



Huddinge

Patientsäkerhetsberättelse

2020

SOFIA TUNEL OCH JÖRGEN NORBERG, MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA
2021-03-30

Patientsäkerhetsberättelse
2020

SOFIA TUNEL OCH JÖRGEN NORBERG

© SOFIA TUNEL OCH JÖRGEN NORBERG och Huddinge kommun
Tryckeri, 2021

ISBN 91-85565-02-4
www.huddinge.se

Sammanfattning

Inför 2020 fanns det tre övergripande fokusområden; avvikelshantering, digitalisering och delegering. Under året har verksamheterna arbetat med dessa på olika sätt, bland annat har ett digitalt signeringsverktyg införts och utbildningar i avvikelserapportering har genomförts.

Pandemin har inneburit en kraftig påverkan på den kommunala hälso- och sjukvården men verksamheterna i egen regi har trots stora utmaningar kunnat bedriva en god och patientsäker vård under hela året. Det finns en god struktur i verksamheten med tydliga riktlinjer och rutiner men pandemin har satt ljuset på områden som kräver extra fokus under 2021.

Under 2020 har det varit stort fokus på utökad samverkan, både intern och extern. Verksamheten har påbörjat arbetet med att kartlägga och rita upp alla hälso- och sjukvårdsprocesser. Alla delegeringar sker nu i det digitala signeringsverktyget. En styrgrupp har bildats för att utveckla arbetet med kvalitetsregister. Det har varit stort fokus på vårdhygieniska frågor, smittskydd och skyddsutrustning.

IVO har granskat ett av kommunens särskilda boenden för äldre till följd av coronapandemin. Resultatet av granskningen visar att det finns brister i dokumentationen. Även en intern journalgranskning utförd av MAS kom fram till samma slutsats.

Inför 2021 kommer fokus att ligga på dokumentation, avvikelshantering och fortsatt kartläggning av hälso- och sjukvårdsprocesser.

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	5
STRUKTUR	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Patienters och närståendes delaktighet	8
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	9
Egenkontroll	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	11
Avvikelser	11
Delegering	11
Kvalitetsregister	11
Informationsöverföring	12
Medicintekniska produkter och hjälpmedel	12
Vårdhygien	13
Smittskydd	13
Munhälsa och nödvändig tandvård	13
Inkontinens	13
Covid-19	13
Tillsyn av IVO	14
Kvalitetssäkring av dokumentation	15
Riskanalys	15
Utredning av händelser - vårdskador	16
Informationssäkerhet	16
RESULTAT OCH ANALYS	17
Egenkontroll	17
Klagomål och synpunkter	20
Händelser och vårdskador	21
Mål och strategier för kommande år	21

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

I Huddinge kommun är det vård- och omsorgsnämnden som är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret inom äldreomsorgen, socialpsykiatri och funktionshinderområdet. Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur Huddinge kommuns patientsäkerhetsarbete sett ut under 2020 i dessa verksamheter i egen regi.

Patientsäkerhetsberättelsen för vård- och omsorgsnämnden är upprättad av medicinskt ansvariga sjuksköterskor utifrån uppgifter från verksamhetsansvariga, inhämtade uppgifter från verksamhetssystem samt kvalitetsregister.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Inför 2020 fanns det tre övergripande fokusområden; avvikelshantering, digitalisering och delegering. Under året har verksamheterna arbetat med dessa på olika sätt. Inför 2021 kommer fokus att ligga på följande områden.

Digitalisering

Genom att digitalisera vården där så är möjligt kan ökad patientsäkerhet uppnås. Med hjälp av det digitala signeringssystem som införts under året kan patientsäkerheten gällande läkemedelshantering ökas.

Systematiskt förbättringsarbete

Under 2020 har arbetet med att kartlägga alla hälso- och sjukvårdsprocesser påbörjats. Avvikelseprocessen är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och det är viktigt att enheterna arbetar aktivt med detta. Genom att säkerställa att alla medarbetare vet när, var och hur en avvikelse rapporteras ökar mängden rapporterade avvikelser och därmed möjligheten att fånga upp risker eller negativa händelser. Genom att säkerställa att alla enhetschefer och all HSL-

personal har kunskap om hur avvikelser utreds, åtgärdas och följs upp på ett strukturerat sätt ökar möjligheterna till utveckling av patientsäkerheten.

Patientsäker dokumentation

Genom ökad enhetlighet, spårbarhet och tydlighet i journalföringen blir det lättare att följa vårdförlopp, få en uppfattning om planerad vård och livsavgörande beslut.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivare

Vård- och omsorgsnämnden i Huddinge kommun är vårdgivare för all hälso- och sjukvård som bedrivs utifrån det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret ^[1]och har det yttersta ansvaret för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ansvarsområdet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvården ansvarar för att:

- hälso- och sjukvården bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda riktlinjer och rutiner.
- med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och utveckla verksamheten.
- se till att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

I Huddinge kommun har verksamhetschefen för äldreomsorgen uppdragit hälso- och sjukvårdsansvaret åt enhetscheferna för sjuksköterskor och rehabpersonal inom respektive verksamhetsområde.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har ett författningsreglerat ansvar för kvalitet och patientsäkerhet inom det verksamhetsområde som vårdgivaren beslutat.

