

Patientsäkerhetsberättelse

för Gamlebo vård- och omsorgsboende - profil

År 2023



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 2023 | 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 | 13 |
| Säker vård här och nu | 13 |
| Riskhantering | 14 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | 15 |
| Avvikelse | 15 |
| Klagomål och synpunkter | 15 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 16 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR | 16 |
| Psykiatrisk kompetens | 16 |
| Missbruk | 16 |
| Kompetensutveckling i vård och omsorg | 16 |
| Teammöten | 17 |
| 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. För 2024 är ambitionen att fortsätta utredningsfrågan avseende vårdgivaransvaret och ledningssystem. Gamlebo har 2 sjuksköterskor som arbetar heltid, vilket ger bra förutsättningar för bland annat utveckling av kvalitetsarbete samt säkerhetsställandet av patientsäker läkemedelshandling. 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 2023

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 eller biträdande enhetschef. Teammöten är till för att hela personalgruppen på avdelningen ska 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. Eftersom det grundläggande arbetssättet med personcentrerad omvårdnad, där det närmaste teamet kring patienten är kontaktpersonen, den boende själv, läkaren och sjuksköterskan, har löpt på bra, så har dessa större teammöten inte behövts under året. För 2023 har dock verksamheten haft fortsatt uppmuntran till dessa möten när behov har förelegat.

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 inte genomförts av medarbetare som arbetar omvårdnadsnära detta år. Enkäten ska ligga till grund för strukturerat patientsäkerhetsarbete och ses över till 2024.

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. Verksamheten har ett samarbete med infektionsmottagningen och har bland annat haft besök av mottagningen för att informera patienter och personal om smitta och erbjuda testning.

Fortsatt arbete har gjorts för att boende ska motiveras till att ta del av det mobila tandvårdsteamet från Oral Care, vilket har inneburit att merparten av alla boende någon gång under 2023 munhälsobedömts eller besökt tandhygienist/tandläkare.

Pandemin för covid-19 har inte haft påverkan 2023. Verksamhetens arbete har inte påverkats negativt detta år. Vaccinationsläget är gott, majoriteten av de boende har fått sju doser.

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

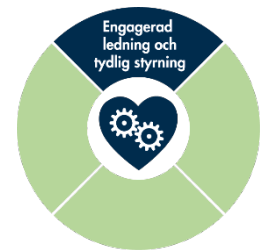
Verksamheten fortsätter att ha flertal patienter med substitutionsbehandling för tungt missbruk och där patienter är anslutna till ett program såsom via LARO eller Resursteamet. Under 2023 hade verksamheten tre patienter med etablerad Metadonbehandling.

Verksamheten har fortsatt regelbunden vätskeinfusion i subcutan venport för en patient. För att säkerställa säkerheten av hantering av detta har ASIH undervisat vid två tillfällen 2022. 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 medicinskt 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. Sjuksköterskor har regelbunden kontakt och samverkan med patientansvarig läkare via Familjeläkarna. Dessutom ett nära samarbete med den boendes kontaktperson och eventuellt närstående, som också ingår i den äldres närmaste team.

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 fortsatt hantering med läkarorganisationen Familjeläkarna och Region Stockholm har inte heller i år kunnat fullfölja det åtagandet. Verksamheten är negativt inställt till att överenskommelsen har brutit under flertal år till nackdel för patienter med komplext stödbehov och där geriatrisk kompetens är otillräcklig.

För vissa patienter finns det etablerad vårdkontakt med öppenpsykiatri vilket uppmuntras för att patienter ska få bra stöd.

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 sin livsstil inte självmant kan tillhandahålla medel för att bekosta medicinering. Eftersom behovet är så pass viktigt har verksamheten valt att bekosta medicineringen under boendetiden vilket möjliggör att patienter kan fullfölja sina behandlingsplaner.

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.

Verksamheten har fortsatt det utvecklade samarbetet med fysioterapeut och arbetsterapeut från Stureby Rehab. Rehab ingår nu något mer naturligt i teamet kring patienten och utförandet av omvårdnaden på konsultbasis.

För att underlätta samarbete mellan olika aktörer samt göra patienter delaktiga eftersträvar Gamlebo samordnade individuella planer (SIP). Mycket av kontakten med anhöriga, god man/förvaltare sker via telefon/mail eller på plats av kontaktpersonen eller sjuksköterska. Verksamheten kommer att fortsätta utveckla samverkan med bland annat öppenvården för psykiatri för patienter med samsjuklighet.

Ett sätt för verksamheten att kunna påverka intaget av alkohol/andra substanser är att samarbeta med handläggare gällande hyresinbetalningar. Samarbetet görs i huvudsak av patientens kontaktperson och/eller sjuksköterska. 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.

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 2023.

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 och begränsad möjlighet att medverka med förebyggande insatser. 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 vårddyrket under 2023. 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. Hygiengruppen har varit eftersatt 2023 men ambitionen finns kvar för 2024.

