

Patientsäkerhetsberättelse Nacka seniorcenter

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-23

Aferdita Vrajolli, Affärsområdeschef Äldreomsorg, Valfärd samhällsservice

Susanne Karlsson, Medicinsk ansvarig sjuksköterska Valfärd samhällsservice

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	3
STRUKTUR.....	4
Verksamheterna.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
PROCESS	8
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	8
Riskanalys	9
Utredning av händelser - vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	9
RESULTAT OCH ANALYS	10
Kvalitetsregister	10
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador	13
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	14

Sammanfattning

Genom patientsäkerhetsberättelsen ger vi en inblick i hur vi arbetar med förbättringar för att göra vården så bra som möjligt för patienterna inom Nacka seniorcenter. Här berättar vi om vårt patientsäkerhetsarbete under 2020 och ger några exempel på det arbete som görs för att hela tiden förbättra kvaliteten i vården.

Under 2020 har stort fokus legat på hanteringen av pandemin och dess konsekvenser. Nacka seniorcenter påbörjade patientsäkerhetsarbetet gällande effekten av pandemin redan i slutet av februari och det har sedan dess fått ett mycket stort utrymme i vårt patientsäkerhetsarbete under hela 2020 på samtliga verksamheter.

För att kunna hålla kvalitén under pandemins utbrott har samtliga verksamheter inom Nacka seniorcenter utökat personalstyrkan samt lagerhållningen av skyddsutrustning för att kunna kvalitetssäkra omsorgen och omvårdanden, även i livets slut. Närstående och anhöriga har varit delaktiga i planeringen samt blivit erbjudna att närvara vid livets slut. Även efterlevnadssamtal har erbjudits enligt tidigare rutin. Samtliga verksamheter har gjort individuella bedömningar och i dialog med ansvarig läkare har boende som varit i behov av smärtlindring och syrgas fått det ordinerat. Redan vid pandemins utbrott har samtliga verksamheter kontinuerligt haft utbildning samt praktisk handledning för all personal gällande covid-19 för att på bästa sätt ta hand om våra boenden.

I våra verksamheter pågår det ständigt ett kvalitetsarbete som engagerar all personal oavsett yrkeskategori. Arbetet finns med naturligt i vardagen. En viktig del i arbetet är risk- och avvikelshantering, där negativa händelser och identifierade risker eller förbättringsområden rapporteras till verksamhetscheferna. En bra risk- och avvikelshantering leder till att vi systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheterna.

Hos oss kännetecknas en god patientsäkerhetskultur av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Vi arbetar därför aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna att rapportera. En bra patientsäkerhetskultur innebär också att vi istället för att leta syndabockar är öppna för att ompröva arbetssätt och metoder. För att identifiera risker har vi även tvärprofessionella möten.

Genom en nationell enkät följer vi regelbundet upp att vi ger patienten en god och säker vård. Synpunkter och klagomål som framförs av patienter utreds och förbättringsåtgärder vidtas. Även nationella kvalitetsregister hjälper oss att kvalitetssäkra vård och omsorg på våra boenden.

Aferdita Vrajolli, affärsområdeschef

Struktur

Verksamheterna

Nacka kommun har fyra särskilda boenden för äldre med totalt 259 platser. Vi har dessutom fyra dagverksamheter riktade till äldre, var av tre är inriktade mot demens.

Nacka seniorcenter Ektorp	118 Lägenheter
Nacka seniorcenter Sjöträpan	57 Lägenheter
Nacka seniorcenter Sofiero	41 Lägenheter
Nacka seniorcenter Talliden	48 Lägenheter
Totalt	264 Lägenheter

Övergripande mål och strategier

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

Vårt patientsäkerhetsarbete innebär att vi arbetar på ett systematiskt sätt för att minimera risken för att negativa händelser som kan medföra lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada och sjukdom ska uppstå.

Negativa händelser är händelser som inte är orsakade av patientens tillstånd, utan sådant som borde kunna förebyggas och undvikas. Då en negativ händelse inträffar utreds den för att leda till förbättringar och ökad säkerhet i framtiden.