MAS ansvarar för att:

- upprätta riktlinjer för det kommunala hälso- och sjukvårdsarbetet samt följa upp att dessa efterlevs
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
- utfärdade delegeringar är förenliga med patientsäkerheten
- rapportera vårdskador, samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, till vårdgivaren (enligt patientsäkerhetslagen).
- göra anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria på delegation från ansvarig nämnd.

Legitimerad personal

All legitimerad personal har ett eget yrkesansvar att känna till och följa de författningar, riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvårdsarbetet.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att:

- förutsättningar finns så att omsorgspersonalen kan följa de ordinationer och direktiv som legitimerad personal ger för omvårdnad och rehabiliteringsinsatser genom instruktion eller delegering
- alla medarbetare har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en god och säker vård
- säkerställa följsamhet till riktlinjer och rutiner
- med berörda yrkeskategorier systematiskt följa upp och analysera verksamhetens patientsäkerhetsarbete och vid behov vidta åtgärder samt upprätta en tidsplan för de åtgärder som inte omedelbart kan verkställas

Delegerad personal

Personal som biträder en legitimerad yrkesutövare i dennes vårdarbete och arbetar på direktiv från hälso- och sjukvården eller har tagit emot delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter blir i genomförandet av dessa uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal. I och med detta har delegerad personal samma skyldigheter som legitimerad personal.

All personal

Oavsett yrkeskategori ska all personal aktivt medverka i och främja utveckling av det systematiska patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet som en integrerad del i den dagliga verksamheten. All personal har också skyldighet att i verksamhetssystemet rapportera avvikelser samt fel och brister.

Smittskydd Stockholm har det övergripande ansvaret för smittskyddsarbetet i regionen och utgör kommunens vårdhygieniska expertis.

Patientnämnden är vårdens fristående och opartiska instans dit patienter, anhöriga och personal kan vända sig när det uppstått problem i kontakterna med vården.

Läkarorganisation/vårdcentraler ansvarar för läkarinsatser och ansvarar även för patientsäkerhetsarbetet inklusive avvikelshantering gällande dessa.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan med regionen

Regelbundna avstämningar sker mellan MAS, bistånd och förebyggande verksamheten, och Huddinge geriatriken.

Under pandemin har hälso- och sjukvårdsförvaltningen varit sammankallande till veckovisa möten med kommunerna.

Alla Huddinges sju vårdcentraler har samverkat i ett lokalt nätverk med fokus på covid-19. Varje vecka under pandemin har de varit sammankallande till möten med primärvårdsrehab, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), kommunens MAS och bistånd och

förebyggandeverksamhet. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har nu givit primärvården i uppdrag att fortsatt vara sammankallande för samverkansmöten med kommunerna. Detta forum har varit mycket givande under pandemin, men är också en viktig del i omställningen till en nära vård.

Samverkansmöte med psykiatri sydväst och funktionshinderområdet (FO) /socialpsykiatrin har genomförts vid ett tillfälle under året.

Under pandemin har samverkan med vårdhygien intensifierats och MAS har haft regelbundna avstämningar med hygiensjuksköterska.

Under pandemin har MAS haft veckovisa samverkansmöten med äldreomsorgens läkarorganisation Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB. De ordinarie samverkansmötena med MAS, Familjeläkarna och enhetschef för kommunens hälso- och sjukvård har fortgått som vanligt.

Södra Stockholms forsknings- och utvecklingsenhet för äldreomsorgen, Nestor FOU, har varit sammankallande till regelbundna samverkansmöten med region och kommun i syfte att gemensamt utveckla utskrivningsprocessen.

Överenskommelse för Patientnämndsverksamhet samt överenskommelse om samverkan vid uppsökande verksamhet - munhälsa är under revidering och förväntas bli färdiga under 2021.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Äldreomsorgen

Upprättande av hälsoplan/vårdplan i hälso- och sjukvården görs om möjligt tillsammans med patienten och i förekommande fall efter samtycke med dennes närstående/företrädare. Anhöriga/företrädare erbjuds möjlighet till delaktighet i vårdplaneringsmöten för den enskilde och om omständigheterna medger kan även andra närstående delta. Under pandemin har dock fysiska träffar inte kunnat genomföras.

I verksamheterna anordnas anhörigrträffar där patienten och dennes närstående inbjuds till dialog med enhetschefer och medarbetare. Dessa träffar har dock under 2020 inte kunnat genomföras på grund av pandemin. Någon enhet har även infört boenderåd där de boende inbjuds att ställa frågor, lämna förslag och ha synpunkter.

Funktionshinderområdet och socialpsykiatrin

Sjuksköterskor och rehab-teamet informerar brukare gällande hälso- och sjukvården. När brukarna har informerats kan personal på enheten bekräfta och styrka informationen med hjälp av olika kognitiva hjälpmedel och tydliggörande pedagogik. Exempel på detta är hur man förklarar vikten av vaccin eller vikten av munskydd. Man använder bland annat bildstöd och sociala berättelser för att stödja brukare att kunna ta självständiga beslut gällande vård och behandling. Brukare involveras också ofta i patientsäkerhetsarbetet när en avvikelse skett, genom att personalen förklarar och diskuterar vad som har hänt och vad som har gjorts för att det inte ska hända igen. För vissa brukare kan det istället vara stressande att involveras kring en avvikelse. Som i allt annat i hälso- och sjukvården ska man här utgå från individens behov och önskemål.

