

Farsta stadsdelsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Äldreomsorg
Socialpsykiatri

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för en god vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	14
Agera för säker vård	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	26
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	27

Inledning

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt PSL ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Nämndens patientsäkerhetsberättelse skrivs helt i enlighet med Sveriges kommuner och regioners mall för patientsäkerhetsberättelse. Mallen är framtagen av SKR och förvaltas av Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet inom Kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård sedan januari 2024.

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns någon form av samtycke till de åtgärder som vidtas. All hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information.

Patientsäkerhetsberättelsen för Farsta stadsdelsförvaltning redovisas utifrån verksamhetsområdena äldreomsorg och socialpsykiatri. Patientsäkerhetsberättelsen omfattar Edö vård- och omsorgsboende, Edö dagverksamhet, Ängsö vård- och omsorgsboende och Postiljonen vård- och omsorgsboende inom avdelningen för äldreomsorg och Lingberga gruppboende inom avdelningen för individ- och familjeomsorg.

Inom avdelningarnas enheter arbetar baspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Inom enheterna har personalen ombudsroller av olika slag såsom exempelvis inom områdena palliativ vård, mat- och måltider, hygien och dokumentation. Det finns en dietist för såväl strategiskt som operativt stöd i verksamheterna. Patientansvarig läkare besöker äldreomsorgens enheter regelbundet. Inom socialpsykiatrin ansvarar vårdcentral och specialistmottagningar för läkarbedömningar.

Ängsö vård- och omsorgsboende, äldreomsorg

Ängsö är ett vård- och omsorgsboende med demensinriktning och har 13 platser.

Edö vård- och omsorgsboende, äldreomsorg

Edö vård- och omsorgsboende omfattar 107 platser varav 71 är med inriktning demens och 36 är med somatisk inriktning. Till verksamheten hör även en biståndsbedömd dagverksamhet, för personer med demenssjukdom, med cirka 45 gäster per dag som verksamheten har hälso- och sjukvårdsansvar för under den tid de vistas på dagverksamheten.

Postiljonen vård- och omsorgsboende, äldreomsorg

Postiljonen omfattar 57 platser med inriktning demens och somatik. I platsantalet inkluderas 12 platser för korttidsvård.

Lingberga gruppboende, socialpsykiatri

Lingberga gruppboende med inriktning socialpsykiatri är en bostad med särskild service enligt Socialtjänstlagen, SoL, och omfattar åtta platser. Målgruppen är vuxna personer som har en psykisk funktionsnedsättning.

Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att år 2023 har medfört fortsatta framsteg inom det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Under året har ledningsstrukturer stärkts. Chefer har ett närmare samarbete över enhetsgränser än tidigare, genom samplanering, erfarenhetsåtervinning och i styrgrupp för hälso- och sjukvård. Arbetet med att stärka alla medarbetares kunskap om avvikelseprocessen och den egna betydelsen i analysarbetet har gett goda resultat och alla enheter har en väl inarbetad process för att hantera avvikelser. Analyserna av inträffade händelser är starkare än föregående år.

Under året har alla verksamheter börjat använda Appva, ett system för digital signering av läkemedelshantering och vissa åtgärder som inte kräver delegering. Syftet med införandet var en säkrare läkemedelshantering för den enskilda patienten. Enkäter till alla sjuksköterskor, chefer och baspersonal visar att samtliga bedömer att Appva har medfört en säkrare läkemedelshantering.

Verksamheterna har under året börjat använda det nationella analysverktyget, som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att stötta arbetet med systematisk uppföljning av patientsäkerhetsområdet.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde i början av året en inspektion vid stadsdelsnämndens tre boenden. Inspektionen var en del av den nationella tillsynen av medicinsk vård och behandling på särskilt boende för äldre, detta mot bakgrund av att IVO under covid-19-pandemin fick indikationer på ökade patientsäkerhetsrisker i vård- och omsorgsboenden. De brister som IVO påpekade i samband med inspektionen av nämndens verksamheter var redan identifierade, och hade pågående eller planerade åtgärder. Efter nämndens återredovisning beslutade IVO att avsluta ärendet, med hänvisning till att nämnden har genomfört tillfredställande åtgärder.

Under året har verksamheterna inom äldreomsorg haft ett särskilt fokus på palliativa vårdprocessen. Journalgranskningar har genomförts vid två tillfällen. Granskningarna visar ett mycket gott resultat, till exempel inom områdena kommunikation före dödsfall och palliativa åtgärder.

Förvaltningens styrgrupp för hälso- och sjukvård har enats om att fokusområden för 2024 är palliativt förhållningssätt och nutrition.

Grundläggande förutsättningar för en god vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Under 2022 inleddes arbetet med att implementera nationella analysverktyget Agera för säker vård, som tagits fram av Sveriges kommuner och regionen (SKR) för att stötta arbetet med att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget.
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.
- skapa en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård.
- skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.

Under 2023 har nämndens vård- och omsorgsboenden (äldreomsorg) och Lingberga gruppbostad (socialpsykiatri) implementerat hela eller delar av analysverktyget Agera för säker vård, som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Analysverktyget syftar till att stärka patientsäkerhetsarbetet genom att identifiera utmaningar för en säker vård. enheter som innehar hälso- och sjukvårdsansvar. Resultatet visar att enheterna har generellt god kontroll på

verksamheten. De utvecklingsområden som kunnat identifieras har bland annat handlat om introduktion av nyanställda.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Farsta stadsdelsnämnds vård och omsorg i egen regi har följande övergripande mål:

1. Patientsäker vård
2. Personcentrerad vård och omsorg
3. God vård i livets slutskede

Strategier för patientsäker vård:

- Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs
- Läkemedelshanteringen är följsam gentemot lagstiftning, styrdokument och ordination
- Basala hygienrutiner följs
- Avvikelser, synpunkter och klagomål används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador
- All dokumentation lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer
- Säkra och utveckla hälso- och sjukvårdskompetens
- Främja en patientsäkerhetskultur genom ökad medvetenhet

Strategier för personcentrerad vård och omsorg:

- Bedömningar av patientens behov och resurser görs utifrån en samlad kunskap och helhetssyn som synliggör individen
- Vården beaktar och respekterar individens andliga, existentiella, sociala och psykiska behov likväl som fysiska behov.
- Patienten görs delaktig genom dialog och tydliga former för hur patientens önskemål och integritet respekteras
- Etik, värderingar och förhållningssätt lyfts fram

Strategier för god vård i livets slutskede:

- Vården är väl planerad för att möta patientens och anhörigas behov
- Tidigare erfarenheter och data från register används i ett kontinuerligt förbättringsarbete

Patientsäker vård: Nämndens övergripande målsättning med det systematiska patientsäker-

hetsarbetet är att erbjuda en god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet ska även förebygga lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kan undvikas genom att vårdgivaren vidtar adekvata åtgärder.

