboende. Som exempel använder inte verksamheten senior alert däremot mäter verksamheten fall och läkemedelsavvikelser. I de fall där behov finns mäter verksamheten nutrition, vätska, avföring med mera och använder det huvudsakligen som ett verktyg i att bättra patientens status. Det finns inte strukturerade egenkontroller på dessa mätningar men verksamheten bedömer att personalen sköter kontrollerna enligt ordination.

Fall

Verksamheten har avvikelserrapportering i skriftlig form som lämnas in till sjuksköterska vid varje fall. Fallavvikelserna sammanställs och redovisas månadsvis vid arbetsplatsträffar med genomgång. Fall som har inträffat lyfts också vid dagliga rapporteringstillfällen i teamen för agerande och uppföljning.

| | Antal fall totalt | Påverkan av alkohol eller andra substanser | Fall som orsakade fraktur eller sjukhusvård |
|------|-------------------|--|---|
| 2021 | 333st | 289 st | 1 st |
| 2022 | 214 st | 198 st | 2 st |

Verksamheten har en hög fallfrekvens och merparten av fallen utgörs av specifika patienter som har fall under påverkan av återkommande substansanvändning så som alkohol eller droger. En positiv trend är att antal fall har minskat med mer än 100 st och att endast 9 st fall har inneburit en skada så som blåmärke eller sår i ansikte, två fall till sjukhus för stygn och inga frakturer. I det mån som det går arbetar verksamheten med fallprevention och förebyggande insatser. Möjligheten att arbeta fallpreventivt är begränsat av patientgruppens vilja till medverka och varierar därför i utfallet.

Egenkontroller

Under första halvåret 2022 har verksamheten fokuserat på följsamhet i rutiner och samverkan med läkarorganisation och MAS för covid-19 och risk för ökad smittspridning. Verksamheten har god vård och användning av verktyg för avföringslistor, nutrition och vätskekontroller på individnivå. Däremot saknar verksamheten ett strukturerat ledningssystem som följer egenkontrollerna på gruppnivå.

Följsamhet basal hygien

Ingen egenkontroll eller punktprevalensmätning har genomförts 2022. Till följd av pandemin har verksamheten haft ett förhöjt medvetande och följsamhet för basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. Vidare har verksamheten en hygiengrupp vars uppdrag är att kartlägga och utveckla verksamheten i följsamhet.

Säker läkemedelshantering

Verksamheten har avvikelserapportering i skriftlig form som lämnas in till sjuksköterska vid läkemedelsavvikelser. Följsamheten i rutinen har varit under uppmuntran och följts upp under 2022 efter inträffad läkemedelsavvikelse.

| | Antal läkemedelsavvikelser | Allvarlig påföljd för patienten |
|------|----------------------------|---------------------------------|
| 2021 | 12 st | 0 st |
| 2022 | 14 st | 0 st |

Av verksamhetsårets 14 läkemedelsavvikelser så har 10 st handlat om att den boende inte fått någon dos (att det har missats att ge eller att dosen varit borta). Vid två tillfällen fick en boende en annan boendes dos men utan synlig påverkan. Vid ett tillfälle missades en injektion av blodförtunnande läkemedel men utan synlig skada. Vid fyra tillfällen saknades vid behov medicin när den räknades. Två av dessa skedde under samma helg vilket föranledde samtal med MAS och införande av skärpt kontroll av dessa narkotiska preparat. Svinnet har inte upprepats.

Verksamheten har goda arbetsmetoder för att uppmärksamma riskbeteende och strategier för att undanröja risker för läkemedelssvinn.

Vid sjuksköterskornas månatliga räkning av den narkotika som förvaras på deras läkemedelsexpedition noterades inget svinn.

Ingen läkemedelsgranskning från apoteket har genomförts under 2022 men planeras till kommande år.

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 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



I verksamheten dokumenteras avvikelser skriftligt till sjuksköterska och dokumentationsförs i VODOK. Uppföljning av avvikelserna och utredning görs av sjuksköterska och kommuniceras till omvårdnadspersonal. Inga allvarliga tillbud noterades, såsom Lex Maria eller fallfrakturer.