Närstående involveras, om brukaren vill det, via samtal med sjuksköterska eller medarbetare på enheten. Vid inflytt involveras närstående, till exempel gällande möblering utifrån bedömning av fallrisk.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdsavvikelser rapporteras i en avvikelsemodul i journalsystemet Procapita. Både legitimerad personal, omsorgspersonal och chefer rapporterar avvikelser. Legitimerad personal bedömer allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad för att händelsen upprepas. Vid enklare avvikelshantering görs utredning, analys och åtgärder av enhetschef och legitimerad personal på enheten. Vid allvarligare avvikelser, eller där legitimerad personal är involverad deltar även enhetschef HSL och gör bedömning om MAS ska involveras. I de fall där det är aktuellt med fördjupad utredning görs detta av MAS i samråd med legitimerad personal, enhetschef på enheten samt enhetschefen HSL. Utredning och beslut om vilka åtgärder som ska sättas in är beroende av vad avvikelserna avser men målsättningen är att arbetet ska ske i teamsamverkan över professionsgränserna. I de fall en Lex Maria-anmälan ska göras hanteras detta av MAS.

MAS gör årligen en sammanställning och övergripande analys för respektive verksamhetsområdes avvikelser. Inom verksamheterna sker sammanställning och analys på varierande sätt, bland annat genom månadsvisa kvalitetsråd inom äldreomsorgen.

Det finns ett behov av att strukturera upp arbetet med avvikelser inom funktionshinderområdet och socialpsykiatrin. Under 2021 bör enheterna börja med regelbundna kvalitetsråd, likt de som finns inom äldreomsorgen, där avvikelser lyfts och analyseras för att hitta eventuella mönster och bedöma behov av specifika eller övergripande åtgärder.

Externa avvikelser, både inkommande och utgående, förmedlas av MAS till rätt instans. Ingen sammanställning finns i dagsläget av externa avvikelser.

Socialförvaltningen ser över möjligheten att övergå till ett gemensamt avvikelshanteringssystem, där både SoL och HSL-avvikelser, fel och bristrapportering samt klagomål och synpunkter rapporteras och hanteras i samma system. Systemet möjliggör en bättre överblick över hanteringen av avvikelser, åtgärder och uppföljningar. Det innebär också ett enklare arbetssätt för den som rapporterar en avvikelse.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål kan inkomma på olika sätt till förvaltningen, till exempel muntligen, via post eller e-formulär. Mottagna klagomål diarieförs och hanteras av ansvarig chef, som även

tillsär att återkoppling sker till den som inkommit med klagomålet. I dagsläget finns ingen sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter.

Patientnämnden har under 2020 tagit emot totalt 6 klagomål gällande Huddinge kommun, varav ett rörde kommunikation och 5 rörde vård och behandling. Klagomålen har hanterats och besvarats av verksamheten och alla utom ett har avslutats. Klagomålen rör olika delar av vården och det går inte att urskilja några mönster.

IVO har tagit emot tre klagomål som rört dialog och kommunikation med anhörig, covid-19 samt medicinhantering. Klagomålen har hanterats och besvarats av MAS eller verksamhet.

Egenkontroll

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

Alla verksamheter i socialförvaltningen kommer under våren 2021 börja arbeta med ett digitalt kvalitetsledningssystem. Detta kommer göra det lättare för verksamheterna att på ett strukturerat och systematiskt sätt följa och styra arbetet med bland annat risker, egenkontroller och åtgärder för att förbättra de hälso- och sjukvårdsprocesser man arbetar med. Det kommer också att bidra till ordning och reda, ökad transparens och ge en tydligare dokumentation av patientsäkerhetsarbetet. Även sammanställning på en övergripande nivå kommer att underlättas.

Struktur för egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Självskattning och observationer
Avvikelser	1g/månad	Avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Journalgranskning	1 gång per år	Procapita
Loggkontroller	1 gång/månad	Procapita
Läkemedelsgranskning	1 gång per år	Extern granskning
Kontrollräkning narkotiska preparat	1gång/vecka 1gång/månad	Patientbundna läkemedel Basförråd

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2020 har arbetet med att kartlägga och rita upp alla hälso- och sjukvårdsprocesser påbörjats. Arbetet fortgår under 2021.

Avvikelser

En granskning av avvikelshanteringen inom funktionshinderområdet och socialpsykiatri genomförd av MAS 2019 visade på behov av utbildning och stöd kring HSL-avvikelser. Under början av 2020 genomfördes utbildningar av MAS och utvecklingsledare, som riktade sig till arbetsledare, dokumentationshandledare och enhetschefer inom LSS och socialpsykiatri. Det upprättades även ett nytt användarstöd i form av en lathund för att ytterligare stödja medarbetare och chefer i avvikelserapporteringen med syfte att uppnå en mer likvärdig avvikelshantering över hela verksamheten. Det finns ingen enhetlighet inom funktionshinderområdet gällande i vilka forum avvikelser lyfts men på många enheter diskuterar man avvikelser på APT.