Personcentrerad vård: Inom verksamheterna utformas det stöd som ges utifrån individens förmågor, vanor och intressen i syfte att hen ska känna sig delaktig, uppleva välbefinnande, trygghet och meningsfullhet. Kontaktpersonen dokumenterar i genomförandeplan om dagliga rutiner, önskan om personlig vård samt livsstil. I hälsoplanen dokumenterar sjuksköterskan, arbetsterapeuten och fysioterapeuten planeringen av patientens hälso- och sjukvårdsinsatser. Vården ska utgå ifrån individens förutsättningar, resurser och behov. Det innebär ett samspel mellan den enskilde, närstående, baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Det dagliga arbetet genomförs sedan med genomförandeplanen, patientens levnadsberättelse och hälso-plan som grund.

Inom verksamheterna samarbetar det multiprofessionella teamet i syfte att utveckla kvaliteten på den personcentrerade vården och omsorgen. Teammöten (äldreomsorgen) och brukargenomgångar (socialpsykiatrin) genomförs med regelbundenhet och under dessa diskuteras patientens behov utifrån en helhetssyn samt med vilka arbetssätt och strategier den personcentrerade vården och omsorgen kan utvecklas för den enskilde.

Vård i livets slut: Palliativ vård i livets slutskede innebär att tidigt upptäcka, förebygga samt lindra smärta, ångest och oro samt andra fysiska och psykiska faktorer som kan förekomma i livets slutskede. I den palliativa vården i livets slutskede har baspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, dietist och läkare samverkat.

När patientansvarig läkare gjort bedömningen att det primära målet med vården har ändrats från livsförlängande till lindrande ska ett brytpunktssamtal genomföras. Samtalet är med patient och/eller närstående och kan hållas vid ett eller flera tillfällen. Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att besluta hur hen vill ha det under den sista tiden. Journalgranskning har genomförts under året, se rubrik 4.4 *Stärka analys, lärande och utveckling*.

Organisation och ansvar

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

Stadsdelsnämnden är ledningsansvarig för den kommunala hälso- och sjukvård som bedrivs i Farsta SDF.

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen anmäls till nämnd.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen, ansvarar för att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Verksamhetschef ska samverka och samråda med MAS och MAR i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) ansvarar för patientsäkerhetsarbetet utifrån hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Styrgruppen för hälso- och sjukvård i Farsta SDF består av verksamhetschefer, MAS, MAR, controller och dietist. Styrgruppen beslutar om gemensamma satsningar inom patientsäkerhetsområdet.

Enhetschef i verksamheten ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens för att bedriva en god och säker vård. Hen ska förvissa sig om att det lokala patientsäkerhetsarbetet är säkerställt för att förebygga vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att i sitt yrkesutövande följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Baspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgift/er via delegering är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet är fastställd av nämnd och återfinns i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Organisationsförändringar

Lingberga gruppboende: Socialnämnden har i samarbete med kommunstyrelsen och stadsdelsnämnderna förberett en centralisering av hälso- och sjukvården inom socialpsykiatrins bostäder med särskild service. Vårdgivaransvaret för kommunal hälso- och sjukvård på Lingberga gruppboende övergår till socialnämnden den 1 januari 2024. Personalansvar för baspersonal utan legitimation kvarstår i förvaltningen. Legitimerad sjuksköterskas anställning övergår till Socialförvaltningen.

Ängsö vård- och omsorgsboende: Verksamhetschef HSL innehar sedan augusti även rollen som patientansvarig sjuksköterska.

Postiljonens vård- och omsorgsboende: Under året har sjuksköterskebemanningen utökats ytterligare med en tjänst för att säkerställa en god och nära vård. Verksamheten har omorganiserats för att utöka antalet korttids-/växelvårdsplatser från sex till tolv platser.

Edö vård- och omsorgsboende: Under året har sjuksköterskebemanningen utökats med en tjänst för att säkerställa en god och nära vård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Extern samverkan

Samverkan med läkare: Regionen ansvarar för läkarinsatserna inom vård- och omsorgsboenden. Samtliga vård- och omsorgsboenden har fasta läkare, som arbetat i flera år på enheterna och som besöker enheterna varje vecka samt vid behov. Även inom socialpsykiatri är det regionen som ansvarar för läkarinsatser. Regelbunden samverkan med vårdcentral och psykiatrimottagningar-/slutenvård. Inom socialpsykiatri är det oftast patienten som tar sig till den aktuella vårdinstansen, ofta med stöd av personal på enheten.

Under året har den under 2022 etablerade samverkan mellan regionens geografiska samordnare och avdelningschef för äldreomsorg fortlöpt. Samordnaren är verksamhetschef på en av Farstas vårdcentraler och innehar ett samordningsansvar för samtliga vårdcentraler i Farsta. Ett exempel på samverkan har varit att fatta beslut om att den hjälpguide som skapades för biståndshandläggare och personal på vårdcentralen i frågor som rör egenvård ska fortsätta användas trots att den baserats på en författning som tagits bort.

Samverkan kring säker läkemedelshantering: Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs varje år. Under året har Apoteket AB genomfört granskningarna på samtliga enheter.

Samverkan med Vårdhygien: Vård- och omsorgsboenden har genom avtal med Vårdhygien tillgång till rådgivning och undervisning samt hjälp med att kvalitetssäkra den egna verksamheten, t ex genom hygienrond eller uppföljning av tidigare föreslagna åtgärder.

Samverkan med jourföretag: Jourorganisationen, Klara T, bemannar med sjuksköterskor på avdelningens vård- och omsorgsboenden den tid som ordinarie sjuksköterskor inte tjänstgör, och har en inställetid på 30 minuter vid bedömt behov av akut besök. Mycket god samverkan mellan organisationerna, både avseende gemensam planering och utredning av avvikelser. MAS och avdelningschef har haft avtalsuppföljning med verksamhetschef på Klara T inför förlängning av avtal. Båda parter är nöjda med samarbetet.

Samverkan med Palliativt kunskapscentrum, PKC: PKC i Stockholms län samfinansieras av Region Stockholm och kommuner i Stockholms län. Verksamheten drivs i SLSO:s regi (Stockholms läns sjukvårdsområde). För att möta personalens behov av kunskap erbjuder PKC utbildningar för olika målgrupper och verksamhetstyper. Kunskap om palliativ vård bidrar till ett tydligt fokus på teamarbete vilket är viktigt för en god vård men också för en god arbetsmiljö för medarbetarna. Representanter från förvaltningen, vanligtvis MAS, avdelningschef och controller, samverkar med PKC vid minst två tillfällen per år. Samverkan innehåller planering och uppföljning av kommande och genomförda åtgärder.

Samverkan med Smittskydd Stockholm: Regelbunden kontakt, främst mellan MAS och smittskyddssjuksköterska. Smittskydd Stockholm har också kontaktats direkt av enheterna.