2023 har ny lagstiftning trätt i kraft avseende legitimationskrav för undersköterskor som titel och i som krav för utförandet av kontaktmannaskapet. Sedan tidigare har verksamheten haft 1 vårdbiträde utan adekvat utbildning. Till följd av den nya lagen har verksamheten haft försvårade omständigheter att verkställa kontaktmannaskapet och den kvalitet som kontinuitet och personkännedom ger. Tidigare möjliga medel för fortbildning har uteblivit sedan slutet av 2022. Det finns därför begränsade möjligheter för verksamheten med kompetenshöjande insatser och säkerställa att intentionen med kontaktmannaskap uppfylls. I dagsläget utgör det ingen negativ påverkan på patientsäkerheten då det finns ett team av undersköterskor och sjuksköterskor som ombesörjer de olika delarna i kontaktmannaskapet. Dock har Gamlebo en lång tradition av starkt kontaktmannaskap och målet är att fortsätta så. Därför kommer kontaktpersonerna erbjudas att närvara vid fler läkarronder och alltid vid årshälsokontroller för sina respektive boende.

Utbildning i lågaffektivt bemötande och psykisk ohälsa har genomförts 2023 med syfte att omvårdnadspersonal ska delta i att identifiera utmaningar i verksamhetens bemötande och förhållningssätt till patienter med avvikande beteende. Målet är att verksamheten ska formulera förbättringsarbete som bidrar till bättre vårdkvalitet och bidra till kvarboende av patienten.

Verksamheten har som fortsatt ambition att kompetenshöjande insatser ska erbjudas. Som enhet tillhör Gamlebo Boendeenheten, Socialförvaltningen, där en kompetensinventering och planering är gjord för 2024. Bland annat har Boendeenheten identifierat utbildningsbehov för motiverande samtal, empatirötthet, fortsatt lågaffektivt bemötande, samt arbetsmetoder och förhållningssätt för ett självständigt liv vid psykisk ohälsa och samsjuklighet.

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. Den personcentrerade 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. I största möjliga mån ska därför medarbetare identifiera och arbeta med skademinskning. Att bo på Gamlebo är inte förbehållet till att patienten samtycker till behandling av substansanvändning eller är nykter.

Under 2023 har verksamheten haft handledning med fokus på boendepinciperna i syfte att främja konstruktivt förhållningssätt i arbetsmetoder, bemötande och handlingsplaner.

Handledningen har varit en del av att verksamheten ska ha kompetensen och förmågan att hantera avvikande beteenden och göra svåra bedömningar som säkrar patientsäkerheten och att patienten bor kvar och trivs.

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 avvikelserapportering 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 |
| 2023 | 161 st | 156 st | 0 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 53 st och att endast 3 st fall har inneburit en skada så som blåmärke eller sår i ansikte, noll fall till sjukhus för vård samt inga konstaterade frakturer. I det mån som det går arbetar verksamheten med fallprevention och förebyggande insatser. Möjligheten att arbeta fallpreventivt är begränsat av patientgruppens vilja till att medverka och varierar därför i utfallet.

Egenkontroller

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 och det tas inte fram handlingsplaner för ett sådant ledningssystem.

Följsamhet basal hygien

Ingen egenkontroll eller punktprevalensmätning har genomförts 2023. 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 läkemedelsavvikelse. Följsamheten i rutinen har varit under uppmuntran och följts upp under 2023 efter inträffad läkemedelsavvikelse.

| | Antal läkemedelsavvikelser | Allvarlig påföljd för patienten |
|------|----------------------------|---------------------------------|
| 2021 | 12 st | 0 st |
| 2022 | 14 st | 0 st |
| 2023 | 10 st | 0 st |

Av verksamhetsårets 10 läkemedelsavvikelser så har 3 st handlat om att den boende inte fått någon dos (att det har missats att ge eller att dosen varit borta). Vid 3 tillfällen fick patienten både morgon- och kvälldosen. Vid 3 tillfällen fick patienten fel dos tidsmässigt. Vi ett tillfälle var en allergitablett uttagen ur dospåsen.

Verksamheten har goda arbetsmetoder för att uppmärksamma riskbeteende hos personalen och strategier för att undanröja risker för läkemedelssvinn. 2023 noterades inget svinn av vid behov-medicin.

Vid sjuksköterskornas månatliga räkning av den narkotika som förvaras på deras läkemedelsexpedition noterades inte heller något svinn.

En läkemedelsgranskning från apoteket har genomförts under 2023 och där godkändes hanteringen av narkotika.

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 allvarliga trycksår noterats. Ett flertal boende har blivit alltmer omvårdnadskrävande och sängliggande. Tre patienter har noterats med början till trycksår, grad 1, och där har åtgärder satts in såsom mjukgörande salvor och behandlande madrasser.

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 inte varit inblandade i några avvikelser under 2023.

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. Vidare har verksamheten generös utdelning av behållare för alla patienter som brukar aktivt med nålar. 2 st stickskador har inträffat 2023 för personal och där verksamheten har vidtagit åtgärder för att minimera risk. En åtgärd har varit att införskaffa fler stickskyddshandskar och byta ut mot sådana som uppfyller klassificering enligt EN 388:2016. En annan åtgärd har varit handlingsplan så som att inte förvara skyddsmaterial hos patienter där risk för stick finns.