Delegering

Under hösten 2020 påbörjades övergången till det digitala signeringsverktyget Alfa inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Alla enheter är nu igång med arbetet. Socialpsykiatrins boenden kommer att övergå till användning av Alfa under 2021. Dagliga verksamheter ingår inte i införandet i dagsläget på grund av flera praktiska hinder. Detta kommer att ses över när övriga verksamheter är igång.

Alla delegeringar inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet har förts över till det digitala signeringsystemet. Socialpsykiatrins delegeringar förs över under 2021. Dagliga verksamheter kommer i dagsläget att fortsätta med delegeringar i pappersform.

Arbetet med att skapa struktur för uppföljning av delegeringar har inte påbörjats på grund av pandemin. Arbetet med detta påbörjas under 2021.

Kvalitetsregister

Under 2020 har en styrgrupp bildats för att utveckla hur man arbetar med kvalitetsregister och hur man använder resultaten för utveckling på ett systematiskt sätt. Man ser även över vilka kvalitetsregister som är relevanta. Äldreomsorgen deltar i följande nationella kvalitetsregister: Senior alert, Svenska demensregistret SveDem, Svenska Palliativregistret, Nationellt kvalitetsregister för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD. Syftet med kvalitetsregistren är att statistiken ska kunna användas för att hitta förbättringsområden och utvärdera arbetet.

Verksamhetsinriktningarna funktionshinder och socialpsykiatri medverkar inte i Senior alert, eller BPSD-registret eftersom registren är specifikt riktade till äldre personer. Riskbedömningar utförs dock gällande fall och trycksår och arbetet med att identifiera personer inom funktionshinderområdet och socialpsykiatri med dessa risker kommer att fortgå under 2021.

Palliativa registret

Kvalitetsmått	Uppsatta mål	Resultat 2020
Antal registrerade dödsfall 200101-201231	-	103 stycken
Utan trycksår grad 2-4 vid dödsfallet	90%	76,7 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	-	55,3 %
Dokumenterat brytpunktsamtal	-	35,9 %
Dokumenterad munhälsobedömning	90%	44,7 %
Smärtskattning sista levnadsveckan	100%	41,6 %

Det finns en diskrepans gällande siffror kring brytpunktsamtal jämfört med läkarorganisationens rapportering. Läkaren ansvarar för att brytpunktssamtal genomförs och sannolikt har kommunen en underrapportering. Att så få enligt registreringen haft mänsklig närvaro i dödsögonblicket är allvarligt och kommer att lyftas i organisationen.

Under 2020 har det tillsatts en arbetsgrupp bestående av sjuksköterskor enhetschef HSL och MAS, som ska fokusera på arbetssätt för att utveckla och kvalitetssäkra den palliativa vården, registreringen i och användningen av palliativa registret.

Informationsöverföring

Informationsöverföring har identifierats som ett utvecklingsområde inom samtliga verksamhetsområden. Inom äldreomsorgen har rutin för informationsöverföring inte implementerats fullt ut. Arbetet fortgår under 2021.

Inom funktionshinderområdet har man tidigare haft ett arbetssätt där informationsöverföringen mellan medarbetare på enheten och sjuksköterska/rehab skett på papper i brukarens pärm. Arbetssättet har varit ineffektivt och inte patientsäkert. Implementeringen av ny rutin för informationsöverföring där medarbetare på enheterna tar del av vissa delar av legitimerad personals dokumentation i journalsystemet har inte fallit väl ut, dels på grund av pandemin men också på grund av tekniska hinder såsom problem med inloggning. En större översyn av informationsöverföringen inom funktionshinderområdet och socialpsykiatri behöver göras för att identifiera eventuella ytterligare hinder och svårigheter och hitta lösningar på dessa. Detta bör vara ett prioriterat område under 2021.

Medicintekniska produkter och hjälpmedel

Rehabiliteringspersonalen arbetar kontinuerligt med utbildning och handledning till medarbetare i hantering av hjälpmedel och förflyttningsteknik. För att säkerställa att underhåll, service och besiktning av medicintekniska produkter och hjälpmedel sker strukturerat använder Huddinge kommun ett inventeringsprogram.

En upphandling av hjälpmedel och serviceavtal i samverkan med fem södertörnskommuner har påbörjats under 2020 och beräknas vara klart under första halvan av 2021.

Vårdhygien

Pandemin har medfört ett stort fokus på basala hygienrutiner. Vårdhygiens webutbildning har genomförts flera gånger under året av alla medarbetare, inklusive timanställda, enligt direktiv från MAS. Många har även genomfört socialstyrelsens webutbildning om covid-19 i kommunal vård och omsorg. En checklista för daglig genomgång av basala hygienrutiner och klädregler upprättades för att säkerställa att all personal på enheterna hade kunskap om gällande rutiner och för att öka följsamheten till dessa. MAS har funnits tillgänglig som stöd för både chefer och medarbetare och har även varit ute i verksamheterna och informerat samt hjälpt till med vårdhygieniska bedömningar.