Vi har under 2020 arbetat med följande mål:

- Fortsatt att utveckla dokumentationen inom HSL (hälso- och sjukvård) samt att på ett systematiskt tillvägagångssätt arbeta med egenkontroll och att systematisera journalgranskningen.
- Fortsatt att arbeta aktivt och systematiskt med avvikelshantering och fallrapporter samt uppföljning och analys av dessa.
- Synpunkter och klagomål har registrerats, åtgärdats, följts upp och utvärderats.
- Arbetat aktivt med att implementera befintliga rutiner i vårt kvalitetsledningssystem SMART.

-
- Arbetat med att samtliga patienter ska ha en individuell förskrivning av inkontinenshjälpmedel.
 - Genomfört hygienronder och självskattning av följsamhet till de basala hygienrutinerna.
 - Under 2020 har stort fokus legat på basal hygien och dess rutiner och följsamhet i verksamheterna. Detta till följd av pandemin och dess framfart. Arbetet och utvecklingen kring dessa frågor har bli bestått av webutbildning i basal hygien som grund för omsorgspersonalen. Under våren har samtliga verksamheter kontinuerligt haft praktiska utbildningar gällande basal hygien och hanteringen av Covid-19. Vi har även arbetat med att skapa covid-19 team (bestående av undersköterskor) som har direkt arbetat med handledning på plats i samtliga verksamheter som drabbades av covid-19 smitta. Sjuksköterskor har haft praktiska genomgångar med personal gällande skyddsutrustning, basal hygien (praktiska och teoretiska moment), klädregler, hantering av tvätt och städ. Detta för att medvetandegöra alla moment som tillhör den basala hygien och därmed begränsa smittspridningen. Rutiner kopplade till ovanstående moment har tagits fram r/t pandemin.
 - På planeringsdagar har fokus legat på rutiner kring arbetet med covid-19
 - Vår målsättning har varit att alla verksamheter skulle förbättra sitt arbete med att arbeta i de olika kvalitetsregister så som BPSD, palliativa registret och Senior Alert.
 - Stjärnmärkning av våra äldreboenden, som är en kompetenshöjning inom demensomsorg enligt Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell har påbörjats. Sjötäppan och Sofiero är certifierade. Talliden har under 2020 gjort klart utbildningen och väntar på certifieringen.
 - Hälsofrämjande och förebyggande arbete genom den årliga influensavaccineringen har genomförts. Även covid-19 vaccinering påbörjades i dec 2020.

Organisation och ansvar

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

Kommunstyrelsen är vårdgivare.

Produktionsdirektören har det övergripande ansvaret och leder produktionsområdet Valfärd samhällsservice, dit äldreomsorgen hör.

Affärsområdeschefen för äldreomsorg har det övergripande ansvaret för samtliga Nacka seniorcenter. Affärsområdeschefen ansvarar för att affärsområdet arbetar enligt myndighetens krav och gällande avtal.

Verksamhetschefer inom Nacka seniorcenter ansvarar för att:

- enligt Hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.
- alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård.
- mätbara verksamhetsmål formuleras och för att målen nås.

-
- utfallet analyseras och medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett särskilt medicinskt ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Inom rollen ligger också ansvaret för att:

- rutiner finns för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.
- patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt och att rutinerna för läkemedelshantering är säkra.
- besluten om delegering är patientsäkra och att patientjournaler förs.
- anmäla till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverkar de också i det systematiska kvalitetsarbetet

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Nacka seniorcenter bedriver samverkan i olika former för att förebygga vårdskador. För 2020 kan nämnas följande:

- Kontinuerliga temamöten med olika professioner samt anhörigmöten.
- Löpande samverkan med Private nursing/Adept, vår underleverantör för sjuksköterskeverksamheten på jourtid. Den 28/12-20 bytte vi underleverantör för sjuksköterskeverksamheten till Familjeläkarna
- Aktivt arbete för att få ett bra samarbete med primärvården, sjukhus med flera.
- Samtliga boende hos Nacka seniorcenter har erbjudits en kostnadsfri munhälsobedömning. Avtalspart just nu är Flexident.
- Avtal med Vårdhygien Stockholm, samarbetar vid behov.
- Samarbete med Palliativt kunskapscenter i Stockholm PKC, för att upprätthålla en god palliativ vård.
- Samverkar med Nestor Fou-center i Stockholm som arbetar med forskning och utveckling med äldre i fokus.
- Årligen genomförd kvalitetsgranskning från Apoteket på samtliga Nacka seniorcenter gällande läkemedelshantering.
- Region Stockholm har ansvaret för läkarinsatserna i kommunal verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård. För Nacka seniorcenter är det Familjeläkarna som utför dessa insatser, både dagtid och på jourtid. Insatserna består av fasta rondtider och akuta besök dygnet runt.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Hälso- och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Information

till patienten ska förmedlas utifrån varje patients egna förutsättningar och för-
måga att ta till sig informationen. Kan man inte lämna informationen till pati-
enten, till exempel vid vård av demenssjuka, psykiatrisk vård och när det gäl-
ler vård i livets slut, så ska informationen istället lämnas till legal ställföreträ-
dare.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

För att vård och behandling ska vara så säkert som möjligt är det viktigt att
arbeta systematiskt med avvikelshantering. Syftet är att öka kunskapen hos
chefer och medarbetare om risker i hälso- och sjukvården så att förebyggande
åtgärder kan vidtas vid behov. Avvikelsehanteringen är en förutsättning för att
kunna identifiera risker i verksamheten och kunna analysera vilka åtgärder
som behöver vidtas för att förhindra att en avvikelse upprepas.

Det är ansvarig chef som ansvarar för att bedöma allvarlighetsgrad och hur en
inkommen avvikelse ska hanteras. Chefen skapar sig en bild av händelsen och
bedömer om akuta åtgärder behöver vidtas. Det är också ansvarig chef till-
sammans med leg personal som utreder, åtgärdar och avslutar händelsen. Av-
vikelser diskuteras och återkopplas systematiskt till medarbetarna i verksam-
heten och till ansvarig överordnad chef.

Klagomål och synpunkter

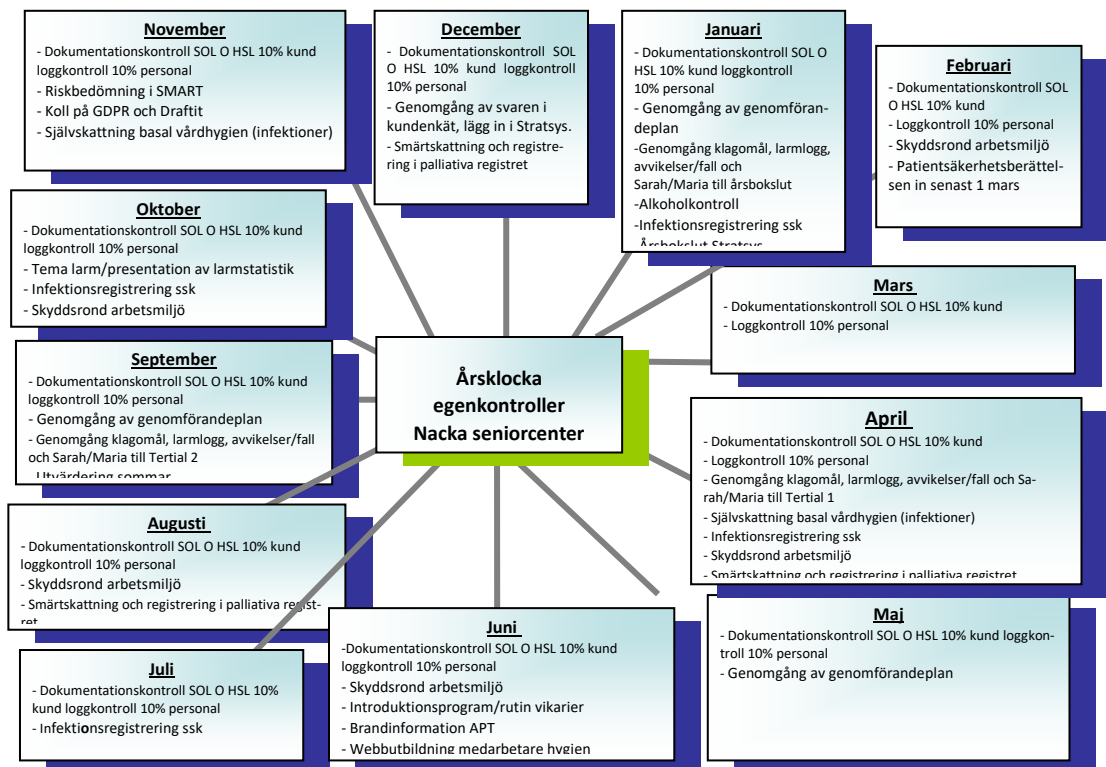
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Alla inkomna klagomål och synpunkter registreras i databasen Infosoc och
analyseras, utreds och åtgärdas samt återkopplas till berörd person. Den som
tar emot ett klagomål ansvarar alltid för att det blir lämnat för registrering.
Verksamhetschefen ansvarar för registreringen och att åtgärderna blir utförda.
Synpunkter och klagomål analyseras vid behov av ledningsgruppen och åter-
rapporteras på APT till samtlig personal.

