

Patientsäkerhetsberättelse
2020
Rådans Äldreboende

2021-02-03

Annika Gunnestad
Verksamhetschef

Sammanfattning

Rådans äldreboende drivs sedan november 2019 av AB Vårdstyrkan i Stockholm. Rådan har 52 lägenheter fördelade på sex avdelningar. Vi har 32 platser för personer med demenssjukdom och resterande är omvårdnadsboende.

Vårdstyrkan har sjuksköterska på plats på Rådan dygnet runt, detta för att kunna garantera ett gott omhändertagande och en hög patientsäkerhet för våra boende.

Vi registrerar i Senior Alert, BPSD och Palliativa registret.

Vi arbetar i enlighet med Sollentuna kommuns MAS och dennes riktlinjer och arbetar med kommunens avvikelshantering i form av blanketter och sammanställning.

Vi analyserar avvikelser och andra händelser systematiskt för att förhindra och förebygga risker i verksamheten.

Året har haft tuffa utmaningar och inte alls blivit som tänkt, Covid-19 har satt prägel på hela verksamheten och alla uppsatta mål har fått läggas åt sidan för det mer akuta uppdraget att hålla smittspridningen nere.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2020

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbete på Rådans äldreboende är att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet inom hälso- och sjukvård. Den ska vara av god kvalitet och följa riktlinjer från medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) samt överensstämma med gällande lagstiftning.

Rådans äldreboende följer Vårdstyrkans ledningssystem som innebär följande:

Målsättning för patientsäkerhetsarbete

- Alla arbetar förebyggande så att vård skada eller risk för vård skada aldrig uppstår
- Alla känner ansvar och anstränger sig för att göra rätt saker på rätt sätt.
- Alla känner sig trygga med att rapportera avvikelser och är införstådda med att avvikelser i de flesta fall orsakas av brister i rutiner och organisation
- Att avvikelser ses som möjligheter till förbättringar.

Strategier för patientsäkerhetsarbete

- Utbilda och starta palliativa team
Utvärdering: Ej genomfört
- Göra riskbedömningar för att förebygga fall, trycksår, undernäring samt händelser som kan medföra brister i verksamheten.
Utvärdering: Påbörjat men ej klart
- Upprätthålla god Vårdhygien
Utvärdering: Utbildning har skett kontinuerligt under året bl.a. genom att alla gjort de webbaserade utbildningarna i basala hygienrutiner och i Covid-19.
- Fortsätta arbeta med de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, Palliativa registret och BPSD samt även använda dessa register för att mäta vår egen

verksamhet.

Utvärdering: Genomfört och pågår.

- Arbeta vidare med att utveckla kontaktmannaskapet
Utvärdering: Uppfyllt delvis, utbildning påbörjad i december 2020
- Fortsätta utveckla Vårdstyrkans kvalitetsledningssystem
Utvärdering: Påbörjat men ej klart.
- Förbättra måltidssituationen genom observationer som gjorts av dietist och medarbetare.
Utvärdering: Observationer genomförda men uppföljning och arbetet med förbättringsarbetet ej påbörja med anledning av Covid

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Rådans äldreboende leds av en verksamhetschef som till sin profession är sjuksköterska.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret och ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. HSL 29 §
Verksamhetschefen har en ledande roll operativt i verksamheten, ser till att samtliga medarbetare följer företagets upprättade policys, riktlinjer och lokala rutiner.

Till sin hjälp har verksamhetschefen en enhetschef som arbetar 50%.

Verksamhetschefen arbetar aktivt tillsammans med sjuksköterskorna för att underlätta och främja gränsöverskridande samarbete mellan arbetsgrupper, enheter och befattningar.

Verksamhetschefen ser till att synpunkter och klagomål samt avvikelshanteringen är väl känd för medarbetarna samt informerar nya vårdtagare/kunder om denna.

Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och dietist har ansvar att utifrån sin profession följa gällande lagstiftning samt de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt att utföra den egenkontroll som följer med ansvaret SFA 2010:659 6 kap. 4§.