För att säkerställa korrekt användning av skyddsutrustning togs checklistor fram av MAS. Socialförvaltningen tog även fram bildstöd. Senare i pandemin kom även bild- och textstöd samt vårdhygienisk rutin kring covid-19 från regionen.

Vårdhygienisk kontroll som enligt avtal med vårdhygien ska genomföras med regelbundenhet har ej genomförts under 2020. Vårdhygien har dock gjort vårdhygienisk bedömning på plats på en enhet med större utbrott av smitta.

Smittskydd

Samarbete med Smittskydd Stockholm har bland annat skett i form av smittspårning av personal och rådgivning kring specifika frågor.

Munhälsa och nödvändig tandvård

Folk tandvården Stockholms län AB ansvarar för munhälsobedömningar och munvårdsutbildning i Huddinge kommun.

Munhälsobedömningar har inte utförts under 2020 på grund av pandemin. Endast nödvändig tandvård har utförts.

Alla SÄBO- och LSS-boenden har erbjudits digital munvårdsutbildning under året.

Genomförandet har dock försvårats på grund av coronapandemin. De boenden som inte har fått utbildning under 2020 kommer att erbjudas utbildning i början av 2021.

Inkontinens

En ny upphandling av inkontinensprodukter blev klar under året. Inga särskilda insatser har skett i övrigt inom området.

Covid-19

Arbetet under 2020 har präglats av covid-19. För att dra lärdomar av vad som fungerat bra och vad socialförvaltningen kunnat göra bättre genomfördes en enkätundersökning under hösten 2020 av stöd- och utvecklingsenheten. Resultatet presenteras i sin helhet i en separat rapport.

Resultatet av enkätundersökningen visade på både god följsamhet till rutiner och att medarbetare och chefer känner sig trygga med informationen de har fått.

De upplever även att de har god kunskap om att hantera misstänkt eller konstaterad covid-19 hos boende. Samarbetet med ledning och mellan medarbetare, närmsta chef samt mellan de olika yrkeskategorierna uppges ha fungerat väl. Medarbetarna upplever också att de alltid eller oftast har haft tillgång till rekommenderad skyddsutrustning för att använda enligt de föreskrifter som gällt.

Smittspridningen inom särskilt boende för äldre var som störst under april-maj och avstannade framåt sommaren. Under den andra vågen under höst/vinter verkar de särskilda boendena drivna av Huddinge kommun ha klarat sig bättre än riket i övrigt. Under slutet av 2020 och början av 2021 har alla boende på säbo som önskat vaccinera sig fått göra det.

Inom funktionshinderområdet och socialpsykiatrien har det också förekommit smitta men inte i samma utsträckning som inom äldreomsorgen.

Tillsyn av IVO

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i en nationell tillsynsinsats granskat den medicinska vården och behandlingen som ges till äldre personer med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende. IVO inledde granskningen av nämndens arbete på en övergripande nivå och valde därefter att fördjupa sin tillsyn på Västergårdens särskilda boende.

IVO har i tillsynen funnit följande brister:

- Det går, vid det särskilda boendet som ingår i aktuell tillsyn, inte att följa vården till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende pga. brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna.

Till följd av både egen utredning samt IVOs kritik efter granskning har socialförvaltningen planerat nedan redovisade åtgärder gällande dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournal.

Redan genomförda åtgärder:

Tillsammans med kommunens ansvariga läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB har det upprättats en samverkansrutin för vård och behandling av patient med covid-19-infektion på SÄBO. I denna rutin förtydligas ansvaret mellan läkare och sjuksköterska och där inkluderas även dokumentationskrav. Familjeläkarna har även upprättat en specifik dokumentationsmall för individer med Covid-19 smitta där det blir en tydlighet kring beslutet av vård i livets slutskede samt tydlighet kring dokumentation av brytpunktssamtal. Sjuksköterska ska upprätta en hälsoplan som ska göras känd för teamet runt patienten. I denna hälsoplan kommer det bli tydligt vad gäller beslut kring vård i livets slutskede och kring dokumentationen av brytpunktssamtal.

Sammantaget är syftet med denna samverkansrutin att vården säkerställs kring patienten genom att ge en tydligare bild av patientens hälsotillstånd och planerade insatser. Man kommer med detta i kommunens hälso- och sjukvårdsjournal kunna följa patientens vård på ett tydligare sätt än tidigare. Samverkansrutin trädde i kraft 17 december 2020.

Kommande åtgärder:

Vidare åtgärder som föreslås handlar bland annat om struktur för utveckling av dokumentationen och för introduktion och fortbildning i journalsystemet.

Upprättande av frastexter och standardiserade vårdplaner för palliativ vård

Denna åtgärd ger möjlighet att tydliggöra patientens vårdbehov och skapar enhetlighet i personalens dokumentation. Åtgärden ger också möjlighet att följa samt utvärdera patientens tillstånd och vårdbehov. Arbetet inleds under våren 2021 och avses vara klart och implementerat under året 2021.