Inte heller har några trycksår noterats. Ett skoskav som ledde till sår på en tå noterades och åtgärdades.

Vid de nämnda läkemedelsavvikelserna så talade sjuksköterskan först med den personal som jobbat för tillfället, därefter togs avvikelserna upp på APT.

Avvikelse som har inträffat i relation med annan huvudman har hanterats med berörd enhet. Som utförare av beredskapssjuksköterskorna kvällar, nätter och helger har Stureby vård- och omsorgsboende orsakat 2 st avvikelser där visuell observation uteblivit och omvårdnadspersonal instruerats felaktigt vid 2 st olika fall. Verksamheten respektive Stureby vård- och omsorgsboende har utrett händelserna separat och berörd enhet har vidtagit nödvändig åtgärd.

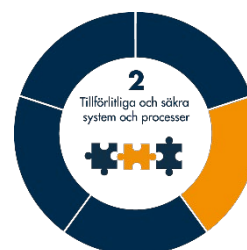
Verksamheten är noggrann att tömma de gula behållare för stickande föremål, där personalen lägger tex insulinålar och som förvaras vid medicinvagnarna, så att de inte blir för fulla och med det ökad risk för stickskada för patienter. Inga sådana stickskador noterades 2022.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Likt 2021 har 2022 handlat mycket om att skydda patienter och medarbetare från Covid-19. Skyddsutrustning har alltid funnits tillgänglig och hygienrutinerna har skärpts. Ett bevis på att det har fungerat är att Gamlebo endast haft två konstaterat fall av Covid-19 2022. Provtagning har dock skett på många, dels vid misstänkta symtom men även efter externa inläggningar på sjukhus eller vid inflyttning.

Kontaktsmannskapet är väl utvecklat på verksamheten och riskanalys ur ett brukarperspektiv genomförs enligt rutin och dokumenteras av kontaktpersonen i den sociala akten. Kontaktpersonen och ansvarig sjuksköterska har ansvar i att formulera och kommunicera



planering till medarbetare och följa upp resultatet. Teammöten är därför ett fortsatt forum där medarbetare kan samlas i team och samverka i att patienter får jämlik vård och omsorg.

Fortsatt arbete kring tydliga lokala rutiner gällande hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för att säkerställa patientsäkerheten då beredskapssjuksköterska/timvikarie ersätter ordinarie sjuksköterska.

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.



Pandemin för covid-19 har påverkat allt arbete i vård- och omsorgsförvaltningen vilket har gjort att de planerade målen och strategierna för 2022 inte har genomförts fullt ut. Arbete som har utförts för säker vård är;

- Revidering av rutiner och säkerställa vård vid covid-19 eller provtagning av covid misstänkta.
- Regelbunden avstämning med MAS som uppdaterar om ändrade rutiner och förhållningssätt.
- Vaccinering av patienter boendes på Gamlebo, totalt 26 st patienter har genomfört 5 doser vaccin för covid-19 av totalt 29 st.
- Digital utbildning i basal vårdhygien.
- Rapportering till Socialstyrelsen om aktuellt läge med misstänkt smittade och bekräftad smitta av covid-19 (avslutat hösten 2022).
- Gamlebo arbetar aktivt med att försöka uppmuntra de boende som har Hepatit C att ha en regelbunden kontakt med infektionsmottagningen på Huddinge sjukhus och fullfölja läkemedelsbehandling för att bli botade. Under 2022 blev två boende helt utläkta från sin Hepatit C.
- Under 2023 har vi planer att anmäla en till boende för hepatitbehandling.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

2022 och 2021 har verksamheten ingen Lex Maria eller Lex Sarah.

