

Patientsäkerhetsberättelse

Hälso- och sjukvårdsenheten, Österåkers
kommun

2021

2022-01-21

Hedda Odell Verksamhetschef

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Målredovisning	5
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Synpunkter och klagomål	10
Egenkontroll.....	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	11
Risikanalys	12
Utredning av händelser - vårdskador	12
Informations säkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS.....	14
Egenkontroll.....	14
Åtgärder	17
Sammanfattning av resultatet från Apoteksgranskning 2021	19
Efter apoteksgranskningen skapades en handlingsplan som följts upp under året. Nedan följer några punkter som tagits upp och säkerställt genom handlingsplanen.	19
Statistik avvikelser, synpunkter/klagomål och lex Sarah/Lex Maria för området funktionsnedsättning 2021	21
Analys avvikelser 2021	21
Risikanalys	23
Risikanalys	23
Covid-19	26
Mål och strategier för kommande år	27
Referenser	27

Sammanfattning

- Kartläggningsprocessen har gått framåt under året. 16 av 16 enheter är fullständigt genomgångna.
- Verksamheten har infört beredskap för sjuksköterska under jourtid
- Samarbete med Görjansängen (Ljusterö särskilt boende) har startats
- Arbetet med att införa Lifecare HSL har startats.
- Personal inom hälso- och sjukvårdsenheten har genomgått kompetensutveckling inom utmanande beteende, förskrivningsrätt av inkontinens- och diabetes hjälpmedel, autism och neuropsykiatri på grundläggande nivå, Appva, användarutbildning i Lifecare, HLR, tidiga tecken för demens för personer med funktionsnedsättning.
- Delegeringsprocessen har digitaliserats
- Digitala signeringslistor via Appva har införts
- Primärvården har haft ett uppstartsmöte för att öka samverkan

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) består av ett team av sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut. HSE arbetar med kundernas dagliga behov av hälso- och sjukvård och parallellt sker ett aktivt uppsökande arbete där syftet är att förebygga skador och främja välbefinnande.

HSE- verksamheten i Österåkers kommun bistår med hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå till ca 90 patienter spridda på kommunens gruppboenden, samt ca 100 kunder inom dag och dagligverksamheter, sammanlagt 16 enheter.

Patientbilden är väldigt varierande. Det finns patienter med större omvårdnadsbehov där sjuksköterskor behöver besöka ett flertal gånger i veckan. Det finns även patienter med större rehabiliterings- och habiliteringsbehov där arbetsterapeut och fysioterapeut kontinuerligt behöver besöka och bistå med insatser.

Verksamheten består av 2,39 helårsarbetande sjuksköterskor, 0,9 helårsarbetande fysioterapeut och 0,8 helårsarbetande arbetsterapeut, och den är förlagd på dagtid måndag – fredag. Från och med 2021-07-01 har verksamheten övergått i egen regi för jourverksamheten där sjuksköterska har beredskap var sjätte vecka. Verksamheten har kontor vid Solskiftesvägen 3b-d i Åkersberga.

Övergripande mål och strategier

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

Hälso- och sjukvårdsenhetens mål för 2021:

Verksamhetsmål / Enhetsmål	2020	2021
V Planera och genomföra riktade utbildningar för användandet av beslutade IT verktyg	◆	●
V Österåker skall ha en trygg miljö	●	●
V Ekonomi i balans produktionsförvaltningen	◆	●
E HSE/LSS ska vara en attraktiv arbetsplats.	●	●
E Öka nöjdheten gällande hälso- och sjukvårdsinsatser hos brukare i kommunen.	◆	◆
E Ökad nöjdhet hos brukare gällande tillgänglighet och bemötande från HSE	●	◆
E Patientens hälsa är under kontroll	●	●

Två enhetsmål är inte riktigt uppfyllda under 2021.

Det gäller arbetet med att skapa en bättre samverkan med primärvården, målet att öka nöjdheten gällande hälso- och sjukvårdsinsatser hos brukare i kommunen. Samverkan har endast startats under 2021, ett första uppstartsmöte där förslag om att starta ett arbete mot en gemensam samverkansöverenskommelse lyftes. Mycket arbete kvarstår för att öka nöjdheten gällande läkarinsatserna inom LSS. Nästa möte planeras till januari 2022.

HSE har inte helt uppnått målet med att vara mer synliga och tillgängliga i verksamheterna, målet med en ökad nöjdhet hos brukare gällande tillgänglighet och bemötande från HSE har därmed inte uppnåtts. Under 2022 har verksamheten fått i uppdrag från beställande enheter att öka

närvaron av sjuksköterska inom Bergsätra gruppbostad och Oppsätra gruppbostad vilket schemaläggs från februari 2022.

Målredovisning

Planera och genomföra riktade utbildningar för användandet av beslutade IT verktyg



Aktiviteter	Slutdatum	Kommentar	
✓ Avslutad enligt plan	Utbildning i digitala verktyg (VoO)	2021-12-31	Lifecare avvikelser, Lifecare HSL, Appva
✓ Avslutad enligt plan	Digitalisera delegeringsprocessen	2021-12-31	Apoteket och Appva
✓ Avslutad enligt plan	2c8 processer	2021-12-31	
▶ Pågående enligt plan	Lifecare HSL	2021-12-31	

Lifecare HSL kommer att slutföras under kvartal ett 2022

Österåker skall ha en trygg miljö



Resultatindikatorer	Utfall Helår 2020	Utfall Helår 2021	Målnivå Helår 2021
Antalet avvikelser inom VoO verksamheter område funktionsnedsättning	155	168	160

Ekonomi i balans produktionsförvaltningen



Resultatindikatorer	Utfall Helår 2020	Utfall Helår 2021	Målnivå Helår 2021
Ekonomi i balans inom respektive verksamhetsområde			0

Hälso- och sjukvårdsenheten genomförde en översyn av sin organisation med start i slutet av 2020 med genomförande 2021. Organisationen behövde dels ses över på grund av driften av ett nytt särskilt boende för äldre på Ljusterö (Görjansängen) och dels hade verksamheten ett underskott under 2020.

I samband med budgetarbetet gjordes en översyn av uppgifterna som åligger en arbetsterapeut inom HSE. Arbetsgivaren kom fram till att det hittills har varit en överleverans av tjänster till våra verksamheter som inte ryms inom uppdraget. Till exempel hade HSE erbjudit alla verksamheter kontinuerlig utbildning i förflyttningsteknik, något som varje verksamhet ska stå för själva. Dessutom har att en stor del av arbetet kring inventering av befintliga hjälpmedel samt kartläggning av kundernas förmågor slutförts vilket från och med 2021 inte kommer ta lika mycket tid i anspråk. 50% arbetsterapeut har förhandlats bort under 2021.

Görjansängen öppnades i kommunalregi den 15 juni 2021. Detta förväntades också medföra synergieffekter för verksamhetens ekonomi. Detta medförde att beredskap för sjuksköterskor infördes från första juli 2021 och avtalet med extern leverantör sades upp. Dessutom har HSE bistått Görjansängen med arbetsterapeut och fysioterapeut vilket innebär ytterligare effektivisering.

Effektivisering och digitalisering inom hälso- och sjukvårdsområdet är en förutsättning för att nå en budget i balans. Där digitalisering av delegeringsprocessen som införs under 2021 ses som ett steg i rätt riktning. Under 2021 har verksamheten även infört digitala signeringslistor vilket ytterligare har effektiviserat arbetet.

Totalt har dessa åtgärder medfört en effektivisering på 850tkr i budget 2022 jämfört med 2021.