Kvalitetssäkring av dokumentation

Verksamheten behöver arbeta aktivt med att introducera ny personal i journalsystemet på ett strukturerat sätt. Likaså behövs det arbetas med följsamhet till och utveckling av befintlig dokumentationsstruktur. Det finns behov av en tydligare struktur i verksamheten för utveckling av hälso- och sjukvårdsfrågor. Med hjälp av systematiska egenkontroller av dokumentationen uppnås ökad kvalitet på struktur och sökbarhet. Under 2021 påbörjas implementering och utvärdering av en ny mall för egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

I den egna granskningen framkom också att det i många fall saknades viktig information under de sökord som är synliga för omsorgspersonalen. Det arbetssätt som innebär att leg. personal måste kopiera och klistra in text under ett visst sökord för att vara läsbar har inte implementerats fullt ut. Arbetssättet medför dubbeldokumentation och är ineffektivt. Det innebär också risker för att omsorgspersonalen inte har tillgång till relevant information för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsinsatser eller omsorg på korrekt sätt. För att uppnå ökad säkerhet kring informationsöverföring bör man se över möjligheten att utöka läsmöjligheten i Procapita för omsorgspersonalen. Detta arbete påbörjas under 2021.

Risikanalys

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

Individuella riskbedömningar genomförs för varje boende/brukare och följs upp kontinuerligt. Riskanalyser genomförs alltid inför förändringar inom verksamheter. Genom att arbeta med riskinventering utifrån sina processer, bidrar varje verksamhet och enhet till ökad patientsäkerhet. Identifierade risker hanteras med hjälp av riskanalys. Kring varje risk sker en bedömning av sannolikhet och konsekvens och mot bakgrund av de risker som framkommit i riskanalysen planeras åtgärder och uppföljningar. Åtgärdsprioriteringen styrs av bedömd risknivå.

Det har upprättats en beredskapsplan gällande covid-19 samt en Strategi för användning och fördelning av personlig skyddsutrustning. Även förvaltningens beredskapsplan för värmebölja har uppdaterats under året.

Under 2020 har flera av de risker som hanterats haft en tydlig koppling till covid-19, och arbetet med tidigare identifierade risker med lägre risknivå har inte kunnat prioriteras under pågående pandemi.

Risk för att många patienter skulle behöva skickas akut till sjukhus på grund av covid-19

För att säkerställa att inget missas i processen vid akut behov av sjukhusvård har akutmappar upprättats för varje boende/brukare. Skypemöten genomfördes med enhetschef och samtliga dagsjuksköterskor vid införandet.

Risk för att medarbetare inte har tillräcklig kunskap om användning av skyddsutrustning

För att säkerställa att alla medarbetare hade kunskap om vilken skyddsutrustning som skulle användas när och på vilket sätt upprättades checklistor av MAS. På intranätet fanns instruktionsfilmer, skriftligt informationsmaterial och rutiner gällande skyddsutrustning samlat på en plats.

Skypemöten genomfördes med enhetschef HSL och samtliga dagsjuksköterskor för frågor rörande skyddsutrustning. En särskilt avsatt sjuksköterska åkte även runt och instruerade på plats hur man använde skyddsutrustningen och hur man kunde organisera arbetet kring den enskilda smittade på enheterna.

Risk för försämrad vård i livets slutskede på grund av ökad arbetsbelastning relaterat till covid-19

För att säkerställa att den palliativa vården skulle hålla samma höga nivå även under pågående pandemi upprättades en checklista för vård i livets slutskede.

Risk för att hälso- och sjukvårdsuppgifter inte kan utföras i tid på grund av ökad arbetsbelastning relaterat till covid-19

Bedömningar gjordes av enhetschef för HSL-enheten genom att stämma av vårdtyngd med enheterna inför varje arbetspass. På så sätt kunde behovet av ökad bemanning bedömas och åtgärdas. På jourtid sköttes uppgiften av särskilt avsatt sjuksköterska.

Risk för ökat behov av tillgång till chef med hälso- och sjukvårdskompetens

En telefonlinje upprättades där chef med hälso- och sjukvårdskompetens kunde nås dygnet runt för att svara på frågor rörande bland annat skyddsutrustning och vård av covidpatienter. Initialt i pandemin när det rådde brist på skyddsutrustning fungerade denna telefonlinje även som fördelare av skyddsutrustning för att styra utrustningen dit där det fanns behov.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Det finns en pågående utredning inom äldreomsorgen som kommer att leda till en anmälan enligt lex Maria. Avvikelsen rör området läkemedelshantering.

Inom funktionshinderområdet och socialpsykiatrin har inga Lex Mariaanmälningar gjorts under 2020.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Loggkontroller för HSL-dokumentation görs varje månad genom stickprov på ett antal personer under ett dygn. Underlag tas fram av IT-enheten och förmedlas till enhetschefer för legitimerad personal för kontroll.

Ett arbete att se över loggkontroller generellt påbörjades 2019, men har under 2020 inte kunnat fullföljas på grund av pandemin. Detta arbete behöver fortsätta under 2021.