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.



Verksamheten har uppdagat brister kring kontaktmannskapet och att riskanalyser ur ett brukarperspektiv inte genomförs enligt rutin. Under 2023 har åtgärder vidtagits för att uppmärksamma bristerna och säkerställa att bristerna åtgärdas. Målet är att kontaktmannskapet åter ska fungera enligt intention 2024.

Kontaktpersonen och ansvarig sjuksköterska har ansvar i att formulera och kommunicera planering till teamet och följa upp resultatet. Dagsrapporter, storrappporter och teammöten är därför ett fortsatt forum där medarbetare kan samlas i team och samverka i att patienter får jämlik vård och omsorg.

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.



Efter 2021-2022 har verksamhetens arbete inte påverkats av covid-19. Tidigare års arbete med rutinutveckling och trygga patientsäker vård har fallit väl ut och i dagsläget har verksamheten återgått till ett normalläge. I dagsläget finns följande aktiviteter planerade för 2024.

- Fortsätta ha regelbundna avstämningar med MAS och uppdatera ändrade rutiner och förhållningssätt.
- Vaccinering av patienter boendes på Gamlebo, totalt 23 st patienter har genomfört 7 doser vaccin för covid-19 av totalt 29 st.
- Genomföra digital utbildning i basal vårdhygien.
- 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 2023 blev två boende helt utläkta från sin Hepatit C.
- Under 2024 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.

2021-2023 har verksamheten ingen Lex Maria eller Lex Sarah.

Verksamheten har identifierat följande risker;

- Brandrisken är en vanligt förekommande risk då en del av patienterna är rökare och några har påtagliga risker med bland annat sänggrökning. Hela personalstyrkan har därför varit på brandutbildning 2023 och det finns arbetsmetoder kring ökad tillsyn och andra riskhanteringar kring exempelvis sänggrökning så som brandfilt. Vidare har verksamheten initierat impregnering av textilier och lättantändliga ytor hos de patienter som har förhöjd risk i syfte att minimera risken för brand.
- 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 har under 2023 blivit utskriven till annan verksamhet pga. upprepade hot- och våldssituationer. Hot och i ett fall våld har förekommit i viss utsträckning och är i alla fall orsakad av psykiskt mående, substanspåverkan eller agitation. Risken för allvarligt våld är låg då verksamheten har tydliga förhållningssätt och lågaffektivt bemötande. Stödinsats av väktare avskräcker att hot ska eskalera eller att våld inte kan avbrytas när medarbetare upptäcker det.
- 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 patienterna 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 smitta av resistenta bakterier inklusive MRSA hos enskilda patienter. 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.



Verksamheten har inte ett aktivt analysarbete med handlingsplan enligt Socialstyrelsens föreskrifter för stärkt patientsäkerhet. Då det saknas ett ledningssystem och kapacitet att ombesörja detta så har frågan om vårdgivaransvar för verksamheten lyfts för utredning.

Under 2023 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.

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 2023 inte föranlett revidering av befintlig rutin. Möten har genomförts med sjuksköterska och MAS under 2023 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. Medarbetare har kännedom om rutin för synpunkter och klagomål och det är medarbetare som har skyldighet att informera om möjligheten. Verksamheten bedömer att det finns en god medvetenhet hos medarbetare om vikten att uppmärksamma avvikelser och lära av eller uppdatera rutiner vid behov. Verksamheten strävar efter att i största möjliga mån uppmuntra lärande och öppenhet kring utövandet av yrkesuppgifterna. Hantering av fel i utförande av insatser som misskötsamhet är restriktivt och hanteras på sådant sätt som behov föreligger för god och patientsäker vård. Genom att främja lärande och öppenhet ska medarbetare uppmuntras att fel eller brister ska uppmärksammas och hanteras korrekt där åtgärder behöver vidtas.

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 nya styrdokument sedan 2022 för beredskap, kontinuitet och krishantering som kan påverka utförandet av vården. I syfte att ha enhetliga och hanterbara rutiner för medarbetare har nya rutindokument tagits fram och reviderats under 2023.
- Verksamheten har tagit del av stimulansmedel 2023 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.

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 men där verksamheten inte längre planerar för att detta ska genomföras inom kommande år.

Verksamheten har fortsatt ambition att satsa på kompetensutveckling för omvårdnadspersonal i psykisk ohälsa och missbruk, samsjuklighet och förhållningssätt.

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 genomfört 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 har ambitionen att kunna ta del av detta kommande år.

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. Möten sker spontant i dagspasset två muntliga rapporter, på storrappporter och på handledning. Vid de tillfällen dessa inte räcker uppmuntras till större teammöten, där ideer om förhållningssätt, bemötande och patientförståelse ventileras. 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 inte använt Socialstyrelsen analysverktyg för stärkt patientsäkerhet. Verksamheten har därför inte använt kartläggning, analys och åtgärder i den önskade utsträckning och det kan innebära att det kan finnas ytterligare risker eller förbättringsområden som verksamheten inte har identifierat 2022-2023. För 2024 är ambitionen att fortsätta utredningsfrågan avseende vårdgivaransvaret och ledningssystem.