Aktiviteter	Slutdatum	Kommentar
✓ Avslutad enligt plan	Månadsuppföljning	2021-11-30
✓ Avslutad enligt plan	Se över tjänsteomfattningen HSE	2021-09-30
✓ Avslutad enligt plan	Införa beredskap för sjuksköterskor	2021-06-30

HSE/LSS ska vara en attraktiv arbetsplats.

Under 2022 har verksamheten lagt fokus på kompetensutveckling inom utmanande beteende och autism. Där flera medarbetare gått följande kurser:

- Utmanande beteende (Forum Carpe)
- Autism och neuropsykiatri (Forum Carpe)

Hälso- och sjukvårdsenheten har dessutom satsat på ytterligare kompetensutveckling för en sjuksköterska inom förskrivning av inkontinens- och diabeteshjälpmedel 7,5hp genom Högskolan i Skövde.

Under oktober genomgick all HSL personal utbildning i ett nytt system för digital signering av läkemedel (Appva), vilket infördes den 9 november 2021.

Vid två tillfällen ett i november och december har verksamheten genomgått utbildning i ett nytt journalsystem Lifecare HSL som planeras införas under kvartal 1 2022.

Aktiviteter	Slutdatum	Kommentar
✓ Avslutad enligt plan	Kompetensutveckling	2021-12-31
✓ Avslutad enligt plan	Närvarande ledarskap	2021-12-31
✓ Avslutad enligt plan	APT	2021-12-31

Öka nöjdheten gällande hälso- och sjukvårdsinsatser hos brukare i kommunen.

Det gäller arbetet med att skapa en bättre samverkan med primärvården mot målet att öka nöjdheten gällande hälso- och sjukvårdsinsatser hos brukare i kommunen. Samverkan har endast startats under 2021, ett första uppstartsmöte där förslag om att starta ett arbete mot en gemensam samverkansöverenskommelse lyftes. Mycket arbete kvarstår för att öka nöjdheten gällande läkarinsatserna inom LSS. Nästa möte planeras till januari 2022.

Aktiviteter	Slutdatum	Kommentar
🟡 Pågående med avvikelser	2020-12-31	Utveckla samverkan med externa aktörer såsom primärvård i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska.
✅ Avslutad enligt plan	2021-12-31	Utveckla samarbete med Ljusterö äldreboende

Ökad nöjdhet hos brukare gällande tillgänglighet och bemötande från HSE

- 🟡 HSE har inte helt uppnått målet med att vara mer synliga och tillgängliga i verksamheterna mot målet ökad nöjdhet hos brukare gällande tillgänglighet och bemötande från HSE. Under 2022 har verksamheten fått i uppdrag från beställande enheter att öka närvaron av sjuksköterska inom Bergsätra gruppboende och Oppsätra gruppboende vilket schemaläggs från februari 2022.

Patientens hälsa är under kontroll

- 🟢 Under 2022 kommer verksamheten att satsa på att upprätta rutiner för nutrition och inkontinens.

Aktiviteter	Slutdatum	Kommentar
🟡 Pågående enligt plan	2022-12-31	Upprätta nya rutiner och implementera dessa i verksamheterna
✅ Avslutad enligt plan	2020-12-31	Ökad närvaro vid verksamheterna APT
✅ Avslutad enligt plan	2021-12-31	Slutföra kartläggning

Organisation och ansvar

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

Produktionsförvaltning Österåkers kommun har ett övergripande ansvar för styrning av kommunalt drivna vård- och omsorgsverksamheter, samt för att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Det finns ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och arbetsmiljöarbetet som gäller för samtliga verksamheter inom vård och omsorg. Systemen finns tillgängligt för all personal via kommunens intranät och Stratsys.

Verksamhetschefen har enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvar för att verksamheten tillgodoser en hög patientsäkerhet och en god kvalitet. Verksamhetschef har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Dessutom ingår ansvar för att legitimerad personal har rätt kompetens och en giltig legitimation.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp det dagliga arbetet för omvårdnaden och ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs korrekt samt dokumenteras i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Journalssystemet som används är Procapita. Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive

patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs samt dokumenterar i HSL-journalen. Verksamhetschef är ansvarig för rapportering och utredning av avvikande händelser. Under 2021 har arbetet med en övergång till ett nytt journalsystem Lifecare HSL startats. HSE beräknas gå över med sina verksamheter i det nya systemet under första kvartalet 2022.

Verksamhetschefen ansvarar tillsammans med enhetscheferna för gruppboendena samt dagliga verksamheter för att upprätta och revidera lokala rutiner utifrån rådande riktlinjer. Legitimerad personal inom HSE granskar rutinerna och förmedlar dessa till enhetschef på boende och daglig verksamhet, som i sin tur förmedlar rutinerna till personalen på boendet/dagliga verksamheten.

Under jourtid (kvällar, nätter och helger) har det varit joursjuksköterska från upphandlad leverantör som personalen kontaktar om de har frågor kring vården. 2021-07-01 övergick detta i egenregi med beredskaps sjuksköterska.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan är synonymt med samarbete, lagarbete och gemensamt uppträdande. Samverkan har en avgörande betydelse för att funktionsnedsatta ska få en god vård och omsorg utifrån sina individuella behov. Enligt studier finns det flera viktiga parametrar för en väl fungerande samverkan: Förståelse för varandras professioner, klart definierade funktionsgränser, lagarbete, samordnad administration, gemensamma mål och samordnad politisk ledning. (Matscheck och Axelsson 2012)

Inom hälso- och sjukvårdsenheten arbetar man ständigt i strävan att samverka för högsta möjliga patientsäkerhet. Samverkan förekommer strategiskt inom hälso- och sjukvårdsenheten enligt följande mötesstruktur:

- Ledningsgruppsmöten inom Produktionsförvaltningen vård och omsorg organiseras 2 gånger per månad. Mötena leds av Verksamhetschef. Medverkande är enhetschefer från LSS-enheter och äldreomsorgsenheter. Här finns forum att samverka på ledningsnivå.
- Samverkansmöten med mellan Enhetschefer LSS-enheter dess omvårdnadspersonal och HSE sker genom ökad närvaro vid verksamheternas APT.
- På HSE hålls APT där alla yrkeskategorier medverkar tillsammans med verksamhetschef.
- På HSE träffas legitimerad personal 1ggr/vecka och diskuterar operativa frågor på individnivå, med syfte att samverka för att stärka det tvärprofessionella teamarbetet runt patienten.
- HSL-möte var sjätte vecka för all verksam HSL-personal inom kommunalregi (HSE och Görjansängen)
- Aktuell yrkeskategori inom HSE medverkar på möten vid LSS-enheterna vid behov
- Sjuksköterskemöten och rehabiliteringsmöten hålls månadsvis för att behandla strategiska frågor behandlas för att främja verksamhetens utveckling.

- Tillgång som konsument till NPÖ har skapats för att förstärka samverkan och patientsäkerheten tillsammans med externa aktörer.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående, kontaktpersoner samt gode man har skett via ankomstsamtal eller planeringsmöte både vid ändrat hälso-tillstånd eller uppföljning. Ibland sker kontakt med närstående eller god man per telefon. Vårdplan dokumenteras i ProCapita när problem uppstår och åtgärder behövs. Planeringsmöten och vårdplanering sker vid behov men minst 1 gång/år. Medverkande är patienten, närstående eller god man, personal och HSL-personal. *SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

Delaktigheten för patienterna inom hälso- och sjukvårdsenheten säkerställs och effektiviseras genom samverkan i vårdprocessen för patienten. Detta görs genom tydlig kommunikation och ett nära samarbete mellan alla yrkeskategorier. Samarbetet stärks via en tydlig intern mötesstruktur, samt ett välfungerande samarbete med enhetscheferna och omvårdnadspersonalen. Samverkan med externa aktörer kan förbättras, men förekommer bland annat inom psykiatrin där Aleris bjuder in. Under 2022 vill verksamheten få till ett samverkansavtal med primärvården för att ytterligare stärka samverkan.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Rutiner för avvikelser finns tillgängliga för all personal på intranätet. Under 2021 bytte verksamheterna i kommunalregi avvikelssystem från Procapita till Lifecare avvikelser. En utbildningsfilm spelades in för att tydliggöra vad en avvikelse är samt hur man dokumenterar en avvikelse.