Egenkontroll

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

Egenkontroll görs löpande under året enligt årsklockan nedan.



Process

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Följande åtgärder under 2020 har bidragit till att öka patientsäkerheten inom Nacka seniorcenter.

- Elektronisk signering av läkemedel på alla våra boenden.
- Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för vårdpersonal att ta del av journalinformation från hela landet.
- En ny förvaltningsorganisation är framtagen gällande verksamhetsstödet för Pulsen combine, vilket förtydligar roller och ansvar. Utbildningsinsatser planeras.
- Samtliga verksamheter har utökad personalresurser med så kallad ambulande sjuksköterskor dessa har varit ett stort stöd för verksamheterna under pandemi.
- Alla palliativa ombud har fått fortbildning på Palliativt kunskapscenter.
- Genom Svenskt Demenscentrums utbildningsmodell Stjärnmärkt har Nacka seniorcenter höjt sin kunskap i bemötande och vårdande av personer med demenssjukdom. Seniorcenter Sjötäppan var först ut att certifieras och under 2019–2021 kommer samtliga verksamheter att vara stjärnmärkta.
- Familjeläkarna har i stor utsträckning varit delaktig i arbetet med att skapa rutiner och säkerställa vården för covid-19 positiva kunder.

-
- Arbetet med teammöten där de olika professionerna ingår har utvecklats.

Riskanalys

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

Årlig utredning sker i kvalitetsledningssystemet SMART där riskbedömning utförs utifrån kvalitet. Den systematiska avvikelshantering är en del i riskanalysen som bidrar till att risker för allvarliga händelser minimeras.

Utredning av händelser - vårdskador

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

En avvikelserapport kan bli föremål för en internutredning. Den medicinskt ansvarige sjuksköterskan utreder och anmäler allvarliga avvikelser som lex Maria till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Kommunstyrelsens verksamhetsutskott informeras om lex Maria anmälan.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

- Systematiska loggkontroller utförs i hälso- och sjukvårdspersonalens journalsystem Pulsen combine.
- Loggrapporter gällande digital signering av läkemedel får vi från vår underleverantör.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Kvalitetsregister

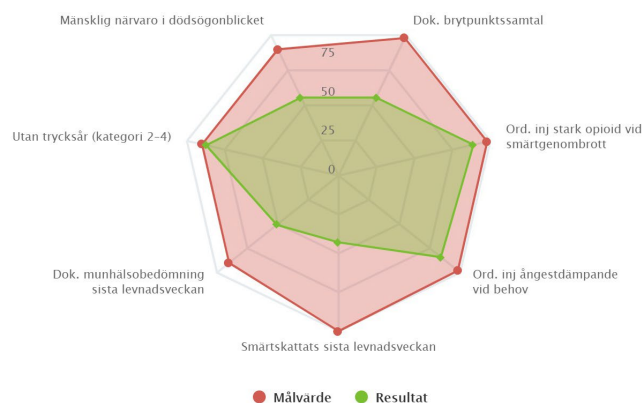
Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete. Registrering i Palliativa registret ska ske inom sex månader efter dödsfallet.