Loggkontroller för NPÖ har inte utförts under 2020 på grund av tekniska problem. Arbetet med att utföra loggkontroller i NPÖ behöver aktualiseras under 2021.

Under 2021 kommer 2-faktorsautentisering till (delar av) Lifecare införas.

Under senare delen av 2020 utsågs två ”informationssäkerhetsombud” för socialförvaltningen. Dessa kommer ha dialog med kommunens centrala organisation för informationssäkerhetsfrågor.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Pandemin har påverkat verksamheterna på många sätt, bland annat genom en kraftigt ökad arbetsbörda på alla nivåer i organisationen. Egenkontroller och uppföljningar har på grund av detta inte kunnat utföras i samma utsträckning som planerats.

Journalgranskning

En journalgranskning av äldreomsorgens dokumentation har genomförts under 2020 med fokus på dokumentationen av vården under pandemin. Granskningen visade att det finns brister bland annat vad gäller vårdplaner vid palliativ vård, brytpunktssamtal och dokumentation om information till anhöriga. Det finns även behov av ökad enhetlighet i journalföringen.

Att gå över till ett mer ändamålsenligt och användarvänligt journalsystem som fungerar som ett stöd istället för ett hinder i dokumentationen, bör ligga högt på agendan.

Extern granskning av läkemedelshantering inom daglig verksamhet

Gemensamt för alla dagliga verksamheter var att lokal rutin för läkemedelshantering behöver upprättas, innehållande bland annat struktur för kassering, transport och förvaring av läkemedel. Flera enheter saknade även rutin för nyckelhantering. Enheterna arbetar vidare med detta under 2021.

Kontrollräkning narkotiska preparat

Kontrollräkningen sker enligt rutin. I de fall det förekommit svinn har åtgärder satts in lokalt med bland annat ökad frekvens av kontroller. Polisanmälan görs alltid vid svinn enligt rutin. Efter införande av digitalt signeringssystem kommer individbunden narkotika registreras i systemet. Även resultat av kontrollräkning hanteras i systemet. Detta medför att det blir lättare

att få en överblick över svinn. Narkotiska preparat i äldreomsorgens basförråd hanteras även fortsättningsvis enligt tidigare rutin med manuell registrering i narkotikajournal.

Basala hygienrutiner

Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner som ska utföras 2 gånger per år i verksamheterna har under 2020 på grund hög arbetsbelastning under pandemin inte genomförts fullt ut.

Under 2021 kommer ett nytt protokoll för bedömning av vårdhygienisk standard att införas för genomgång i verksamheten en gång per år. Resultaten av genomförda kontroller dokumenteras från 2021 i det nya kvalitetsledningssystemet.

Med start våren 2021 kommer boendeenheter inom äldreomsorgen samt funktionshinderområdet och socialpsykiatrien att delta i SKRs mätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler som sker två gånger per år. Genom att delta i dessa mätningar läggs ytterligare fokus på basala hygienrutiner och det går att jämföra sig med andra kommuner och riket i stort.

Loggkontroller

Inga överträdelser eller dataintrång har noterats under året.

Avvikelser

Under året har händelser utretts internt på enheterna. Händelser där MAS har involverats är bland annat inom området läkemedelssvinn. Det interna utredningsarbetet har framförallt genomförts via samtal med personal, journalgranskning samt kontroll av efterlevnad till rutin. De flesta utredningarna har genomförts i samverkan mellan olika professioner.

Inom alla verksamheter är utebliven dos och utebliven signering de vanligaste avvikelse typerna. I och med införandet av digitalt signeringssystem förväntas dessa typer av avvikelser minska väsentligt eftersom personalen får en tydlig överblick över dagens medicineringstillfällen och en påminnelse skickas automatiskt om en dos missats.

Äldreomsorgen

Typ av avvikelse	2020	2019	2018
Läkemedel	1228	1167	1265
Vård och behandling	126	212	133
Fall	881	987	1091
Medicintekniska produkter	10	23	-
Trycksår	11	5	3

Avvikelser - fall:

Fallriskbedömning hade genomförts i majoriteten av avvikelserna. 14 av fallen ledde till sjukhusvård och av detta ledde 7 av fallen till höftfraktur och 7 av fallen ledde till övrig fraktur. Dessa siffror är liknande föregående års siffror.

Samtliga fallavvikelser följs upp i team med sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omsorgspersonal. Gällande fall kan man se att dessa händelser sker jämt fördelat över dygnet. Trots högt antal fallavvikelser kan man se att det är ett fåtal individer som faller ofta och därför är det av yttersta vikt att man aktivt arbetar fallförebyggande för att minska konsekvenserna.

Avvikelser – Läkemedel

Liksom tidigare år är utebliven signering följt av utebliven dos de absolut mest förekommande läkemedelsavvikelserna. Det totala antalet läkemedelsavvikelser har de senaste fem åren legat på en relativt jämn nivå.

Avvikelser – trycksår.

Gällande trycksår är det vanligt förekommande vid livets slutskede och det kan vara svårt att helt förebygga trycksår. Att antalet fördubblats mot tidigare tyder på en underrapportering tidigare år vilket statistiken i palliativregistret bekräftar.