1. När en avvikelse inträffar dokumenterar berörd personal händelsen i systemet Lifecare avvikelser, vad som har hänt eller skulle kunnat hända. Personalen beskriver händelseförloppet, vilka orsaker den kan se till händelsen och vilka åtgärder som behövs för att förhindra att det inträffar igen. Avvikelser gällande läkemedel ska alltid rapporteras till ansvarig sjuksköterska. Avvikelser gällande fall och medicintekniska produkter ska alltid rapporteras till ansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.
2. Verksamhetschef tar alltid del av avvikelsen och gör en bedömning av eventuella vidare åtgärder. Verksamhetschef ansvarar även för uppföljning och utvärdering av avvikelsen.
3. Vid risk för eller vid konstaterat missförhållande rapporteras detta som en Lex Sarah enligt kommunens rutiner. Där rapport och utredning görs av respektive enhetschef och därefter överlämnas rapport och utredning till verksamhetschef för bedömning.
4. Vid risk för vårdskada eller vid vårdskada rapporteras händelsen med utredning över till Verksamhetschef, Produktionsförvaltningen vård och omsorg, för hantering enligt MAS/MAR riktlinjer.
5. Verksamhetens avvikelser med dess åtgärder diskuteras och följs upp månatligen på APT.

6. Varje yrkeskategori inom HSE stöttar Enhetscheferna på LSS-verksamheterna i avvikelser rörande omvårdnadspersonalen och hälso- och sjukvårdsinsatser.
7. Avvikelser gällande externa aktörer hanteras i samverkan med berörd aktör. Händelsen dokumenteras och delges aktuell aktör. Analys och uppföljning av gemensamma avvikelser sker på samverkansmöten.
8. Verksamhetschef inom Hälso- och sjukvårdsenheten ansvarar för att nya medarbetare introduceras i verksamhetens avvikelserutiner.

Synpunkter och klagomål

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

Hälso- och sjukvårdsenheten arbetar enligt kommunens rutiner för synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål, både interna och externa kan tas emot via telefon, mail eller i mötet med annan person. Dessa dokumenteras sedan 2021 i Lifecare avvikelser som finns tillgänglig för alla medarbetare på intranätet (inomskärs) eller via externa webbplatsen www.osteraker.se. Här beskrivs synpunkten eller klagomålet samt vilka orsaker som kan ligga till grund för Synpunkten/klagomålet.

Enhetschef och Verksamhetschef ansvarar för att:

- Bedöma vilken typ av synpunkt och klagomål rapporten beskriver
- Om möjligt vidta åtgärder i verksamheten
- Informera personalen om synpunkterna och åtgärderna
- Skicka svar till administrative samordnaren för produktionsförvaltningen för diarieföring.
- lämna en återkoppling till den som lämnat synpunkterna inom 2 veckor

Egenkontroll

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

Egenkontroller enligt verksamhetens egenkontrollprogram:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Protokoll
Delegering	1 gång per år och vid behov	Protokoll
Apoteksgranskning	1 gång per år	Protokoll
Läkemedelshantering	1 gång per år	Rutin
Avvikelser	2 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet och Stratsys
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Lagefterlevnadskontroll	1 gång år	Checklista, enhetschef
Loggkontroll	4-6 gånger år	Blankett som skrivs på av enhetschef Underlaget förvaras sen hos systemförvaltaren.

Förflyttningsutbildning	1 gång per år/enhet och vid behov	Information lämnas till ansvarig chef på respektive enhet om vem som genomfört utbildningen.
Hjälpmedel funktionskontroll	Vid utlämnade av hjälpmedlet samt vid behov dock minst en gång/år.	Dokumenteras på hjälpmedlets respektive inventarieblad samt på översikten.
Hjälpmedels inventering	1 gång per år och vid behov	Uppdaterad inventarielista
Sängar	Besiktning vartannat år	Protokoll från levererande företag
Lyftsele	Vid varje lyft samt två gånger per år	Dokumenteras på hjälpmedlets respektive inventarieblad samt på översikten.
Tak- och golvlift	1 gång per år	Dokumenteras på hjälpmedlets respektive inventarieblad samt på översikten.
Inventering av skyddsutrustning	1 gång per år	Dokumenteras i lista för skyddsutrustning
Dataåtkomst	4 gånger per år	Börja/sluta

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Hälsa- och sjukvårdsenheten har arbetat enligt följande för att öka patientsäkerheten under 2021:

- Genom en systematisk kartläggning av kommunens patienter säkerställt att alla får en risk- och preventionsbedömning med tillhörande aktuell HSL-dokumentation. Kartläggningen har fortgått under 2021, och 16 av 16 enheter är helt klara.
- Digitalisering av delegeringsprocessen
- Verksamheternas processer har riskbedömts och åtgärder har vidtagits vid behov för att öka patientsäkerheten
- Apoteksgranskning har genomförts och handlingsplan upprättats.
- Egenkontrollplanen har följts under 2021. Vid avvikelser skriva handlingsplan med åtgärder.
- Aktivt deltagit för att ta fram rutiner för att minska smittspridningen av Covid-19 inom verksamhetsområdet. Utbildat omvårdnadspersonal i hantering av skyddsutrustning. Samverkat med husläkare och omvårdnadspersonal för att kunna agera snabbt om någon kund påvisat symtom för Covid-19

- Strukturerad genomgång av verksamhetens rutiner och dess aktualitet har genomförts detta görs minst en gång om året eller vid behov. Alla rutiner finns tillgängliga för medarbetarna på intranätet.
- Infört beredskap i egenregi för sjuksköterskor
- Kompetensutveckling inom området för autism, inkontinens, diabetes och demens.

Riskanalys

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

I förbättringsarbetet läggs stor vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskbedömningar för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar i verksamheten. Inför förändringar av verksamheten eller förändringar av personalens sammansättning genomförs riskanalys enligt verksamhetens rutiner. Enhetschefen initierar processen men utför analysen tillsammans med berörda yrkeskategorier. Möjliga konsekvenser identifieras för enskilda medarbetare, arbetsgrupp, verksamhet och patient. En handlingsplan skapas med åtgärder och en tydlig tidsplan för uppföljningar.

Med hjälp av riskanalys bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. För att säkerställa att hälso- och sjukvårdsenheten uppnår avsedda resultat med ledningssystemet har hälso- och sjukvårdsenheten fastställt de risker som behöver hanteras i verksamheten. Detta för att på förhand kunna eliminera risker, eller och ha planering för när de inträffar.

Målet med riskanalysen är att: identifiera accepterade risker, eliminera risker, hantera/minimera risker samt indirekt via identifieringen se förbättrings möjligheter. Riskanalyser skall omfatta verksamhetens samtliga delar för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och föreskrifter och beslut.

Läs mer om verksamhetens riskanalyser under analys och resultat.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Alla avvikelser och synpunkter har hanterats under 2021. De mest förekommande avvikelserna gäller läkemedel och fall. Se statistik under resultat och analys.

Samverkan gällande avvikelshantering med Enhetscheferna inom LSS sker kontinuerligt och personal från hälso- och sjukvårdsenheten deltar aktivt vid verksamheternas APT för att diskutera avvikelser vid behov.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Nya rutiner har tagit fram under 2020 för hälso- och sjukvårdsdokumentation i Procapita. Enhetliga inskrivningsrutiner för respektive profession har tagits fram för att förenkla arbetet och göra arbetet spårbart i journalsystemet.