Verksamheten har identifierat följande risker;

- Brandrisken är en vanligt förekommande risk då många av de patienterna är rökare. Hela personalstyrkan har därför varit på brandutbildning 2018 och nytt tillfälle genomförs 2023. Brand har inträffat 2022 utan att någon patient tagit skada. Branden inträffade till följd av rökning och verksamheten har innan branden identifierat risk och vidtagit möjliga åtgärder för att stävja risken. Tyvärr har det inte kunnat undvikas att branden inträffade trots riskarbetet. Verksamheten har fortsatt arbeta med att få bort rökningen inomhus på rummen men det har inte lyckats. I enskilda fall har verksamheten lyckats men det finns ingen fortsatt planering i dagsläget för nya ändringar. Risken för en ny brand är låg trots att det förekommer stort antal rökare. Risken bedöms som låg då det finns få som uppvisar ett riskbeteende. Verksamheten arbetar aktivt med tillsyn och stöd för patienter med riskbeteende.
- En annan risk är våld mellan patienterna. Ett sätt att hantera det är löpande motiverande samtal från medarbetare och lågaffektivt bemötande. Verksamheten har väktare som kan larmas för att stoppa en våldsincident om det skulle uppstå. Ingen boende under 2022 blivit utskriven till annan verksamhet pga. upprepade hot och vålds situationer. Risken för våld och hot bedöms som låg. Hot förekommer i viss utsträckning men är sällan personspecifikt utan främst orsakad av psykiatriskt mående, substanspåverkan eller agitation. Risken för våld är låg då verksamheten har tydliga förhållningssätt, lågaffektivt bemötande och stödinsats av väktare som avskräcker att en patient utövar våld mot en annan person.
- Risken för våld eller hot av personal gentemot patienter är låg i verksamheten och risken förebyggs av att verksamheten utbildar och arbetar med lågaffektivt bemötande.
- Verksamheten har ett aktivt samarbete med Oral Care, där uppgiften är främst att motivera patienter till att ta emot vård från tandläkare och tandhygienist. Detta är viktigt eftersom de boende tillhör en grupp som har eftersatt munhälsa och där nedsatt munhälsa är en risk för försämrat mående, infektioner och andra komplikationer. Risken för bristande munhälsa och allvarliga konsekvenser finns. Merparten av patienterna får besök av Oral Care men har sedan tidigare nedsatt munhälsa och svåra hälsobesvär som gör det svårt att förhindra fortsatt försämrad munhälsa. Risken för allvarliga infektioner är däremot låg, medarbetare har god kännedom om status i merparten av fallen.
- Verksamheten har risk med smitta av resistent bakterier inklusive MRSA. Följsamhet av basala hygienrutiner och anpassning av vårdarbetet ställer höga krav på medarbetare för att säkerställa att smitta inte sker genom kontaminering. Risken för kontaminering är låg i dagsläget. Medarbetare har skyddsmaterial och rutiner för att undvika kontaminering och det finns en god delaktighet i följsamhet av restriktioner av berörda patienter.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Under 2022 hade ett antal områden kunnat identifieras som kräver extra insatser från verksamheterna. Fortsatt motivationsarbete med att patienter genomgår Hepatit C behandling. Fortsatt samarbete med Oral Care för att motivera patienter till undersökningar och behandlingar. Detsamma till att de ska ta emot läkarhjälp från boendets läkare samt uppmuntran till att sköta sin medicinering.

Fortsätta undersöka frågan om psykiatrikompetens. Kompetensutveckling för omvårdnadspersonal.

Avvikelser

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

Verksamheten har inte genomfört verktyget för stärkt patientsäkerhet och det finns därför ingen plan på fortsatt utveckling av befintligt avvikelssystem. Avvikelser rapporteras till sjuksköterska som dokumenterat inträffade allvarliga avvikelser och utredningar i VODOK. Avvikelsen hanteras i teamet och har under 2022 inte föranlett revidering av befintlig rutin. Möten har genomförts med sjuksköterska och MAS under 2022 för att stämma av uppdragsbeskrivning, verksamhetens förutsättningar och hur avvikelser hanteras.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten har inte tagit emot några synpunkter eller klagomål gällande vårdinsatsers utförande eller konsekvenser av uteblivna eller felaktigt utförda insatser. Verksamheten har tyvärr inte haft någon patient som upprättat synpunkt eller klagomål kring vårdinsatsers utförande under 2022. Medarbetare har kännedom om rutin för synpunkter och klagomål och det är medarbetare som har skyldighet att informera om möjligheten.