Mobil tandvård: Region Stockholms tandvårdsstöd erbjuds till berättigade personer inom vård- och omsorgsboenden. Det finns en väl etablerad samverkansmodell mellan region och kommun för att erbjuda munhälsobedömning och nödvändig tandvård till berättigad person samt munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal. Under 2023 har Oral Care haft uppdraget.

Intern samverkan

Tvårprofessionella team träffas regelbundet för att upprätta och följa upp boendes hälsotillstånd. Till stöd finns bland annat enheternas egna framtagna agendor för teammöten. Där behov föreligger används också Svenskt Demenscentrums *checklista demens*.

Dietist: Samverkar med chefer och medarbetare på samtliga vård- och omsorgsboenden, och har regelbundna möten med mat- och måltidsombud. Dietist ingår i förvaltningens styrgrupp för hälso- och sjukvård, och samverkar regelbundet med stadens andra dietister, MAS, MAR och verksamhetscontroller för hälso- och sjukvård. Samverkar även med Förebyggande enheten och har haft öppna träffar med seniorer i Farsta. Tillsammans med Förebyggande enheten, MAR och MAS genomfördes en öppen föreläsning om fallförebyggande åtgärder utifrån respektive profession.

Regelbundna möten med MAS/chefer: Varannan vecka bokade möten med fokus på aktuella patientsäkerhetsfrågor.

Styrgrupp hälso- och sjukvård: I styrgruppen ingår samtliga verksamhetschefer enligt HSL, dietist, MAS, MAR och verksamhetscontroller för hälso- och sjukvård. Avdelningschefer vid behov, samt inbjudna gäster. Fokus på patientsäkerhet, gemensam styrning, samplanering, kvalitetsutveckling och erfarenhetsåtervinning.

Samverkan i enheternas kvalitetsråd: Samtliga vård- och omsorgsboenden har månatliga tvårprofessionella kvalitetsråd. Syftet med rådet är att minska/eliminera risker och att skapa åtgärder som förhindrar att oönskade händelser inträffar eller upprepas, och att säkerställa god och säker vård och omsorg utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Kvalitetsrådet fokuserar på gemensamt lärande och är en del av verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete. Vid kvalitetsråden diskuterar deltagarna orsaker och följer upp förebyggande åtgärder. Kvalitetsråden följer en gemensam mall, vilken tagits fram i styrgruppen för hälso- och sjukvård i Farsta.

Socialpsykiatrin använder sig av ett forum som kallas brukargenomgång, där teamet kring patienten samlas och går igenom aktuellt hälsotillstånd. Patienten erbjuds att vara med.

Samverkan kring dokumentation: Journalgranskning av nutritionsvårdsprocessen har utförts av MAS och dietist. Genomgångar med legitimerade gruppen inom olika fokusområden.

Journalgranskning av palliativa vårdprocessen har analyserats i samverkan med verksamhets-

chefer, verksamhetscontroller och MAS.

Samverkan inför och under införande av digital signering av läkemedelshantering och vissa andra hälso- och sjukvårdsåtgärder: styrgrupp bestående av samtliga enhetschefer, avdelningschef och MAS. Omfattande samverkan med enheternas baspersonal och legitimerade och administratörer. Samverkan med IT-strateg.

Socialpsykiatri, MAS-nätverk inom staden, i år syfte att göra övergången till samlad hälso- och sjukvårdsorganisation så smidig som möjligt för alla parter.

Samverkan mellan Lingberga gruppboende och Postiljonen vob: Arbetsterapeuter och fysioterapeuter från Postiljonen vård- och omsorgsboende ansvarar för bedömningar och åtgärder för boende på Lingberga gruppboende.

Upprätta handlingar och arkivera: Regelbunden samverkan med förvaltningens arkivarie.

Planera och genomföra insats: Samverkan mellan biståndshandläggare och berörda yrkeskategorier på VOB. För socialpsykiatri sker intern samverkan mellan biståndshandläggare och berörda yrkeskategorier på boendeenhet, samt med region, både primärvård och psykiatri.

Samverkan med patient och närstående beskrivs närmare under rubriken *Patienten som medskapare*.

Systematisk samverkan kring avvikelser

Kvalitetsråd: beskrivs i rubriken ovan, och är även en viktig del i det systematiska arbetet i avvikelseprocessen.

Styrgrupp för hälso- och sjukvård: beskrivs i rubriken ovan, och är även en viktig del i det systematiska arbetet i avvikelseprocessen.

Kvartalsgenomgång avvikelser verksamhetschef HSL-MAS: Varje kvartal går verksamhetschef HSL och MAS samt vid några tillfällen MAR igenom enhetens avvikelser på övergripande nivå. Baserat på gemensam reflektion skapas en åtgärdsplan som följs upp vid nästkommande möte.

Utöver den systematiska samverkan har även stadsdelsnämnden fått en genomgång av avvikelseprocessen, ansvarsfördelning och säkerhetskultur inom hälso- och sjukvård.

Resultat: Kunskaper om avvikelseprocessen har ytterligare förbättrats jämfört med föregående år, och avvikelserna håller en högre kvalitet än föregående år. Framst syns detta i analysdelen i varje avvikelse.

Informationssäkerhet

Samtliga medarbetare har genomfört de obligatoriska webb-utbildningarna i informationssäkerhet och dataskydd. Verksamhetschefer HSL arbetar löpande med registreringar i GDPR-verktyget Drafit. Informationssäkerhetsklassningar med verktyget KLASSA genomförs för potentiella nya system.

Strålskydd

Exponering för eller förekomst av arbetsmoment med strålning förekommer inte.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personal har därför en skyldighet att rapportera avvikelser, det vill säga risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- bedöma och vidta nödvändiga åtgärder när en händelse eller en risk inträffar,
- rapportera och registrera avvikelser,
- tillsammans med verksamhetschef utreda bakomliggande orsaker, besluta om och vidta adekvata åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen, och informera patient/närstående om händelsen lett till en vårdskada och dokumentera i journalen att information lämnats.

Arbetet med en välfungerande avvikelseprocess har fortlöpt, och den förbättring i analyserna som kunde ses föregående år kvarstår. Verksamhetschefer HSL bedöms ha mycket god kunskap om sina enheters hälso- och sjukvårdsavvikelser. Avvikelseanalyserna generellt sett snabbare än föregående år och särskilt tydligt är det i avvikelseprocessen kring fall, där fallet har skett på jourtid och därmed involverar både jourjuksköterska och legitimerade sjuksköterskor som arbetar dagtid. Även i år har nämnden bjudit in MAS för en genomgång, denna gång med fokus på avvikelseprocessens delar och nämndens ansvar. Det systematiska arbetet i avvikelseprocessen redovisas under rubriken *Samverkan inom hälso- och sjukvård*.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal med

adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Enheternas arbete med att säkerställa adekvat kompetens utgår från fastställda planer för kompetensutveckling och kompetensförsörjning.