Österåkers kommun har under lång tid använt Procapita för hälso- och sjukvårdsdokumentation inom områdena äldreomsorg och funktionsnedsättning. Leverantören för Procapita är Tieto Evry som nu har utvecklat ett nytt verksamhetssystem Lifecare. Lifecare består av flera olika moduler där kommunen valt att satsa på flera av dem. Lifecare HSL är ett komplett journalsystem för kommunal hälso- och sjukvård. För att bygga upp modulen krävs ett omfattande arbete för att anpassa verksamheten efter ICF standard och skriva aktuella frastexter. Syftet med Lifecare HSL är patientsäkerhet. Patienten ska få en rätt behandling vid rätt tillfälle. Lifecare HSL ska ge stöd för användaren i det dagliga patientarbetet. Produktionsförvaltningens verksamhetsområde Vård och omsorg vill utveckla och kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdsdokumentationen. HSE beräknas gå över i nya Lifecare HSL under kvartal 1 2022

Sträng sekretess gäller inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för uppgifter om en enskilds personliga förhållande. Det innebär att uppgifter inte får röjas om det inte står klart att de kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men (Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 25 kap.1§ och 26 kap. 1§).

Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för hantering av journaler i verksamheten. Ansvaret omfattar bland annat att tilldela, förändra och avsluta behörigheter för legitimerad personal samt att följa upp att kontrollen av åtkomsten till patientuppgifter är korrekta genom loggkontroller.

De medarbetare som har behörighet till dokumentationssystemet Procapita, har själva ansvar att arbetet utförs från en säker dator under sekretess. Medarbetare, skall skydda sin inloggning med säkra lösenord, aldrig lämna datorn öppen med känslig information och försäkra sig om att datorn aldrig lämnas utan uppsyn på offentlig plats. Personal som inte har en aktuell pågående vårdrelation av patienten får inte utan samtycke läsa någons patientjournal även om tillgänglighet och om möjlighet finns. Alla aktiviteter loggas i datajournalen.

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk utför verksamheten loggkontroller för hälso- och sjukvårdsdokumentationen i Procapita.

Vårdgivaren säkerställer att personuppgifter som behandlas i informationssystem säkerhetskopieras med en fastställd periodicitet. Säkerhetskopiorna förvaras på ett säkert sätt, väl åtskilda från originaluppgifterna. Återläsningstester av kopiorna ska göras. För journalsystemet ProCapita tas backup, en gång per dygn samt en gång per vecka. Veckobackuper sparas en månad.

Vårdgivaren utvärderar årligen skyddet mot såväl intern som extern olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter.



Journalssystemet Procapita är säkerhetsklassat. Det tekniska skyddet i form av exempelvis brandväggar, testas regelbundet av extern part så kallat Penetrationstest. Loggning utvärderas regelbundet via AI. Externåtkomst av journalförande system kräver tvåfaktorsinloggning för användare och vid behov av konsult öppnas enbart på begäran kopplat till ett ärende.






RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3


Egenkontroll

Ny patient HSE

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall	Ansvarig
 Godkänd	Lagefterlevnad hälso- och sjukvårdsenheten	Följer enheten de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Finns det några nya eller uppdaterade lagar inom området?		Hedda Odell
 Delvis godkänd	Riktlinjer från MAS och MAR	Genomgång av riktlinjer från Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Följs riktlinjerna?		Hedda Odell

Status	Åtgärd	Kommentar	Slutdatum
	Rutiner för att spärra journal och skyddad ID	Med nya Lifecare HSL är detta möjligt	2021-12-31
	Upprepa LSS grundläggande principer		2021-12-31
	Behovs och riskanalys över behörigheter i journalssystem		2021-12-31
	Införa egenkontroll för behörigheter till IT system		2021-11-30
	Skapa rutiner		2022-06-30

Omvårdnad

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall	Ansvarig
 Godkänd	Basala hygien- och klädregler	Beskriver egenkontroll av basala hygienregler och klädregler. Denna egenkontroll användas för bedömning av behovet att använda arbetskläder och/eller tillämpa basala hygienrutiner.	G:\PF\VoO\VoO_L G\Kvalitet\Basala hygienrutiner\Egenkontroll maj 2021	Hedda Odell

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall	Ansvarig
● Godkänd	Avvikelser Jan-juni		Nytt system med Lifecare avvikelser infördes under våren 2021	Hedda Odell
● Godkänd	Avvikelser juli-dec			Hedda Odell
● Godkänd	Egenkontroll basala hygienrutiner			Hedda Odell
◆ Delvis godkänd	Egenkontroll drivmedel	Kontroll av att aktuell rutin för drivmedel följs		Hedda Odell
● Godkänd	Verksamhetsplan	Kontroll av att verksamhetsplan är upprättad för året		Hedda Odell
● Godkänd	Genomgång av verksamhetens rutiner och intranät	Är alla rutiner uppdaterade och aktuella? Behövs nya rutiner? Är intranätet (inomskärs) uppdaterat?		Hedda Odell
● Godkänd	Egenkontroll läkemedelrutiner	Beskriver verksamhetens egenkontroller av administrering av läkemedel. Hur SSK säkerställer att olika läkemedel administreras enligt rutin.		Hedda Odell
● Godkänd	Egenkontroll följsamhet av delegeringsrutin	Beskriver hur verksamheten säkerställer att aktuella rutiner för delegering är aktuella och efterlevs. Finns det avvikelser gällande läkemedelsadministrering?		Hedda Odell
● Godkänd	Verksamhetsberättelse	Är verksamhetsberättelse upprättad?		Hedda Odell
● Godkänd	Patientsäkerhetsberättelse	Är patientsäkerhetsberättelse upprättad enligt rutin?		Hedda Odell
◆ Delvis godkänd	Samverkan	Har samverkan med läkare, MAS/MAR, PR-vård, EC och medarbetare i LSS verksamhet fungerat? hålls samverkansmöten kontinuerligt? Finns avvikelser gällande samverkan? Finns rutiner för		Hedda Odell

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall	Ansvarig
		Är verksamheten samverkan?		
● Godkänd	Verksamhetsberättelse	Är verksamhetsberättelse upprättad		Hedda Odell
● Godkänd	Patientsäkerhetsberättelse	Är patientsäkerhetsberättelse upprättad?		Hedda Odell
● Godkänd	Kartläggning av patienter	Kartläggning av patienter inom hälso- och sjukvårdsenheten.		Hedda Odell
● Godkänd	Apoteksgranskning	Apoteksgranskning ska genomföras minst en gång per år och handlingsplan ska tas fram för åtgärderna	Apoteksgranskning är utförd och godkänd med handlingsplan	Hedda Odell
● Godkänd	Riskbedömning av processer	Årligen ses verksamhetens processer över för att hålla dessa aktuella. Målet med riskanalysen är att: identifiera accepterade risker, eliminera risker, hantera/minimera risker samt indirekt via identifieringen se förbättringsmöjligheter		Hedda Odell
● Godkänd	Egenkontroll IT licenser	Licenser, behörigheter Lifecare, börja/sluta		Hedda Odell

Status	Åtgärd	Kommentar	Slutdatum
✓	Information vid APT		2021-12-31
⏸	Rutiner för inkontinens och blåsdysfunktion		2020-12-31
✓	Signaturförtydligande och uppdatera arkiveringsrutin		2021-12-31
▶	Rutin för att spåra ansvarig omvårdnadspersonal		2021-12-31
▶	Samverkansöverenskommelse		2022-12-31
✓	Färdigställa kartläggning		2021-06-30
✓	Rutin beredskap		2021-06-30
✓	Vårdkedjeavvikelse		2021-06-30
✓	Generisk substitution	Information till alla verksamheter vid APT	2021-06-30
▶	Införa egenkontroll för iordningställande av läkemedel		2022-03-31
✓	Egenkontroll uppföljning av vid behovs läkemedel		2022-03-31
✓	Komplettera läkemedelsrutinen		2021-06-30