Patientansvariga sjuksköterskor med fördelat omvårdnadsansvar ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet. Sjuksköterskan har ansvar för att följa de riktlinjer som finns i ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt utföra den egenkontroll som följer med ansvaret.

Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournal-lagen (1985:562).

Att patienten får den vård och behandling som en läkare ordinerat om. Hon/han ansvarar även för att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande. I ansvarsområdet ingår bedömning, planering och utförande av

omvårdnad och medicinska insatser, dokumentation samt läkarkontakt. Hon/han ansvarar även för att planeringen för boende hålls samt att omvårdnadspersonal med adekvat utbildning och erfarenheter får delegering för givande av läkemedel.

I den lokala rutinen för läkemedelshantering på Rådans äldreboende som följer MAS:ens riktlinjer, är sjuksköterskorna dels namngivna och ansvarsområden specificerade.

En del av MTP-ansvaret är delegerat dels till paramedicinare dels till våra egna sjuksköterskor.

Arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar inom sina respektive yrkesområden för bedömningar, träningar och förskrivning av hjälpmedel och dokumentation. Vissa uppgifter som t ex träning har i vissa fall delegerats till omvårdnadspersonal med adekvat utbildning. Arbetsterapeut ansvarar för att säkerhetskontroller av medicinsk teknisk apparatur genomförs. Uppföljning och rapportering till Verksamhetschef sker regelbundet.

Dietist ansvarar för att tillsammans med sjuksköterskor se över att vårdtagarna får den kost dom behöver för att få i sig tillräckligt med näring för att orka med ett så aktivt liv som möjligt. Hon ser också över att alla livsmedelshygienkrav och egenkontroller runt livsmedel följs upp.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Riktlinjerna för delegering regleras i författningen "Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård" SOSFS 1997:14. Rådans äldreboende följer MAS:ens riktlinjer om hur en delegering ska göras.

Vårdstyrkan har en intern MAS/Vård- och omsorgschef som intern granskar verksamheten och är Rådans hälso- och sjukvårdspersonal behjälplig när behov finns.

Klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Vårdtagares och anhörigas synpunkter och klagomål är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. Inkomna synpunkter, klagomål och avvikelser utreds av verksamhetschef, vid allvarliga incidenter som kan falla inom ramen för anmälan enligt Lex Maria eller Lex Sara

Synpunkter, klagomål och avvikelser tas även upp i ledningsgruppen och på arbetsplatsträffar samt vid behov i ledningen för Vårdstyrkan.

Information om hur man lämnar ett klagomål eller synpunkt lämnas skriftligen vid

inflyttning men även vid andra träffar med närstående.

Blankett för Synpunkter och klagomål finns enkelt tillgänglig i verksamheten utan att man behöver fråga personal om den. Lämnas till personal på plats eller i låst brevlåda hos verksamhetschefen. Självklart går det också att lämna klagomål på andra vägar, via telefon eller e-post till sjuksköterskorna eller direkt till verksamhetschef.

All personal vet hur man tar emot ett klagomål.

När ett klagomål har inkommit till verksamhetschefen bekräftar denne det till den som lämnat klagomålet eller synpunkten, man kommer även överens om när och på vilket sätt och av vem som återkoppling kommer att ske av det inkomna klagomålet eller synpunkten. Återkoppling sker alltid, oavsett vad som än framkommer.

Om klagomålet eller synpunkten kan inverka menligt på patientsäkerheten hanteras det direkt.

Under 2020 har det inkommit några klagomål via mail men mest över telefon/muntligt. Klagomålen berör i huvudsak ämnen som synpunkter på städning eller bristande information och dåligt bemötande.

Vi tar alla klagomål på största allvar och återkopplar och involverar våra medarbetare i hanteringen av uppkomna klagomål för att bättre komma tillrätta med de brister som finns.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Rådan arbetar systematiskt med ett kontinuerligt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten utifrån Senior alert, avvikelserapportering, klagomålshantering, synpunkter och förbättringsförslag.