Bland de kompetenshöjande insatser som genomförts under året återfinns:

- Äldreomsorgslyftet, grundläggande vårdutbildning till undersköterska erbjuds till vårdbiträden samt specialistkompetens för undersköterskor
- fortlöpande webbutbildningar; delegering för handhavande av läkemedel, basala hygienrutiner, social dokumentation
- Kliniskt träningscentrum, (KTC) har använts för utbildning inom diabetesvård för både undersköterskor och sjuksköterskor, för utbildning inom kost och måltid, hjärt- och lungräddning. Sjuksköterskor har även utbildats i hantering av picc-line.
- Varje vård- och omsorgsboende arbetar med språkombud, i syfte att säkerställa en säker kommunikation.

Palliativt förhållningssätt och vård inom äldreomsorgen har under året varit ett fokusområde. Sammanlagt har 27 palliativa ombud inom vård- och omsorgsboende, dagverksamhet och hemtjänst utbildats genom Palliativt kunskapscenter, PKC. Ytterligare fyra medarbetare kommer att genomgå utbildningen i januari 2024. Tio legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har genomgått en heldagsutbildning i symtomlindring via PKC. Tio medarbetare inom hemtjänsten har genomfört webb-utbildningen "*Grundläggande utbildning i palliativ vård och omsorg med fokus på äldre personer*". Ett palliativt råd (tvärprofessionellt) har startats upp inom Edö vård- och omsorgsboende.

Förvaltningen arbetar också för att enheternas sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska känna varandra och ha naturliga nätverk även utanför den egna enheten. Några exempel är att sjuksköterskorna haft en gemensam heldagsutbildning om läkemedel, och rehabgruppen har träffats för gemensam utbildning i digital signering. Samtlig legitimerad personal och chefer har under året bjudits in till minimässa och information om det nya ramavtalet för medicintekniska produkter.

Edö dagverksamhet har förtydligat ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvård.

Rehabgruppen har även haft två samverkansmöten med andra stadsdelsförvaltningar under ledning av medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. Syftet är att utveckla och fördjupa kunskaper inom rehabiliteringsområdet. Under året har även webverktyget ExorLive implementerats i alla stadsdelsförvaltningar i söderort. Webverktyget används av arbetsterapeuter och fysioterapeuter för att bygga individuella tränings- och aktivitetsprogram för patienterna.

Kunskap inom nutritionsvårdsprocessen

Under sommaren genomfördes en dokumentationsgranskning inom området nutrition. Resultat

tatet visade brister i dokumentationen. När resultaten från dokumentationsgranskningen ställdes mot resultatet i Senior Alert sågs att patienterna hade åtgärder i högre utsträckning än vad som framkom av hälso- och sjukvårdsjournalen.

Resultatet i granskningen medförde att riktade kompetenshöjande åtgärder genomfördes, olika åtgärder beroende på enhet. Främst fokuserade åtgärderna på kunskap om när, hur och om bedömningsinstrumentet MNA ska användas samt hur åtgärderna dokumenteras i en hälsoplan. Uppföljande dokumentationsgranskning vid årsskiftet 2023/2024 visar stor förbättring på den enhet som fick mest utbildning. Samma utbildning planeras nu till alla sjuksköterskor inom nämndens vård- och omsorgsboenden.

Under hösten har dietist och MAS genomfört nattliga besök på Edö och Postiljonen, i syfte att utbilda och ha en dialog om nutrition i direkt anslutning till det arbete som sker nattetid. Besöken visade att kunskapen hos baspersonalen är generellt hög och att individuell nutrition förefaller vara en helt integrerad del av arbetet på natten. Nya nattbesök planeras till våren 2024.

Dietist har även haft regelbundna handlednings- och utbildningstillfällen med både baspersonal och legitimerad personal. Tillfällena har handlat om hur måltidsmiljön kan anpassas för personer med kognitiv svikt, utbildning kring näringsrika mellanmål, deltagit i utbildningsinsats med fokus på teamets roll inom nutrition.

Sjuksköterskeutbildning

Stockholms lärosäten för sjuksköterskeutbildningar har under hösten 2023 fördelat stadens stadsdelsområden mellan sig. Kontakt har därför etablerats med Marie Cederschiölds högskola (MCH) i syfte att skapa ett långsiktigt och tydligt samarbete avseende verksamhetsförlagd utbildning av sjuksköterskestudenter. De första studenterna från MCH kommer under våren 2024, totalt planerar förvaltningen att ta emot 18 sjuksköterskestudenter från termin två under nästkommande år.

Sjuksköterskebemanning

Edö vård- och omsorgsboende och Postiljonens vård- och omsorgsboende har utökat antal sjuksköterskor med en tjänst vardera. Vid årsskiftet var samtliga tjänster tillsatta med tillsvidareanställd personal.

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Postiljonens vård- och omsorgsboende har fysioterapeut och arbetsterapeut på plats i verksamheten. Det samma gäller för Edö vård- och omsorgsboende som även täcker behovet av fysioterapeut och arbetsterapeut vid Ängsö vård- och omsorgsboende.

Patienten som medskapare

Den kommunala hälso- och sjukvården ska bygga på anpassad information, delaktighet och samtycke, och kräver ofta en hög grad av individanpassning. En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säk-

rare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Inom verksamheterna har det multiprofessionella teamet samverkat i syfte att utveckla kvaliteten på den personcentrerade vården och omsorgen. I samband med att en patient flyttat in på vård-och omsorgsboende har ett välkomstsamtal hållits. Under samtalet har patienten och hans närstående informerats om verksamhetsspecifik information som exempelvis kontaktuppgifter, hantering av klagomål och synpunkter och anhörigstöd. Levnadsberättelser används i syfte att stärka det individuella bemötandet. I samband med inflyttning har även en vårdplanering genomförts samt ett läkarbesök som inkluderar läkemedelsgenomgång. Vårdplaneringen har genomförts tillsammans med patient och baspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut. Närstående har erbjudits att delta om patienten lämnat sitt samtycke till det. Utifrån patientens samtycke har sjuksköterskan vid behov kontaktat närstående för att informera om vård och behandling.

Teammöten (äldreomsorgen) och brukarråd (socialpsykiatri) genomförs med regelbundenhet och under dessa diskuteras patientens behov utifrån en helhetssyn samt med vilka arbetssätt och strategier den personcentrerade vården och omsorgen kan utvecklas för den enskilde.

Inom enheterna finns olika exempel på former för samverkan med patienter och deras närstående. Det kan vara genom närståendeträffar eller utskick med information om planerade och genomförda aktiviteter och förändringar i verksamheten. Via närståendeträffar har närstående möjlighet att lämna synpunkter och ta del av information om verksamheten. Närstående informeras om aktiviteter som anordnas centralt inom närståendestöd och vid behov förmedlas kontakt till förvaltningens anhörigkonsulent.