Rehabilitering

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall	Ansvarig
● Godkänd	Kontroll att arbetet kring fallprevention fungerar	Förbättra teamarbetet med alla enhetschefer och gör all personal delaktig i det fallförebyggande arbetet. Utbildning och implementation av nya rutiner och riskförebyggande arbete		Hedda Odell
● Godkänd	Funktionskontroll MTU	Checklista för funktionskontroll av medicinteknisk utrustning.		Hedda Odell
● Godkänd	Besiktning av sängar			Hedda Odell
● Godkänd	Periodisk inspektion	Periodisk inspektion av lyftselar		Hedda Odell
● Godkänd	Utbyte av gamla vårdsängar	Projekt påbörjas 2021 att byta ut alla gamla vårdsängar under en 4-års period.	Vi byter ut sängarna inom daglig verksamhet, Knopen och Sågen. Dessutom byts en av sängarna på Smedby gruppbostad ut.	Hedda Odell

Avslut av patient HSE

Utfall	Egenkontroll	Beskrivning av egenkontroll	Kommentar till utfall	Ansvarig
● Godkänd	Arkivering av gamla hälso- och sjukvårdsjournaler	Kontroll att hälso- och sjukvårdsjournaler arkiveras i rätt tid och avslutas i ProCapita. 10 år efter sista anteckning kan journalerna arkiveras om patienten inte tillhör en spargrupp.		Hedda Odell

Åtgärder

Status	Åtgärd	Åtgärdsbeskrivning	Startdatum	Slutdatum	Ansvarig för utförande
✓	Annons timvikarier	Gå ut med annons för sjuksköterska timvikarier	2021-11-29	2021-12-31	Verksamhetschef
✓	Avtal med Agila	Avtal med bemanningsföretag för rehabiliteringspersonal	2021-05-01	2021-09-30	Verksamhetschef
✓	Brev till verksamhetschefer vid vårdcentraler	Verksamhetschef har skickat brev till alla vårdcentraler för att påvisa bristande samverkan.	2021-06-01	2021-12-31	Verksamhetschef

Status	Åtgärd	Åtgärdsbeskrivning	Startdatum	Slutdatum	Ansvarig för utförande
✓	Digitalisera delegeringsprocessen	Apotekets utbildning och test skulle kunna kvalitetssäkra delegeringsprocessen	2020-09-07	2021-06-30	Verksamhetschef
✓	Implementera ny rutin	Ny rutin är upprättad vad gäller hälso- och sjukvårdsdokumentation.	2019-12-04	2020-06-30	Verksamhetschef
✓	Information om delegeringsprocessen	Information till enhetschefer angående delegeringsprocessen och e-tjänsten för anmälan av vikarier för delegering.	2021-09-01	2021-09-30	Verksamhetschef
✓	Information vid APT	Information om egenkontrollens resultat vid APT. Det som brister är att namn, registreringsnummer och mätarställning inte alltid skriv på kvittot.	2021-09-29	2021-12-31	Verksamhetschef
✓	Kontakta BoU		2021-05-27	2021-05-31	Verksamhetschef
✓	Skapa rutiner	Nutrition Inkontinens Fotvård och medicinsk fotvård	2021-10-22	2022-06-30	Verksamhetschef
✓	Information till enhetschefer	Verksamhetschef skickar information till alla enhetschefer om problemet.	2021-08-23	2021-09-29	Verksamhetschef
✓	Information vid APT	Information om att träning och ortoser är likställt med en ordination av läkemedel.	2021-05-01	2021-09-30	Verksamhetschef
✓	Rutiner för att spärra journal och skyddad ID	Ta reda på om det finns rutiner för följande i Procipita: Finns rutiner för att spärra journalen? Finns rutiner för skyddad identitet?	2020-09-07	2021-12-31	Verksamhetschef Med nya Lifecare HSL är detta möjligt
✓	Samverkansmöte med vårdcentraler	28/10 är det bokad samverkansmöte med vårdcentralernas verksamhetschefer för att ta första steget mot en samverkansöverenskommelse.	2021-09-29	2021-12-31	Verksamhetschef
✓	Appva digital signering	Införa digitala signeringslistor för hela vård och omsorg	2021-06-01	2021-12-31	Verksamhetschef
🕒	Rutiner för inkontinens och blåsdysfunktion	Upprätta rutiner för inkontinens och blåsdysfunktion	2020-01-28	2020-12-31	Enhetschef
▶	Samverkansavtal	Skapa ett samverkansavtal tillsammans med verksamhetschefer för	2021-11-29	2022-12-31	Verksamhetschef

Status	Åtgärd	Åtgärdsbeskrivning	Startdatum	Slutdatum	Ansvarig för utförande
		läkarorganisationen samt MAS			
▶	Upprepa LSS grundläggande principer		2021-10-22	2022-12-31	Verksamhetschef
✓	Behovs och riskanalys över behörigheter i journalsystem		2021-10-22	2021-12-31	Verksamhetschef
▶	Möte med Österåkersdoktorerna	Samverkansmöte	2021-12-15	2022-01-31	Verksamhetschef
✓	Införa egenkontroll för behörigheter till IT system	Se till att personalen har rätt behörighet?	2021-10-22	2021-11-30	

Sammanfattning av resultatet från Apoteksgranskning 2021

Apoteksgranskningen är att ses som ett led i verksamhetens egen kontinuerliga kvalitetssäkrings- och utvecklingsarbete för att kunna säkerställa alla delar i läkemedelshanteringskedjan.

Kvalitetssäkringsarbete ska pågå kontinuerligt och verksamheten uppmanas att regelbundet genomföra egenkontroller för att säkerställa en kvalitativ läkemedelshantering.

Kvalitetssäkringsarbete ska pågå kontinuerligt och verksamheten uppmanas att fortsätta med egenkontroller för att säkerställa en kvalitativ läkemedelshantering.

Årets kvalitetsgranskning inleddes med en diskussion där verksamhetschef, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och två av tre sjuksköterskor deltog. Vid apoteksgranskningen diskuterades vikten av en fullgod spårbarhet och tydliga ansvarsfördelningar som grundpelare i en god läkemedelshantering. Något efterföljande besök (stickprov) på boendena genomfördes inte på grund av Covid-19, men en enkät skickades ut med frågor om delegering och den praktiska hanteringen för delegerad personal att besvara.