Funktionshinderområdet och socialpsykiatri

Avvikelser boende funktionshinderområdet /socialpsykiatri

Typ av avvikelse	2020 (FO/socpsyk)	2019	2018
Läkemedel	287 / 1	181	227
Vård och behandling	27 / 0	16	27
Fall	71 / 0	27	12
Medicintekniska produkter	6 / 0	6	-
Trycksår	0 / 0	0	0

Avvikelser daglig verksamhet

Typ av avvikelse	2020	2019	2018
Läkemedel	1	8	6
Vård och behandling	1	18	65
Fall	5	9	6
Medicintekniska produkter	3	0	0
Trycksår	0	0	0

Det ökade antalet rapporterade avvikelser inom boende LSS som kan ses jämfört med föregående år kan sannolikt delvis förklaras av den utbildning i avvikeleregistrering som genomfördes i början av året. Daglig verksamhet var dock inte med i dessa utbildningar och där ses istället en kraftig minskning över tid av antalet rapporterade avvikelser. Vad denna minskning beror på är i dagsläget oklart. Även inom socialpsykiatrien ses en mycket låg rapportering av avvikelser. Detta indikerar att det finns behov av utbildningsinsatser inom både dessa verksamhetsområden.

Avvikelser – Läkemedel

Av de 288 läkemedelsavvikelser som rapporterats handlade den absoluta majoriteten om utebliven dos och utebliven signering. Registrerad orsak var främst felaktigt utförd följt av att riktlinje/rutin inte följts. Majoriteten av avvikelserna var av måttlig eller övergående allvarlighetsgrad. Detta är oförändrat sedan föregående år. Vidtagna åtgärder har i många fall inte registrerats i systemet men enskilt samtal och ”annat” är de vanligaste registrerade vidtagna åtgärderna. För att minska antalet avvikelser kring missad dos av läkemedel har man på många enheter använt sig av larmfunktionen i telefonen eller satt upp färgglada komihåglappar på insidan av medicinskåpet. Sjuksköterskorna har också varit ute på enheterna och informerat och förtydligat till exempel hur man tolkar ordinationslistan på rätt sätt.

Avvikelser – vård och behandling

Under 2020 har antalet rapporterade avvikelser gällande vård och behandling ökat. Detta bedöms kunna bero på genomförd avvikelseutbildning. Avvikelserna handlade till stor del om utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling, och allvarlighetsgraden bedömdes i majoriteten av avvikelserna som mindre eller måttlig. Endast i enstaka fall har åtgärder registrerats och det går därför inte att följa avvikelsehanteringen.

Avvikelser – fall

Jämfört med 2019 har antalet rapporterade fall åter mer än fördubblats, vilket sannolikt kan förklaras av genomgången avvikelseutbildning. Fallriskbedömning hade genomförts i majoriteten av avvikelserna. Två av fallen ledde till fraktur och sjukhus och 14 ledde till sårskada eller annan mindre skada. Flera av de individer som fallit tenderar att falla ofta trotsa insatta åtgärder.

Avvikelser - medicintekniska produkter

Hälften av avvikelserna som rapporterats rörde defekta lyftselar. Två av avvikelserna bedömdes vara av bestående/betydande allvarlighetsgrad men har inte lett till skada för brukaren.

Avvikelser- trycksår

Trycksår förekommer inom funktionsnedsättningsområdet men har inte rapporterats som avvikelser.

Klagomål och synpunkter

Av de klagomål gällande Huddinge kommuns hälso- och sjukvård som Patientnämnden tagit emot under 2020 handlade ett om kommunikation och fem om vård och behandling. Klagomålen rörde olika delar av vården och det går inte att urskilja några mönster. Inget av klagomålen gick vidare till Lex Marianmälan. Även några av de klagomål som inkommit till IVO rörde kommunikation med anhöriga.

Händelser och vårdskador

Att inte fler vårdskador rapporteras signalerar att verksamheterna behöver arbeta mer aktivt med området.

Om ett gemensamt avvikelshanteringssystem för alla lagrum införs kommer den medarbetare som rapporterar en avvikelse inte behöva bedöma vilken typ av avvikelse det handlar om. Det bedöms som sannolikt att fler avvikelser då kommer att rapporteras och därmed bidra till ökad patientsäkerhet.

Mål och strategier för kommande år

Granskningar gjorda under året har visat på ett behov av utveckling av journalföringen både vad gäller exempelvis enhetlighet och vårdplaner. Genom att sätta konkreta mål kring detta kan en förbättrad kvalitet på både dokumentation och vård uppnås.

Mål:

Det ska finnas en vårdplan för alla patienter med:

- risk för trycksår
- risk för undernäring/felnäring
- fallrisk

Det ska finnas en vårdplan för alla patienter i slutet av livets slutskede för:

- munvård
- trycksårsförebyggande åtgärder
- smärtlindring

Genom att upprätta en struktur för kvalitetsråd säkerställs kvaliteten i hur man arbetar med utredning, analys, åtgärder och uppföljningar gällande HSL-avvikelser.

Mål:

- alla enheter arbetar aktivt med avvikelser enligt gemensam struktur för Kvalitetsråd.