Resultat av individuppföljningar och brukarundersökning analyseras och används i patientsäkerhetsarbetet.

Synpunkts- klagomålshantering

Mottagna synpunkter och klagomål registreras och analyseras av chef tillsammans med lämpliga deltagare. Åtgärder återkopplas till den som lämnat klagomål efter att ärendet har hantearats.

Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, baspersonal, enhetschefer och verksamhetschefer

för hälso- och sjukvård har kontinuerligt och systematiskt undersökt och analyserat orsaker till risker. Egenkontrollernas resultat är ett viktigt underlag i enheternas patientsäkerhetsarbete genom att enheternas planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder följs upp. Resultaten har redovisats och diskuterats med alla personalgrupper vid gemensamma möten. Utifrån resultaten har åtgärder vidtagits för den verksamhet och situation det berör. Egenkontroller som har genomförts under året är bland annat inom områdena hygien loggkontroll i hälso- och sjukvårdsjournaler, läkemedelshantering, måltidsobservation, medicinsk tekniska produkter (MTP) och nattfasta, hälso- och sjukvårds- dokumentation; hälsoplaner, hälsoplaner för vård i livets slut, brytpunktsamtal, läkarkontakt, läkemedelsgenomgångar.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om risker inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder.

Vårdskador och fördjupade utredningar

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som anmälts enligt Lex Maria
5	3	1

Av de händelser som genomgått fördjupad utredning under året har en bedömts vara av så allvarlig art att den ska anmälas till IVO. Samtliga enheter har goda rutiner för att snabbt fånga upp och utreda händelser som bör analyseras, samt rutiner för gemensamt lärande av inträffade händelser. Att öka antalet fördjupade utredningar har varit ett sätt att öka kunskapen och lärandet inom avvikelseprocessen. Fördjupade utredningar samlar team och chefer samt MAS och/eller MAR. Fokus i utredningen är att så långt det är möjligt utreda orsaker till det inträffade och hur det kan undvikas att någonting sker igen. En av de åtgärder som genomförts efter en fördjupad utredning är en utveckling av teamsamverkan efter fall, en ny rutin som arbetats fram av den samlade legitimerade grupp och chefer på en enhet. Rutinen har föredragits vid styrgrupp för hälso- och sjukvård för att inspirera, och har även efterfrågats av närliggande stadsdelsförvaltning.

Lex Maria

En händelse som inträffade i november 2022 har anmälts till IVO enligt lex Maria under 2023. Händelsen rör en patient som drabbades av fraktur i samband med att hen tog sig över sänggrinden och föll i golvet. MAS och MAR bedömde att de åtgärder som enheten och jourföretaget planerade och genomförde i samband med utredningen var adekvata och minskade

risken för upprepning. IVO delar uppfattningen och har avslutat ärendet.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Läkemedelshantering och införande av digital signering

Läkemedelshantering utgör nationellt sett ett av de största patientsäkerhetsriskområdena inom hälso- och sjukvården. Enheterna har genomfört egenkontroller inom området. Baspersonal som ska hantera läkemedel utifrån delegering från sjuksköterska har genomfört utbildning och kunskapstest inför delegeringen. Apoteket Farmaci AB genomför årligen kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen på samtliga vård- och omsorgsboenden. Samtliga enheter har genomgått granskningen med mindre anmärkningar.

Under våren 2023 införde Farsta stadsdelsförvaltning digital signering av läkemedel, detta i syfte att öka patientsäkerheten på särskilda boenden och dagverksamhet där hälso- och sjukvården bedrivs i egen regi. Boenden som omfattades var Lingberga socialpsykiatrisk boendeenhet samt Edö, Postiljonen och Ängsö vård- och omsorgsboenden.

Införandet förväntades ge en säkrare läkemedelshantering för individen, minska avvikelser inom läkemedelshanteringen, frigöra tid när pappershanteringen minskar, samt ge en ökad möjlighet för uppföljning av förvaltningens särskilda boenden.

Införandet skedde i etapper, 1-2 veckor per enhet under sju veckor våren 2023. Införandet gick enligt plan och utvärderingar visar att både medarbetare och chefer i huvudsak är mycket nöjda med systemet. 80 procent av baspersonalen (74 svarande) uppger att systemet gör att de själva har lättare att komma ihåg att ge läkemedel i rätt tid. Samtliga chefer (sex stycken) uppger att systemet ger dem en bättre överblick och möjlighet till uppföljning, samt bedömer att införandet har ökat säkerheten kring läkemedelshantering på enheten. Av elva svarande sjuksköterskor uppger åtta att systemet har ökat säkerheten på enheten, två att systemet delvis har ökat säkerheten. En sjuksköterska arbetade inte i Farsta stadsdelsförvaltning före införandet. De flesta sjuksköterskor uppger också att systemet medför att de lättare kan följa upp delegeringar. Den kritik som framförts har handlat om att baspersonalen har svårt att signera narkotikaklassade vid behovs-läkemedel rätt i systemet. Det bedöms inte vara ett genomgående problem, dock återkommande på flera avdelningar i olika utsträckning.

I samband med införandet genomförde en blivande specialistundersköterska en intervjustudie med fem medarbetare i baspersonalen inom ramen för sin utbildning. Genomgående upplevs att systemet både underlättar och försvårar läkemedelshanteringen. Studien bekräftar att baspersonalen upplever att narkotikaklassade vid behovs-läkemedel är svåra att signera korrekt,

och de intervjuade hade önskat att den delen i utbildningen varit mer framträdande. Slutsatsen är att införandet av digital signering har varit framgångsrikt och användarna har varit förändringsbenägna. Att digital signering har medfört ett nytt, säkrare signeringsförfarande men också ökad stress med att hinna med att överlämna läkemedel och signera i tid.

Läkemedelsgenomgångar

Läkarorganisationen på vård- och omsorgsboenden ansvarar för att patienterna får en läkemedelsgenomgång årligen samt vid behov. På Edö och Postiljonen där Familjeläkarna är ansvarig läkarorganisation har 95 respektive 94 procent av läkemedelsgenomgångarna skett i tid. På Ängsö, där Capio ansvarar, har samtliga läkemedelsgenomgångar skett i tid. Sammantaget en liten förbättring jämfört med föregående år. IVO hade vid tillsynen synpunkter på att det saknades information i den kommunala journalen om läkemedelsgenomgångar. Vid journalgranskning av samtliga palliativa journaler noteras att många haft en kortare vårdtid än ett år, vilket innebär att det ännu inte gått så lång tid sedan inflyttning att några slutsatser kan dras av en utebliven dokumentation. Av de granskade journaler där patienten varit boende på vård- och omsorgsboende i mer än ett år förekommer dokumentation av läkemedelsgenomgång i cirka 50 procent av journalerna. Då information till sjuksköterskor om att läkemedelsgenomgångar ska dokumenteras även i kommunal journal gavs under våren, kan resultatet inte analyseras i år. Sammantaget visar läkarorganisationernas statistik att läkemedelsgenomgångar i princip alltid genomförs enligt riktlinjer, men att det ska dokumenteras i högre utsträckning i kommunala journalen.