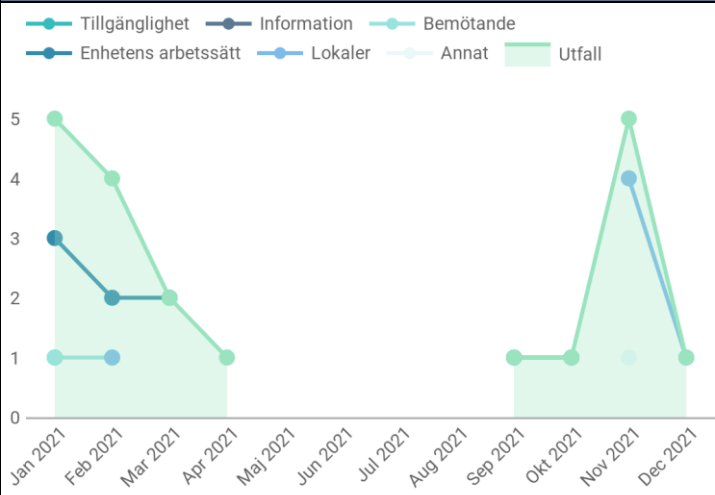
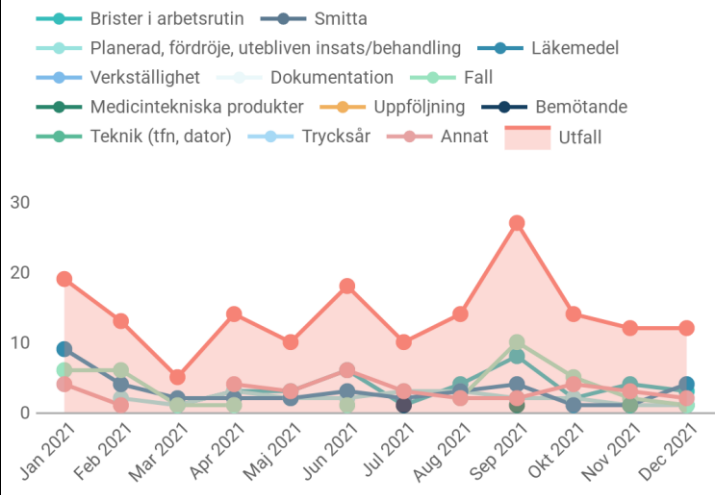
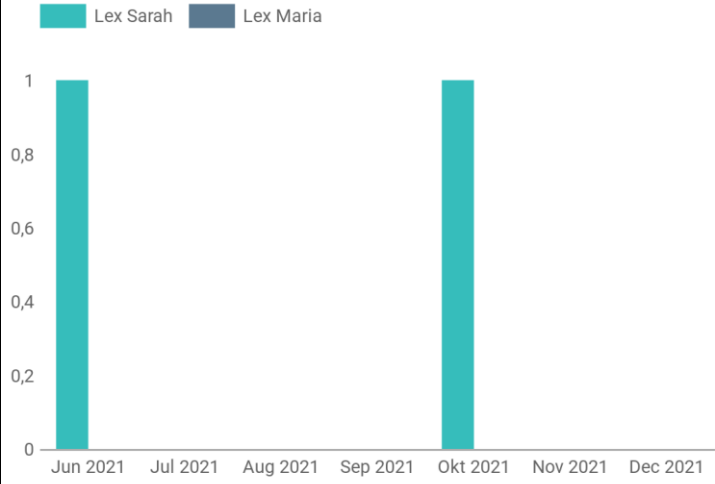
Den sammanfattande upplevelsen är att läkemedelshantering och narkotikahanteringen fungerar mycket bra. Mycket fint utformade och informativa lokala rutiner finns framtaget i verksamheten och påpekanden från föregående års granskning har till stor del åtgärdats. Följsamheten till lagar och föreskrifter är till största delen god vilket är en förutsättning för ett patientsäkert arbete. Förhoppningen är att det fina arbetet ska fortgå.

Efter apoteksgranskningen skapades en handlingsplan som följts upp under året. Nedan följer några punkter som tagits upp och säkerställt genom handlingsplanen.

✓	Signaturförtydligande och uppdatera arkiveringsrutin	Säkerställ att alla journalnoteringar går att spåra, komplettera signaturförtydligande listorna med alla sjuksköterskors, även sjuksköterskornas signaturer. Följ anvisningarna i den övergripande riktlinjen för arkivering, bilägg signaturförtydligandelistorna när patientens journal ska arkiveras vid	2020-05-27	2021-12-31	Verksamhetschef
---	--	---	------------	------------	-----------------

		flytt			
▶	Rutin för att spåra ansvarig omvårdnadspersonal	Ta fram en rutin som gör att det är möjligt att spåras bakåt i tiden vem som hade ansvaret för att administrera ett läkemedel till patienten. När det gäller läkemedel ska alla led kunna vara spårbara.	2020-05-27	2021-12-31	Verksamhetschef
▶	Samverkansöverenskommelse	Egenvård Bevakningsfunktion i Pascal Ansvar vaccinering Kontakt med läkare (regelbundna konsultationstider) Läkemedelsgenomgångar Informationsöverföring legitimerad till legitimerad Läkarbesök i kundens hemmiljö	2021-05-10	2022-12-31	Verksamhetschef
✓	Färdigställa kartläggning		2021-05-10	2021-06-30	Verksamhetschef
✓	Rutin beredskap	Informationsöverföring	2021-05-10	2021-06-30	Verksamhetschef
✓	Vårdkedjeavvikelser	Se till att ha rutin för vårdkedjeavvikelser	2021-05-10	2021-06-30	Verksamhetschef
✓	Generisk substitution	Följ lokal rutin och underlätta för personalen när ett läkemedel har blivit utbytt enligt generisk substitution. Snedstrecka på signeringslistan och skriv namnet på läkemedlet som ska administreras.	2021-05-10	2021-06-30	Verksamhetschef
▶	Införa egenkontroll för iordningställande av läkemedel	Det gäller att iordningställa dosetter, Vid behovsläkemedel, läkemedel i hel förpackning och läkemedel från de generella direktiven. Mycket bra att all iordningställande dokumenteras i Lifecare.	2021-05-10	2022-03-31	Verksamhetschef
✓	Egenkontroll uppföljning av vid behovsläkemedel	Uppmana personalen att vara sjuksköterskan behjälplig i det viktiga arbetet att utvärdera ett administrerat Vid behovsläkemedel och att dokumentera i kolumnen på Vid behovsblanketten. Ansvaret för uppföljningen förblir dock alltid sjuksköterskans. Tips till egenkontrollen. Det är mycket bra att personalen alltid ringer sjuksköterskan innan de ska administrera ett Vid behovsläkemedel.	2021-05-10	2022-03-31	Verksamhetschef
✓	Komplettera läkemedelsrutinen	För information om vilka läkemedel som går att krossa hänvisas till Region Skåne´s App "Stöd vid läkemedelshantering", klicka på länken: https://www.lakemedelshantering.se/#/	2021-05-10	2021-06-30	Verksamhetschef

Statistik avvikelser, synpunkter/klagomål och lex Sarah/Lex Maria för området funktionsnedsättning 2021

Indikator/Mätetal	Ack utfall	
Synpunkter och klagomål	20	
Avvikelser	168	
Lex Sarah och Lex Maria	2	

Analys avvikelser 2021

Rapportering av avvikelser handlar om att förutse vad som kan bli fel så att negativa konsekvenser kan förebyggas. Det handlar också om att uppmärksamma och påtala vad som

redan har hänt så att fel och brister kan rättas till. Avvikelse som redan inträffat ska analyseras för att undvika att de händer igen. Det finns övergripande rutiner som beskriver hanteringen av avvikelser inom kommunens verksamheter. Rutinerna tillsammans med manualerna beskriver hur inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheten.

Under 2021 har antalet avvikelser ökat något inom hälso- och sjukvårdsenheten mätt över hela området för funktionsnedsättning. Mätningarna avser avvikelser gällande läkemedel, rutiner, medicintekniska produkter och fall. Inom hälso- och sjukvårdsenheten har avvikelser blivit en del av det ständiga förbättringsarbetet i verksamheten. Avvikelse är en stående punkt vid verksamhetens APT.

De flesta avvikelserna vad gäller läkemedel handlar om utebliven läkemedelsdos eller att läkemedel är givet på felaktigt sätt. Det förekommer också att läkemedel har saknats. Det kan bero på att sjuksköterska vid enstaka tillfälle missat att dela dosett eller att dospåsen öppnas för bryskt och tabletter ramlar ut allt att dospåsen för nästkommande dag skadas. Detta arbetar hälso- och sjukvårdsenheten med kontinuerligt genom att utbilda omvårdnadspersonalen.