Risikanalys och arbetet med identifiera risker i verksamheten startar i och med att vårdtagaren flyttar in, riskbedömningar görs utifrån den enskilde och åtgärder och handlingsplaner utifrån den individuella riskbedömningen hanteras i samråd med den enskilde och av teamet som innefattar sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare och omvårdnadspersonal.

Sjuksköterska hanterar och följer upp risker i Senior Alert utifrån de indikatorer som finns där för fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

Risker finns i högre grad hos en vårdtagare med demensdiagnos utifrån att denne kan skada sig själv eller ha ett sådant beteende så att det finns risk för detta ex avviker från boendet, äter olämpliga saker, detta innebär alltid en individuell handlingsplan för den enskilde.

Avvikelser, synpunkter och klagomål och negativa händelser åtgärdas eller förbättras direkt så att det inte leder till vårdskador eller andra eller ytterligare tillbud av samma art.

Vi förebygger risker med MTP genom årliga och återkommande kontroller och service av vård-sängar och liftar som utförs av certifierade kontrollanter.

Andra medicinsk tekniska produkter följs upp och kontrolleras årligen, dessa ersätts

eller repareras vid behov.

Rutiner för egenkontroll, vilken egenkontroll som genomförts under året samt hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 § SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Egenkontrollen ska genomföras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Uppföljning i det nära kvalitetsarbetet består av kontroller/tillsyner och reflektion. Till tillsyner och kontroller hör dels våra interna kontroller och tillsyner dels de externa, men också interna och externa kvalitetsmätningar i form av olika enkätundersökningar. Frågeställningarna i de årliga enkäterna, till medarbetare, vårdtagare och närstående, utgår ifrån de begrepp som finns i kvalitetsledningssystemet Full Fokus. Egenkontroller och reflektion utförs både lokalt i respektive verksamhet och övergripande.

Det års hjul som varje år tas fram för respektive verksamhet gällande bl.a. internkontroller har under 2020 varit svårt att följa med anledning av Covid.

Egenkontroller som genomförts under året

Jämförelse av verksamhetens resultat med uppgifter från nationella och regionala kvalitetsregister

Jämförelse av verksamhetens egna resultat i öppna jämförelser samt i jämförelse med andra likvärdiga eller jämförbara verksamheter.

Kontroll och service vid behov av MTP

Årlig kontroll och service vid behov av alla vård sängar och liftar – flertalet sängar och alla takliftar byttes under 2020.

Egenkontroll dagligen av livsmedel och temperatur både i levererad mat och i kyl och frys

Egenkontroll av Sol och HSL dokumentationen, kontroll att genomförandeplaner är uppdaterade och aktuella.

Regelbunden uppföljning och analys av avvikelser HSL fall, trycksår och läkemedel.

Brandskydd, egenkontroll SBA.

Kontroll av måluppfyllelse mot avtalet

Rutiner för händelseanalyser vid allvarlig händelse (ex Lex Maria)

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Det systematiska förbättringsarbetet bygger på att vi inhämtar information om händelser i verksamheten, dvs avvikelser, synpunkter och klagomål men även tillbud.

Dessa sammanställs och vid behov görs en händelseanalys där det framgår vilken allvarlighetsgrad händelsen har. Till hjälp för detta använder vi Nolans förbättringsmodell, PDSA, för att omsätta det vi kommer fram till i analysen av händelser och annat.

Verksamhetschefen ansvarar för att denna analys blir gjord och att man använder sig av fynden för att förbättra verksamheten. Återkoppling blir i forma av nya rutiner, ändrade arbetssätt eller på möten såsom kvalitetsmöte, APT eller avdelningsmöten.

De vanligaste avvikelserna/incidenter i verksamheten, samt totala antalet i varje kategori

Läkemedelshantering: Totalt 92 st. De absolut vanligaste avvikelserna är sena signeringar av givna läkemedel, att man signerar de som ligger i "sin" slinga i en klump istället för att signera var för sig i direkt samband med given dos. Detta har heller inte redovisats fullt ut i månadsstatistiken då det varit svårt att räkna ihop det på rätt sätt.