Strukturerade och evidensbaserade bedömningar

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom vård- och omsorgsboenden ansvarar för utredning, behovsbedömning, utprovning av hjälpmedel, planering samt uppföljning och utvärdering av patienternas hälsotillstånd och beslut avseende direkta insatser i form av behandling, träning och aktiviteter. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att dokumentation av patientens hälsa, vård och behandling görs i patientjournalen. Vidare ingår handledning, råd och stöd till baspersonalen i deras arbete.

- Strukturerade och regelbundna riskbedömningar och utredningar av blås- och tarmdysfunktion, risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen genomförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Utifrån riskbedömningarnas resultat skapas hälsoplaner innehållande planerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Utöver riskbedömningar genomförs även bedömning av ADL-status, förflyttningar och måltidssituation.
- Kvalitetsverktyg som Senior alert, Palliativa registret, registret för Beteendemässiga Psykiska symtom vid Demens (BPSD) och Svenskt demenscentrums *checklista demens* används för att analysera och utveckla kvalitet och säkerhet. Vissa av systemen/verktygen kräver samtycke från patienten. I kvalitetsregistren kan enheterna följa upp att t ex brytpunktssamtal, smärtskattning, fallförebyggande åtgärder med mer har

genomförts.

- I samband med försämrat hälsotillstånd hos en patient ska bedömningsinstrumentet Visam användas av sjuksköterskorna. Visam är en strukturerad metod som används för att säkerställa en systematisk undersökning och säkrare bedömning, samt vård på rätt vårdnivå. Visam ger även en säkrare informationsöverföring mellan vårdgivare, vanligtvis mellan sjuksköterska och läkare på enheten. I dokumentationsgranskning för andra halvåret 2023 är ett bifynd att bedömningsinstrumentet inte används i den utsträckning som avses. Granskningens resultat ska diskuteras i styrgrupp och åtgärder ska planeras.

Basala hygienrutiner

Enheterna säkerställer en god hygienisk standard genom bland annat återkommande utbildningar inom och kontinuerlig uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler. Samtliga enheter har markerat att egenkontrollen Basala hygienrutiner är godkänd. Egenkontrollen omfattar att:

- samtliga medarbetare under året har genomgått webbutbildning i basala hygienrutiner
- fastställda kvalitetsmättningsinstrument används enligt Vårdhygiens instruktioner som stöd för utvärdering av följsamhet till föreskrift SOSFS 2015:10
- avvikelser identifieras utifrån de resultat som uppnåtts i självskattning och observation
- återkoppling gjorts till verksamhetens medarbetare av resultat som uppnåtts i självskattning och observation samt planerade åtgärder
- chef har följt upp resultat av planerade åtgärder
- punkterna 2-5 genomförts till varje tertialrapport, verksamhetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse och vid behov

Enheterna inom äldreomsorg har avtal med Region Stockholms hygiensjuksköterska, som erbjuder bland annat utbildning och hygienronder. En enhet har genomfört en egen PPM-mätning, en punktprevalensmätning som undersöker följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Avvikelseprocessen

Samtliga enheter har nu ett väl inarbetat arbetssätt med snabb uppföljning av team och chef när en händelse som måste utredas har inträffat.

Dokumentation

Samtliga enheter har genomfört egenkontroller inom området.

Timanställda

Personalkontinuitet är en viktig faktor för patientsäkerheten och är en prioriterad fråga för nämnden. Andelen arbetade timmar av timanställda var i november 9,3 procent på rullande 12

månader på nämndens vård- och omsorgsboenden. Det är med stor marginal fortsatt lägst i staden.

Nattfastemätningar och måltidsmiljö

Nattfastemätningar genomförs minst två gånger per år. Måltidsobservationer genomförs en gång per år på vob av mat- och måltidsombuden med hjälp av en observationsguide. Syftet är att kvalitetssäkra måltidsmiljön Under året har stort fokus riktats mot nutritionsvårdsprocessen, se rubriken *3.3 Adekvat kunskap och kompetens*.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Användandet av Nationell Patientöversikt, NPÖ, har ökat i nämndens verksamheter. NPÖ gör det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, om patienten har gett sitt samtycke till det. Tjänsten erbjuds till offentligt finansierade vårdgivare.

Under året har chefer arbetat för att vikarierande sjuksköterskor som innehar ett SITHS-kort, en elektronisk identitetshandling, ska ha tillgång till NPÖ och Pascal. Pascal används av all vårdpersonal främst för att skriva ut och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar, så kallade dospatienter. Tjänsten riktar sig till regioner, kommuner och privata vårdgivare. Det fungerar nu för de flesta. Joursjuksköterskor har fortsatt inte tillgång till NPÖ och Pascal, då detta inte har kunnat lösas tekniskt. Joursjuksköterskor har dock möjlighet att ta del av läkemedelslistor via Appva, det digitala signeringssystemet. Vid behov av att ta del av hälsoinformation som inte framgår av kommunal journal är joursjuksköterskorna fortsatt beroende av kontakt med jourläkare.

Riskhantering

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

Enheterna har kartlagda verksamhetsprocesser. Risker har identifierats, riskanalyser är gjorda och plan för egenkontroller finns upprättade i stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ILS. Genom egenkontroll har verksamheterna regelbundet och systematiskt följt upp att arbetet genomförts enligt kartlagda processer och fastställda rutiner, vilka resultat som har kunnat ses samt förbättringsåtgärder.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

I månadsskiftet januari-februari 2023 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en inspektion på plats på stadsdelsnämndens tre boenden. Inspektionen var en del av den nationella tillsynen av medicinsk vård och behandling på särskilt boende för äldre, detta mot bakgrund av att IVO under covid-19-pandemin fick indikationer på ökade patientsäkerhetsrisker i vård- och omsorgsboenden.

I tillsynen ingick vård- och omsorgsboenden i 283 kommuner och ett antal stadsdelar. Tillsynen visar att samtliga granskade kommuner i ett eller fler avseenden har brister och IVO har i tillsynsbesluten krävt att huvudmännen ska återredovisa hur man avser åtgärda dessa. Förvaltningen har under hela tillsynen noga följt delresultat på nationell nivå och baserat på dem genomfört egenkontroller och i vissa fall åtgärder.

De brister som IVO lyfte i samband med inspektionen av nämndens verksamheter var redan identifierade, och hade pågående eller planerade åtgärder. Efter nämndens återredovisning beslutade IVO att avsluta ärendet, med hänvisning till att nämnden har genomfört tillfredställande åtgärder.