För att minska och förbättra arbetet kring läkemedelshanteringen besöker HSE verksamheternas APT regelbundet där de går igenom avvikelserna samt rutinerna för läkemedelshandling och rutinen för när sjuksköterska ska kontaktas. Dessutom har verksamheten under 2021 digitaliserat delegeringsprocessen för läkemedel. Alla medarbetare får samma information genom apotekets utbildning och genomgår ett digitalt test innan de får sin delegering. Detta bedöms kunna öka kvaliteten och patientsäkerheten för verksamhetens läkemedelshandling. Under november infördes också digitala signeringslistor genom Appva för att ytterligare förenkla processen kring signering av läkemedel. Detta innebär att även delegeringsbeslutet signeras digitalt.

Avvikelse gällande fall har exempelvis varit fall ur hjälpmedel, fall på grund av att benen inte bär. Här har hälso- och sjukvårdsenheten kopplats in och genomfört åtgärder genom vårdplanering, översyn av kundens hjälpmedel eller medicinska status. Verksamheterna har också ökat noggrannheten med att dubbelmana situationer där det bedöms att risk för fall finns.

Synpunkter och klagomål

Inom området funktionsnedsättning har det förekommit 20 synpunkter och klagomål. Många av dessa gäller verksamhetens lokaler, enheternas arbetssätt och aktiviteter. Under 2021 har flera synpunkter gällande verksamheternas handtering av Covid-19 inkommit framförallt gällande handteringen av daglig verksamhet. Ett klagomål är registrerat på HSE, där en anhängig klagar på att kunden inte själv får ansvara för sina vid behovs mediciner. Där svarade verksamhetschef på ärendet och förklarade att det krävs ett egenvårdsintyg från ansvarig läkare för att HSE ska lämna över ansvaret till kunden. Alla synpunkter och klagomål, utreds, besvaras och följs upp av respektive enhetschef. En sammanställning och analys av synpunkter och klagomål hskickas till vård- och omsorgsnämnden två gånger per år.

Händelser och vårdskador

Under 2021 har inga Lex Maria rapporterats inom hälso- och sjukvårdsenheten.

Inom området för funktionsnedsättning har två stycken Lex Sarah rapporterats under 2021. Efter utredning har en av dessa bedömts som ett allvarligt missförhållande och därmed anmälts till IVO. Det gällde ett ärende av fysiskt och psykisk misshandling av en kund. Det andra ärendet gäller en situation där en verksamhet inte kan tillgodose kundens behov då kunden är felplacerad inom

LSS. Där gjordes bedömningen att med vidtagna åtgärder så föreligger det ingen allvarlig risk för ett missförhållande därmed skickas inte utredningen vidare till IVO.

Risicanalys

Med hjälp av risicanalys bedöms sannolikheter för olika oönskade händelser och dess konsekvenser. Detta för att på förhand kunna eliminera risker, eller och ha planering för när de inträffar. Målet med risicanalysen är att: identifiera accepterade risker, eliminera risker, hantera/minimera risker samt indirekt via identifieringen se förbättrings möjligheter. Risicanalysen skall omfatta verksamhetens samtliga delar för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och föreskrifter och beslut.

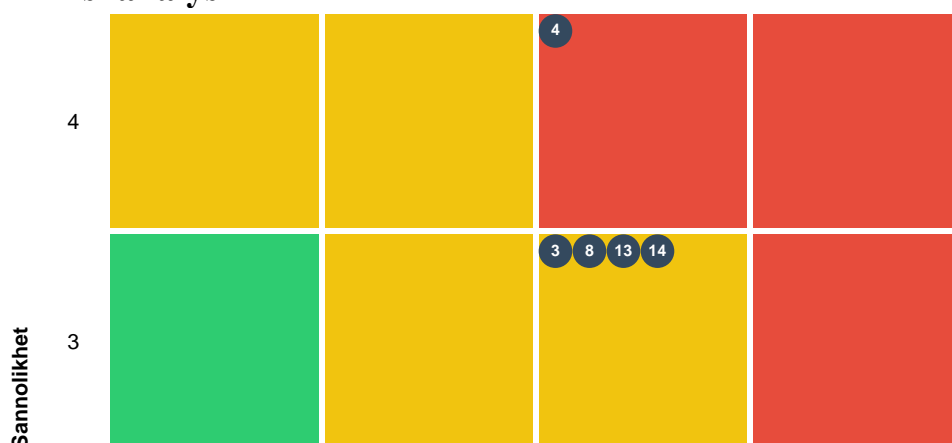
Risikbedömning av hälso- och sjukvårdsenhetens rutiner och processerna görs i verksamhetssystemet Stratsys. Där bedöms riskerna utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Se resultat nedan.

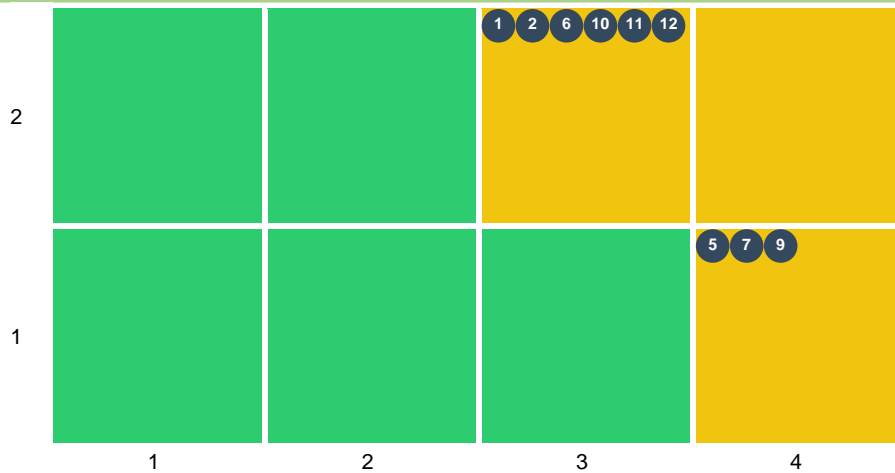
I förbättringsarbetet läggs stor vikt vid förebyggande åtgärder såsom risikbedömningar för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Under 2021 har arbetet med risikbedömningar av verksamhetens vårdprocesser genomförts i verksamhetssystemet Stratsys. Detta har lett till några åtgärder där bland annat förbättrad samverkan med primärvården inletts. Åtgärder som att införa digitala signeringslistor och digitaliserad delegeringsutbildning är genomfört för att öka säkerheten kring delegeringar i verksamheterna. Inför förändringar i verksamheten genomförs alltid en risicanalys enligt verksamhetens rutiner för arbetsmiljö.

Risikerna inom HSE anses vara medium(gula) och kommer att hållas under uppsikt under 2022. Risiken kring samverkan behöver HSE likt tidigare år arbeta vidare med under 2022, då den interna samverkan fungerar väl, men den externa behöver struktureras ytterligare för att kunna förtydliga gränsdragningarna mellan verksamheterna. Samverkan har startat med psykiatrin, men behöver startas med primärvårdsrehabiliteringen (Aktivare) och husläkarna för att ytterligare förstärka patientsäkerheten. För att tydliggöra detta har hälso- och sjukvårdsenheten efterfrågat en lokal samverkansöverenskommelse avseende hälso- och sjukvård i bostad med särskild service samt dagligverksamhet.

Risicanalys av vårdprocesserna görs årligen i oktober-november och åtgärderna följs upp i mars-april nästkommande år.