Fall: Totalt 47 st. Det vanligaste är nog att vårdtagaren glider ur rullstolen ner på golvet i samband med att de glömmer att de har svårt att stödja på benen.

Trycksår: Ytterst få trycksår på Rådan och de som har funnits har inte uppkommit på Rådan utan är sådana som vårdtagarna redan med sig från sjukhus eller vi inflytt.

MTP: Inga inkomna avvikelser dock en del felanmälningar gällande att sängkontrollerna slutat fungera vilket är lätt åtgärdat, var heller inte många under året då en stor del av sängarna har bytts ut.

Patientsäkerhet: Totalt 2 st nedskrivna avvikelser som berodde på att vårdtagare tagit sig ut på balkongen då inga lås fanns vilket åtgärdades snabbt. För övrigt inga avvikelser som egentligen skrivits direkt gällande patientsäkerhet utan är mest sådant vi diskuterat i ledningsgruppen. Under 2020 har det mest handlat om risken för smittspridning av coronaviruset och hur det ska motas, personaltäthet och kontinuitet har varit den största risken.

Risker och åtgärdsbehov som identifierats under 2020

Läkemedelshantering: Att medarbetarna haft svårt med följsamheten till signeringar av läkemedel beror till största del på att arbetssättet att signera läkemedel digitalt är nytt och att utbildningsbehovet av systemet är större än vad vi trodde från början. Tror att medarbetarna alltid signerade allt i klump redan tidigare men då såg man inte tiden för signering vilket man gör direkt vid digital signering.

Fall: Under året har teammöten / omvårdnadsmötes på resp. enhet varit färre än normalt vilket beror på Covid. På dessa möten ska man lyfta och diskutera fallen för att hitta orsaker och lösningar vilket inte riktigt funnits utrymme till under 2020.

Trycksår: Här ska vi fortsätta som tidigare för att undvika att trycksår uppkommer på enheten.

MTP: Då de största riskerna vad just icke fungerande sängar och takliftar så har ju detta nu minimerats då alla takliftar och en stor del av sängarna bytts ut under året.

Patientsäkerhet: Under 2020 har verksamheten hela tiden följts upp gällande smittspridning och nya rutiner har tagits fram. All personal har utbildats kontinuerligt och efter det stora corona utbrottet under våren har personaltäthet och kontinuitet jobbats hårt på.

Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Läkemedelshantering: Stort arbete har bedrivits med att arbeta upp den digitala signeringen av läkemedel, både utbildning i grupp och på individnivå. Alla läkemedelsrutiner är genomgångna och uppdaterade.

Fall: Alla fall har dokumenterats och vid behov lyfts på team-möten och sjuksköterskemöten för att hitta orsaken till fallet och åtgärder för att undvika fall har tagit fram, t.ex. om nya hjälpmedel behövs.

Trycksår: Då inga trycksår uppkommit på verksamheten under året har inget större arbete bedrivits runt detta, däremot har alla patienter som inkommit med trycksår följts upp och åtgärder dokumenterats.

MTP: Inga stora arbeten runt detta förutom utbildning i nya liftsystemet och nya sängarna.

Patientsäkerhet: Året har präglats av utbildning i basala hygienrutiner och användandet av skyddsutrustning med anledning av den pågående pandemin.

Övrigt:

Resultat av genomförda åtgärder

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Med anledning av det gångna årets svåra förutsättningar har inga direkta mätningar gjorts gällande patientsäkerheten men man kan ändå läsa in att arbetet inte blivit sämre utan snarare förbättrats i många delar.

Läkemedelshantering: Inga egentliga mätningar eller sammanställningar har gjorts, finns dock en känsla att avvikelserna inte ökat och att kunskapen ökar runt den digitala signeringen och vikten av dess användande.