Journalgranskningar

En av de egenkontroller som har genomförts är journalgranskningar. Journalgranskningarnas fokus valdes med utgångspunkt i IVO:s tillsyn, och omfattar bland annat förekomst av dokumenterade brytpunktssamtal och palliativa åtgärder och planer, samt läkemedelsgenomgångar. En mindre journalgranskning genomfördes för det första halvåret. Under årets andra halva granskades journaler för samtliga patienter som avlidit under perioden juli-december. 15 procent av dödsfallen var oväntade. Nedan redovisas resultatet:

Brytpunktssamtal

När patientansvarig läkare gjort bedömningen att det primära målet med vården har ändrats från livsförlängande till lindrande ska ett brytpunktssamtal genomföras. Samtalet kan hållas vid ett eller flera tillfällen och inkludera fler medlemmar i teamet. Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att besluta hur hen vill ha det under den sista tiden. Granskningen visar att 100 procent av journalerna för patienter med förväntade dödsfall har dokumenterat samtal med närstående och/eller patient om försämring och att livet går mot slutet, även om ordet brytpunktssamtal oftast inte har använts. Samtalen har utförts av både läkare och sjuksköterskor. I de fall journalerna nämner att läkare genomfört samtal används ordet brytpunktssamtal i större utsträckning. En jämförelse med läkarorganisationernas journaler har inte genomförts. Resultatet bedöms vara mycket bra, då det visar att patienter och/eller

närstående hålls välinformerade om försämringar på alla enheter och alla avdelningar.

Palliativa åtgärder och planer

Journalgranskningen visar vidare att samtliga patienter som haft ett förväntat dödsfall har erhållit den omvårdnad och medicinska behandling som förväntas. I princip samtliga patienter har haft palliativa åtgärder ordinerade.

Palliativa registret

Genom registrering i palliativa registret kan enheterna mäta hur de lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom få stöd i förbättringsarbete som syftar till optimal vård. Årets interkontroll omfattade kontroll av registrering i palliativa registret. Användningen har ökat betydligt under de senaste åren, dock registreras inte i den utsträckning som krävs enligt riktlinjer för stadens hälso- och sjukvård.

Läkemedelsgenomgång

Journalgranskningen baseras på journaler för avlidna patienter. I 20 procent av journalerna fanns dokumenterade läkemedelsgenomgångar. Då ungefär hälften av vårdtiderna understeg ett år blir resultatet dock missvisande. Sjuksköterskorna fick instruktioner om hur detta ska dokumenteras några månader in på 2023. Statistik från läkarorganisationerna visar mycket gott resultat (95-100 procent genomgångar inom ett år). Se även rubrik 4.2, *tillförlitlig och säkra system och processer*.

Avvikelser

Hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål sker skyndsamt, analyseras och bedöms för eventuella vidare åtgärder. Avvikelser analyseras i kvalitetsråd och andra forum.

Alla avvikande händelser som kan beröra hälso- och sjukvård ska rapporteras i hälso- och sjukvårdsavvikelsemodulen i Vodok. Därefter bedömer verksamhetschef om händelsen beror på en brist inom hälso- och sjukvård. Om verksamhetschefen bedömer att händelsen hade kunnat undvikas med fler eller andra preventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet är det en avvikelse inom hälso- och sjukvård. Även MAS och MAR kan göra denna bedömning.

För fall gäller att samtliga fall ska rapporteras i avvikelsemodulen i Vodok. När ett fall *inte* beror på en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef bedömt, vanligtvis baserat på teamets bedömning, att fallet inte hade kunnat undvikas med fler eller andra fallpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter krav på att alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska rapporteras till Läkemedelsverket, tillverkare och för kännedom till IVO. Verksamhetschef ansvarar för att i samråd med MAR eller MAS göra en anmälan.

Analys av årets hälso- och sjukvårdsavvikelser

Under 2022 hade samtliga enheter fokus på avvikelseprocessen, vilket gav stor effekt på avvikelsernas kvalitet, främst syns det i den del där baspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårds-

personal och chefer analyserar händelsen i olika steg och utifrån sin profession. Den positiva utvecklingen har fortsatt, och i år ses sammantaget en ytterligare ökad medvetenhet kring syfte och vikt av avvikelse för både kvalitetssäkring och förbättringsarbete. Analys och bedömning av avvikelser visar en positiv utveckling i teamets gemensamma analys och åtgärder. Joursjuksköterskornas avvikelser är fortsatt tydliga och utreds i år upp mycket snabbare. Vanligtvis har nu en avvikelse som skrivits av legitimerad sjuksköterska som arbetar på natten börjat utredas av dagtidsarbetande legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut inom ett dygn.

Vårdkedjeavvikelser

Under året har särskilt fokus lagts vid rapportering av vårdkedjeavvikelser. Dessa har följts upp i samband med kvartalsavstämningar mellan verksamhetschefer och MAS. En liten ökning har skett jämfört med föregående år, men bedömningen är att det sannolikt finns en underrapportering avseende avvikelser i vårdkedjan mellan olika vårdgivare, framförallt i övergången mellan slutenvård och vård- och omsorgsboende. Enbart två vårdkedjeavvikelser avser denna typ av händelse. Flera vårdkedjeavvikelser från en avdelning avser brister i uppföljning av nutritionsstatus. Särskilt fokus har lagts på nutritionsvårdsprocessen under andra halvan av året, se rubrik 3.3 *Adekvat kunskap och kompetens*. Ingen vårdkedjeavvikelse avser kommunikation mellan läkare på vob och legitimerade, där är bedömningen efter regelbunden dialog med nämndens sjuksköterskor att det inte finns någon underrapportering.

Läkemedelsavvikelser

Digital signering har medfört en tydlighet i antal missade signeringar och försenade doser. Av totalt 267762 planerade läkemedelsadministrationer har 262144 signerats, vilket motsvarar 98 procent. 142 läkemedelsavvikelser har noterats, vilket inte motsvarar de uteblivna signeringar som Appva noterat (5618). En möjlig orsak är att ansvarig sjuksköterska ser avvikelse direkt i Appva och åtgärdar t ex utebliven signering i dialog med berörd person. Uteblivna signeringar kan också bero på att delegerad personal saknat inloggning eller saknat telefon och därför signerat på "*signeringslista vid driftstopp*", som finns i alla patientpärmar. Det behöver inte innebära att patienten inte erhållit sin dos. Under nästkommande år behöver processen för läkemedelsavvikelser förtydligas, lämpligt att detta sker i samråd med andra stadsdelsförvaltningar som också använder sig av digital signering.

Fallavvikelser

Från mars/april 2023 rapporterar enheterna frakturer i avvikelssystemet. En enhet noterar att antalet frakturer har minskat jämfört med föregående år. Enheten har arbetat intensivt med teambedömningar vid fallrisk och inträffade fall, och gör bedömningen att det har gett resultat. Samtliga enheter kan uppvisa ett minskat antal fallavvikelser 2023 jämfört med 2022. En enhet uppger att en orsak kan vara att behovet av att röra sig självständigt utan hjälpmedel varierar stort mellan olika individer och att färre personer har haft ett sådant behov under året.