Risicanalys












Allvarlighetsgrad

1 Kritisk 13 Medium Totalt: 14

Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	
	Kritisk	Medium
4 Mycket stor	Allvarlig	
3 Stor	Kännbar	
2 Liten	Lindrig	
1 Mycket liten	Försumbar	

Risk	Riskbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Ris kvärde	Åtgärd
1 Kartläggning görs inte i tid	Kartläggning av nya kunder ska göras inom 14 dagar	2. Lindrig	3. Betydande	6	
2 Rutiner för HSL dokumentation följs inte		2. Lindrig	3. Betydande	6	
3 Rutin för Social dokumentation följs inte		3. Stor	3. Betydande	9	✓ Information till enhetschefer
4 Samverkan kring kund fungerar inte		4. Mycket stor	3. Betydande	12	✓ Brev till verksamhetschefer vid vårdcentraler
					✓ Samverkansmöte med vårdcentraler
5 Rutiner för introduktion av nyanställda följs inte		1. Mycket liten	4. Hög	4	
6 Rutiner för delegering följs inte	Beskriver risken av bristande rutiner för delegering. Risk delegering inte förnyas samt att delegerad	2. Lindrig	3. Betydande	6	✓ Information om delegeringsprocessen

Risk	Riskbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Ris kvärde	Åtgärd
	personal inte gör rätt.				
7  Läkemedelsrutiner och ordination följs inte	Beskriver risken då ordinationen inte uppdateras i Pascal eller fel vid telefonordinationer	1. Mycket liten	4. Hög	4	
8  Personalbrist	Beskriver risken då personalbrist uppstår pga sjukdom, vab, semester etc. Beskriver risken då rutiner inte finns vid personalbrist. Hur ser vi till att allt arbete utförs vid personalbrist.	3. Stor	3. Betydande	9	✓ Annons timvikarier
9  Rutin och handlingsplan för smittspridning saknas	Beskriver risken för att verksamheten inte är förberedd vid ett eventuellt utbrott av smittspridning	1. Mycket liten	4. Hög	4	
10  Samverkan kring kund fungerar inte		2. Lindrig	3. Betydande	6	
11  Fördröjd leverans av hjälpmedel	Beskriver risken då fördröjning sker vid beställning av hjälpmedel.	2. Lindrig	3. Betydande	6	
12  Funktionskontroll av hjälpmedel utförs inte i tid.	Beskriver risken då funktionskontroll inte genomförs enligt rutin	2. Lindrig	3. Betydande	6	
13  Rutiner för delegering följs inte	Beskriver risken av bristande rutiner för delegering. Risk delegering inte förnyas samt att delegerad personal inte gör rätt.	3. Stor	3. Betydande	9	<p>✓ Information vid APT</p> <p>✓ Appva</p>

Risk	Riskbeskrivning	Sannolikhet	Allvarlighetsgrad	Ris kvärde	Åtgärd
14  Personalbrist	Beskriver risken då personalbrist uppstår pga sjukdom, vab, semester etc. Beskriver risken då rutiner inte finns vid personalbrist. Hur ser vi till att allt arbete utförs vid personalbrist.	3. Stor	3. Betydande	9	✓ Avtal med Agila

Covid-19

Under nästan hela 2021 har Produktionsförvaltningen haft dagliga avstämningar kring läget inom de olika verksamheterna. Produktionsförvaltningen följer Folkhälsomyndighetens och Region Stockholm riktlinjer och rekommendationer. Beredskapslaget inventeras och fylls på kontinuerligt. Information har kontinuerligt gått ut till all personal inom vård och omsorg via enhetschefer för att arbeta förebyggande mot smitta.

Under början av 2021 erbjöds all personal inom vård och omsorg som arbetar nära kunder vaccin mot Covid-19. Arbeta har därefter pågått för att få en så hög vaccinationsgrad som möjligt bland personal inom vård och omsorg. Under höst/vinter har dessutom personal erbjudits att ta sin tredje dos vaccin.

Hälso- och sjukvårdsenheten har haft tillgång till skyddsutrustning under hela pandemin. Sjuksköterskorna har utbildat personalen i hantering av skyddsutrustning samt basala hygienrutiner. Vid minsta misstanke har sjuksköterska kontaktat husläkare för provtagning. Kunderna har isolerats i väntan på provsvar och personalen har fått instruktioner om att använda skyddsutrustning. Rutiner för hantering av misstänkt eller bekräftad Covid-19 smitta hos kund finns publicerade på intranätet.

Daglig verksamhet har under stora delar av pandemiperioden varit öppen som vanligt. Under november 2020 togs beslut om en anpassad daglig verksamhet för att minska smittspridningen. Dessa anpassningar kvarstod till den 17 maj 2021 då daglig verksamhet öppnade som vanligt igen.

Under december fick daglig verksamhet sitt första covid-19 fall med spridning till flera LSS boenden. En daglig verksamhet stängdes ner under 7 dagar för att begränsa smittspridningen. HSE deltog i ett omfattande smittspårningsarbete tillsammans med husläkarna och de privata LSS utförarna. Riktlinje för covid-19 inom kommunal vård och omsorg följdes där alla kunder med bekräftad smitta i sitt boende isolerades och testades. Skyddsutrustning och snabbtester distribuerades till berörda verksamheter. All personal i drabbade verksamheter uppmanades till daglig snabbtestning samt att de skulle beställa PCR-test från regionen. Detta åtgärder bedöms ha begränsat smittspridningen effektivt och efter 7 dagar kunde den dagliga verksamheten öppnas igen.

Mål och strategier för kommande år

Hälso- och sjukvårdsenhetens mål och strategier för 2022

Kompetensutveckling:

Kompetensutveckla hälso- och sjukvårdsteamet inom områdena LSS grundläggande principer, palliativ vård, nutrition, journalföring och avvikelshantering.

Samverkan:

Fortsätta arbetet med att skapa en fungerande samverkan med externa aktörer såsom primärvård i samråd med medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Ständiga förbättringar:

Fortsätta arbetet med egenkontroller, riskanalyser och avvikelser i Stratsys. Aktivt delta i avvikelsearbetet i alla verksamheter, då avvikelser är en del av det ständiga förbättringsarbetet. Upprätta rutiner för nutrition och inkontinens.

Tillgänglighet:

Målet för 2022 är att öka närvaron av sjuksköterska inom området LSS gruppbostad. Verksamheten har fått i uppdrag att särskilt öka närvaron inom gruppbostäderna Oppsätra och Bergsätra, vilket är schemalagt från februari 2022. Dessutom ska hälso- och sjukvårdsteamet medverka oftare vid enheternas APT och genom detta vidareutveckla och utbilda omvårdnadspersonalen efter behov.

Chefsjuksköterska anställdes i slutet av 2021 med början under februari 2022. I denna roll ingår övergripande ansvar för arbetsledning av personal, bemanning och daglig drift. Chefssjuksköterskan har också ett ansvar för patientsäkerheten och omvårdnaden inom verksamhetsområdet kommunal hälso- och sjukvård. Chefsjuksköterskan leder och utvecklar verksamheten inom sitt område och är ansvarig och delaktig i olika förändringsarbeten som påverkar verksamheten. Som chefssjuksköterska har du ett nära samarbete med verksamhetschef HSL.

Digitalisering:

Skapa rutiner för Appva (digitala signeringslistor)

Verksamhetens processer kommer att presenteras på intranätet genom 2c8. Detta för att tydliggöra rutiner och arbetssätt för personal inom hälso- och sjukvårdsenheten i syfte att öka patientsäkerheten.

Journalssystemet Procapita kommer att bytas ut mot Lifecare HSL, vilket kommer att förenkla samarbetet med enheterna inom Produktionsförvaltningen som redan övergått i Lifecare utförare.

Referenser

1. Matscheck D, Axelsson R. Arenas for contact. A study of local collaboration in mental health. Offentlig förvaltning scandinavian Journal of public Administration 16(2): 93-113.