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 har utarbetat nya styrdokument 2022 för beredskap, kontinuitet och krishantering som kan påverka utförandet av vården.
- Kompetensutveckling har genomförts inom sårbehandling för att förnya kunskap om utförande och material som bör användas för god vård.
- Verksamheten har tagit del av stimulansmedel 2022 som har stärkt upp buffert av behandlingsmaterial samt införskaffat material enligt aktuell evidens.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamheten har som uppdrag att ge god och säker vård för äldre som har levt i hemlöshet och där det kan förekomma psykisk ohälsa, komplex vård och omsorgsbehov samt bruk av alkohol och narkotika. Verksamheten vänder sig därför till en patientgrupp som är under ständig förändring och där nya utmaningar uppkommer. 2022 har verksamheten behövt ställa om sig till nya utmaningar och har lyckats med goda resultat med bland annat kontinuerliga infusioner och öppenvårdsinsats. Verksamheten har tydliga mål och strategier för 2023.

Psykiatrisk kompetens

Verksamheten har en allt större andel patienter som flyttar in med psykisk ohälsa där stödbehovet och behov av vård är komplext. Det finns för verksamheten en överenskommelse om psykiatrikompetens för läkare vilket har uteblivit under flertal år. Verksamheten ser allvarligt på detta och det finns en pågående dialog om detta för att hitta en lösning.

Verksamheten har fortsatt ambition att satsa på kompetensutveckling för omvårdnadspersonal i psykiatriska diagnoser och psykisk ohälsa.

Missbruk

Verksamheten ser en fortsatt förändring av förekomsten av narkotika i samhället och vilken effekt det har på den äldre. Det finns därför ett behov av att verksamheten satsar på kompetensutveckling för medarbetare i att identifiera och förstå sambandet mellan substansanvändning och hälsoeffekter.

Kompetensutveckling i vård och omsorg

Verksamheten har fortsatt höga ambitioner att utveckla sjuksköterskan och omvårdnadspersonalens evidens i vård och omsorgsarbete. Vårdyrket är under ständig utveckling och nya arbetsmetoder, val av behandlingsmaterial och rön kan ge stor effekt på kvaliteten i vårdinsatsen för patienten. Utöver att verksamheten eftersöker nya utbildningsinsatser och samverkar med Äldreförvaltningen för stimulansbidrag så har verksamheten initierat studiebesök på kliniska träningscentret (KTC) på Högdalens vård- och omsorgsboende. KTC är en form av verksamhet som det satsas på i kommunen. På KTC ges möjligheten till utbildning i praktiskt vård och omsorgsarbete med syfte att stärka kompetensen med beprövad evidens. Vidare ges det möjlighet på KTC att arbeta strukturerat med introduktioner av nyanställda och delegering av arbetsuppgifter. Verksamheten kommer följa det här noga under 2023 med ambitionen att kunna ingå i pilotförsöken innan det blir allmänt för alla utförare i kommunen.

Teammöten

Samarbetet i teamet kring den äldres vård och omsorgsbehov är väsentligt för att säkerställa att medarbetare identifierar risker och inträffade avvikelser. Samarbetet främjar utredning och åtgärder av inträffade avvikelser och undanröjande av risker. För att ha ett bra samarbete och tillit i teamet finns det fortsatt behov av att arbeta med den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Verksamheten har ett pågående arbete med hög sjukfrånvaro, rutinutveckling och handledning i syfte att stärka samarbetet i teamet.

Patientsäkerhetsverktyg

Verksamheten har påbörjat att använda analysverktyget 2022. Däremot har implementering av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet med det nya analysverktyget inte genomförts enligt avsikten. Verksamheten har därför inte använt kartläggning, analys och åtgärder i den önskade utsträckning och det kan innebära att det kan finnas ytterligare risker och förbättringsområden som verksamheten inte har identifierat 2022. För 2023 är ambitionen att arbetet med patientsäkerhet i verksamheten ska utföras enligt den nationella handlingsplanen. Strategin för att nå det är under pågående arbete.