Under 2020 har samtliga verksamheter försämrat sitt resultat på samtliga punkter. En analys av resultatet har genomförts på varje verksamhet. Flera faktorer har påverkat resultatet en stor faktor är den pågående pandemin som har gjort att verksamheterna har ständigt prioriterat andra arbetsuppgifter en annan orsak är personalbortfall vilket har gjort att verksamheterna har fått låna ut sjuksköterskor till de verksamheter där vi för tillfället har haft smitta av covid-19. Handlingplaner är upprättade på samtliga verksamheter, och verksamhetscheferna kommer systematiskt följa upp åtgärderna.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 – 2020-12



Detta är en modifierad rapport

Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister för vård och omsorg. Det syftar till att förbättra det förebyggande arbetet genom att registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att förbättra vård och omsorg och öka säkerheten för patienter.

En stor andel av brukarna inom vård- och omsorgsboende har förhöjd risk för fall, undernäring och trycksår. Det beror på till exempel kognitiv svikt, rörelsesvårigheter, nedsatt allmäntillstånd, läkemedel eller sensorisk funktionsnedsättning.

Inom Nacka seniorcenter använder vi Senior Alert för kvalitetsförbättring inom områden som fall, undernäring, och trycksår. Vi använder det som ett verktyg för att identifiera alla personer med förhöjd risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen och undernäring. I verktyget registreras även adekvata åtgärder som ordinerats och som sedan utvärderas.

Nedanstående tabell visar vårt resultat från Senior Alert gällande fall, nutrition, trycksår och munhälsa. Alla kunder hos Nacka seniorcenter får årligen en riskbedömning i kvalitetsregistret. I de fall risk konstateras skapas ett antal åtgärder som sedan verkställs och följs upp.

Läsanvisning för kolumnerna i tabellen nedan:

1. Riskbedömning med risk
2. Bakomliggande orsaker vid risk
3. Åtgärdsplan vid risk
4. Utförda åtgärder vid risk
5. Trycksår
6. BMI <22
7. Fall
8. Munhälsa grad 2

Antal unika personer	Vårdprevention				Utfall				
	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Nacka kommun	915	96% 1 490 av 1 560	95% 1 422 av 1 490	97% 1 440 av 1 490	81% 1 108 av 1 371	138 106 personer	440 personer	647 209 personer	379 personer
Seniorcenter Ektorp	132	98% 187 av 190	98% 184 av 187	98% 183 av 187	96% 217 av 225	15 14 personer	58 personer	139 41 personer	77 personer
Seniorcenter Sjtöppan	68	99% 107 av 108	100% 107 av 107	100% 107 av 107	96% 98 av 102	7 5 personer	28 personer	144 44 personer	29 personer
Seniorcenter Sofiero	49	100% 75 av 75	96% 72 av 75	100% 75 av 75	86% 56 av 65	9 6 personer	16 personer	0 0 personer	25 personer
Seniorcenter Talliden	54	100% 94 av 94	97% 91 av 94	99% 93 av 94	100% 93 av 93	16 12 personer	32 personer	105 27 personer	0 personer

BPSD-registret

Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och det stöds av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – drabbar någon gång omkring 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in.

Vi har sedan 2016 använt BPSD-registret systematiskt på samtliga seniorcenter. Totalt har vi 95 platser för personer med demenssjukdom och för kunder med behov utarbetas en bemötande plan via BPSD registret. Under 2021 har samtliga verksamheter ett mål att samtliga kunder med en demensdiagnos har

en bemötandeplan utifrån BPSD registret.

Avvikelser

Vårdgivaren ska bedriva systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ska vidta åtgärder i sitt patientsäkerhetsarbete för att förebygga vårdskada. Avvikelse rapportering och analys av avvikelser är en del av detta arbete. Syftet med att rapportera avvikelser är att utveckla verksamheten genom att identifiera bristerna innan de leder till skada och att också lära sig av vilka processer som har lett till eventuell skada.