Fall: Inga mätningar gjorda dock ingen direkt ökning av fallen under året.

Trycksår: Inga uppkomna trycksår på verksamheten under året.

MTP: Inga mätningar gjorda här heller.

Patientsäkerhet: Sammanställning gjord på utförda webbutbildningar (basala hygienrutiner och Covid x 2) som genomförts av alla tillsvidare- och timanställda

Övrigt:

Samverkan med andra vårdgivare för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Statistik över avvikelser sammanställs månadsvis och årsvis. Statistiken redovisas i ledningsgrupp och på arbetsplatsträffar.

Analys och åtgärdsbeslut sker i ledningsgruppen och svåra beslut tas i företagets övergripande ledningsgrupp.

På Rådan arbetar vi i tvärprofessionella team runt den boende. Här ingår sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, samordnare, verksamhetschef, läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast.

- Samverkan med Rehab teamet i vårt HSL-möte, tvärprofessionellt möte en gång i månaden. Mellan möten finns en kontinuerlig dialog.
- Samverkan med korttidsboende vid övertagande av vårdtagare därifrån enligt fastställd rutin.
- Samverkan med slutenvårdsavdelningar vid överrapportering av vårdtagare.
- Samverkan med läkarorganisationen
- Samverkan med kommunens MAS, anhörigkonsulent, demenssjuksköterska, biståndshandläggare och övriga tjänstemän på Vård- och omsorgskontoret.
- Samverkan med Oral care rörande munhälsa och tandvård.
- Samverkan med fotvårdsspecialist.
- Omvårdnadskonferens med ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal var 14:e dag, om de enskilda vårdtagarna.

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Ett led i att förebygga synpunkter och klagomål är att ha regelbundna borådsmöten och anhörigträffar där man får möjlighet att mötas och samtala kring det som fungerar bra och det som fungerar mindre bra, under 2020 har dock dessa möten legat nere med anledning av Covid.

För att både vårdtagare och anhöriga ska ha en möjlighet att vara delaktiga i den egna omsorgen genomförs vårdplanering var sjätte månad eller vid behov. Där träffas vårdtagare och anhöriga, sjuksköterska, omvårdnadspersonal och vid behov sjukgymnast och/eller arbetsterapeut för att gå igenom den vård som ges och delar runt hur man ska arbeta vidare framåt ses över.

Under 2020 har vårdplaneringarna inte fullföljts i den utsträckning som behövs med anledning av covid men några har genomförts utomhus eller över telefon.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerheten är något man arbetat med mer övergripande i företaget under året men framförallt inför övertagandet av Rådans äldreboende 1 november 2019.

Hela journalsystemet är digitalt med både dokumentation och signering av läkemedel digitalt via personlig inlog. Alla nya inlog på enheter måste godkännas av behörig person.

Mailhantering finns det tydliga instruktioner där all kommunikation innehållande personuppgifter följer GDPR.

Ingen granskning av journalföring har gjorts övergripande däremot egen granskning lokalt för att stämma av att alla dokumenterar enligt SOL och HSL.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2019

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

- Förebygga fall och trycksår genom regelbunden uppföljning på teammöten och vårdplaneringar med dokumenterade åtgärder.
- Säkerställa lm-hantering genom utbildning och individuell uppföljning. Utbildning i läkemedelshantering kommer genomföras under första kvartalet och antalet avvikelser gällande fel signeringar ska ha minskat med 50 % efter 6 månader och dem 80% efter årets slut.
- Dokumentationsgranskning och utbildning i dokumentation genomförs under året .
- Förbättra avvikelshanteringen genom utbildning och kommunikation. Alla anställda ska ha skrivit minst 2 st avvikelser vid årets slut.
- Nutrition – förbättringar efter måltidsobservationerna ska ha skett på alla avdelningar andra kvartalet.
- Aktivitet- att vårdtagarna får stimulans utifrån deras dagsform och behov både på individ – och gruppnivå. Alla vårdtagare ska ha fått någon aktivitet per vecka vid årets slut.