Jämställdhetsanalys

Avvikelsesystemet medger inte någon automatisk statistik baserat på juridiskt kön. Statistiken för de avvikelser som bedömts som brist i hälso- och sjukvård har tagits fram manuellt, men ger inte tillräckligt underlag för att analysera utifrån jämställdhetsperspektivet. Fler faktorer behöver vägas in, till exempel den totala könsfördelningen och hur sjukdomar och funktionsnedsättningar är fördelade mellan kön.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal rapporterade avvikelser i avvikelsemodulen inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som saknar slutlig bedömning	Antal rapporterade avvikelser där slutlig bedömning visar på skada	Antal skador som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	142	1	0	0	131	
Specifik omvårdnad	24	0	1	0	4	
Specifik rehabilitering	6	1	0	0	2	
Trycksår	3	1	2	1	1	Trycksår uppkommer i relativt hög grad vid sjukhusvistelse och behandlas på vob. Journalgranskning visar underrapportering kring trycksår som uppkommit i egen verksamhet. Dock rör det sig om mycket få fall.
Vårdkedjan	23	1	0	0	13	
Vårdrelaterad infektion	0					Varje avdelning rapporterar infektioner månadsvis. Ingenting tyder på vårdrelaterade infektioner. När covid och mag-sjukor förekommit har de stoppats snabbt.

totalt	198	4	3	1	151	
---------------	-----	---	---	---	-----	--

Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall som saknar slutlig bedömning	Antal rapporterade fall där slutlig bedömning visar skada	Antal fallrelaterade skador som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Antal rapporterade fall som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård	Kommentar
346	9	51, varav 7 frakturer.	4, varav 2 frakturer	7	gäller samtliga enheter

Tillbud med medicinteknisk produkt

Antal tillbud med medicinteknisk produkt som anmäls till Läkemedelsverket, tillverkare och IVO	kommentar
0	gäller samtliga enheter

Klagomål, synpunkter och beröm

Samtliga enheter har rutiner för hantering av synpunkter, klagomål och beröm, för att de ska kunna ingå i det systematiska kvalitetsarbetet. Samtliga enheter använder kvalitetsråd och/eller andra personalmöten för att informera om och analysera synpunkter och klagomål.

Rutinerna omfattar ansvarsfördelning mellan personal och chefer, samt processen för hantering och återkoppling. Synpunkten åtgärdas direkt eller så snart det är möjligt beroende på dess art. I de fall det berör enskild medarbetare tar enhetschefen upp det med berörd person. I de fall klagomålen eller synpunkterna berör övergripande rutiner eller arbetssätt ses rutinerna över och revideras om så är nödvändigt. Samtliga synpunkter, klagomål och beröm redovisas i förvaltningens ledningssystem ILS. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas enbart de synpunkter, klagomål och beröm som rör hälso- och sjukvård.

Synpunkter, klagomål och beröm som rör hälso- och sjukvård

Synpunkt, klagomål eller beröm?	vad gällde synpunkten/klagomålet/ berömmet?	Från vem? (patient/närstående/ samverkanspartner/annan)	Åtgärd	Återkoppling
Klagomål	Brist i hantering av trycksår	närstående	Kontakt med närstående / MAS/områdeschef/omvårdnadsansvarig ssk och läkare vid flera tillfällen.	Återkoppling till närstående :Åtgärder vidtagna utifrån pat. status och läkarord.

Synpunkt	Faktureringsproblem för närstående för betalning av apodospåse	Närstående/ apoteket	Digital åtgärd samt samverkan	återkoppling given efter löst problem
Klagomål	bemötande och möblering.	Närstående och volontär	Samtal med berörd/a	Återkoppling utförd till berörda
Beröm	Nöjd med städning, utevistelse, omvårdnad och bemötande.	Närstående	gett feedback till berörda om den positiva återkopplingen på arbets utförande	Har återkopplat till berörda
Klagomål	Boendes rätt till självbestämmande, ett söndertvättat täcke, oordning i dosett, Oladdad telefon samt våldsamt medboende.	Närstående	Samtliga synpunkter är kommunicerade och åtgärdade.	Återkoppling har skett.
Synpunkt	Personalen kan inte ge mig mer behovsmedicin.	Patient	Dialog med patient	
Beröm	God omvårdnad, personalens bemötande, aktiviteter	Närstående	Återkoppling till personal vid möte	
Beröm	Personalen är bra på att hjälpa mig att få hjälp med behovsmedicin	patient	Info till personal vid möte	
Klagomål	Bemötande	Närstående	Samtal med berörd personal	Återkoppling till närstående

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

Enheterna har aktuella kontinuitetsplaner. Under 2022 medförde situationen i omvärlden ett förnyat arbete med exempelvis beredskapslager. Det arbetet har fortlöpt under 2023, i samarbete med bland annat förvaltningens dietist och säkerhetsansvarig.

Nämndens vård- och omsorgsboenden har under året genomfört en krisövning, ELBO. Övningen initierades av stadsledningskontoret och var en skrivbordsövning som innebar att ett elavbrott på tre dygn simulerades. Övningen syftade till att ge insikter om vad verksamheten redan har beredskap för och om arbetssätt och rutiner finns som behöver utvecklas för att vara än bättre rustade för ett långvarigt elavbrott.

Under året har nämndens hälso- och sjukvårdsenheter övergått till att signera läkemedel och vissa andra hälso- och sjukvårdsåtgärder digitalt, vilket medfört ytterligare kontinuitetsplanering.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Inom Farsta stadsdelsförvaltning kommer verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs under år 2024 att fortsatt arbeta utifrån de fastställda strategierna med målen patientsäker vård, personcentrerad vård och omsorg samt god vård i livets slutskede. Förvaltningen kommer även att utveckla det påbörjade arbetet utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet; *Agera för säker vård*.

Två gemensamma mål har satts i styrgrupp för hälso- och sjukvård:

Mål	Planerade åtgärder/aktiviteter	Egenkontroll
Palliativt förhållningssätt	Inom vård- och omsorgsboende fortsätter arbetet med att utveckla och stärka det palliativa förhållningssättet och vården genom teamwork, stärkta ombudsroller, samverkan med läkarorganisationerna samt patienters och närståendes delaktighet. Verksamhetschefer går chefsutbildning via PKC. Kunskapshöjande insatser kommer att utgå ifrån Palliativt kunskapscentrum, PKC, och deras utbildningserbjudanden. Arbetet med att öka användandet av palliativa registret fortsätter under 2024.	Registrering i palliativa registret
Nutritionsvårdsprocessen	Ökad kunskap inom nutritionsvårdsprocessen för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal på vård- och omsorgsboende.	Dokumentationsgranskning