Samtliga våra verksamheter arbetar aktivt med avvikelshantering. Verksamhetenschefen går igenom avvikelser, kundsynpunkter, resultat av kvalitetsregister och följsamhet till rutiner tillsammans med ansvariga i verksamheterna. Utöver detta sker löpande genomgång av följsamhet, dokumentation och uppföljning. Återkoppling och analys sker på APT och i samband med verksamhetsdialoger i syfte att skapa delaktighet.

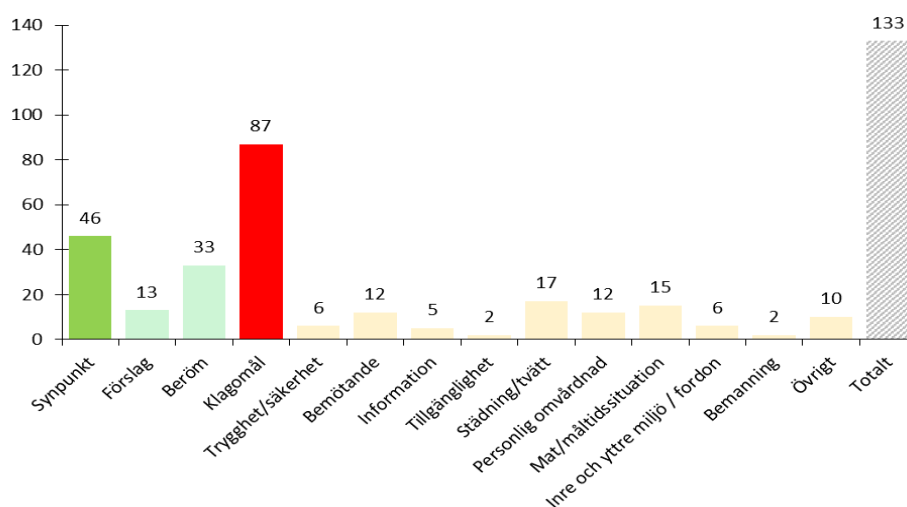
Vi har under 2020 haft 345 läkemedelsavvikelser. Detta kan jämföras med att vi under **en dag** signerar cirka 2026 läkemedelstillfällen. Vi har infört ett digitalt signeringssystem som personalen använder för administration av läkemedel. Det har drastiskt minskat antalet avvikelser kopplade till läkemedel.

Vi saknar däremot ett digitalt systemstöd för avvikelshantering vilket skulle underlätta såväl analysarbetet som sammanställningen.

Klagomål och synpunkter

Alla inkomna klagomål och synpunkter ska registreras i databasen Infosoc för att kunna sammanställas inför kartläggning och analys. Varje verksamhet hanterar sina respektive klagomål. En (eller flera) medarbetare inom varje verksamhet utses att ansvara för registreringen. Den som tar emot ett klagomål ansvarar alltid för att det blir registrerat.

Nacka seniorcenter 2020



Händelser och vårdskador

Under 2020 har det gjorts en utredning enligt lex Maria på Nacka seniorcenter Ektorp. Av IVO:s beslut framgår att vårdgivaren efter begärd komplettering har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen. Därmed har vårdgivaren uppfyllt kraven i 3 kap. 2–5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL och de föreskrifter som beskriver vårdgivares ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete, HSLF-FS 2017:40 och anmälan till IVO av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada, HSLF-FS 2017:41.

Mål och strategier för kommande år

Under 2021 arbetar vi utifrån följande målsättningar:

- Utbilda expertanvändare i vårt dokumentationssystem.
- Arbeta för att få ett digitalt avvikelssystem på plats.
- Förbättra utvecklingsarbetet kring palliativ vård
- Försätta arbeta aktivt med fallförebyggande åtgärder.
- Fortsätta minska andelen inhyrda sjuksköterskor för att förbättra patientsäkerheten.
- Samtliga kunder med demenssjukdom ska vara registrerade i BPSD registret.
- Fortsätta certifiera samtliga seniorcenter enligt Svenskt demenscentrums utbildningsmodell Stjärnmärkning.