

Patientsäkerhetsberättelse för Skolörstens servicehus År 2023



Datum 2023-12-01

Ansvarig för innehållet Pegah Parvizimotlagh biträdande enhetschef HSL

Diarienummer HV 2023/70

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen 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.



Källa:

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	7
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	10
Strålskydd.....	11
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	19
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Säker vård här och nu	21
Riskhantering	21
Stärka analys, lärande och utveckling.....	22
Avvikelser	22
Klagomål och synpunkter.....	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	27

SAMMANFATTNING

Skolörtens servicehus omfattar 88 lägenheter och i dagsläget är 58 lägenheter fullbelagda. Utifrån hälso- och sjukvårdsinsatser samt biståndsbeslut som underlag utför verksamheten service – och omvårdnadsinsatser till patienten. Hälso- och sjukvårdsteamet bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut samt dietist tjänstgör dagtid måndag-fredag med undantag för sjuksköterskor som även tjänstgör helger dagtid, vilket ger kontinuitet och ökar tryggheten för patienterna. Mobila sjukskötersketeamet Big Care ansvarar för sjukvårdsinsatserna på jourtid dvs. kvällar och nätter.

Vårdgivaren stadsdelsnämnden har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen. I detta ingår att säkerställa att varje legitimerad personal inom vård- och omsorg kan utöva sitt arbete så att en god och säker vård kan ges. Patienten ska också känna sig trygg och säker i kontakt med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för patient och närstående att aktivt delat i patientsäkerhetsarbetet. Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård med fokus på patientsäkerhet för att förhindra/förebygga vårdskador. Verksamheten har sammanställt och analyserat avvikelser i syfte att utifrån resultat arbeta förebyggande samt utveckla arbetet med avvikelshantering och utreda bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser och följa upp detta på olika forum inom verksamheten. Viktigaste åtgärden som vidtagits under året är att minska antal läkemedelsavvikelser, vilket enheten har lyckats med genom att erbjuda all personal utbildningar i läkemedelshantering, förtydligande av arbetskort i schemos och larmlistan där daglig medicindelning planeras. Sjuksköterskorna har lämnat tydliga signeringslistor och aktuella läkemedelslistor i medicinskåpen. Månatliga egenkontroller av signeringslistor har utförts.

Verksamheten har under året arbetat med fallprevention och startat ett samarbete med läkaren kring detta. Dessutom har enheten ett administrativt verktyg, kallad digitalrond som går ut på att sjuksköterskorna mejlar rondlistan till läkaren dagen innan rond.

För att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar har enheten fortlöpande arbetat med basala hygienrutiner, självskattning, punktprevalensmätning och egenkontroller. Samtliga personal har också genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning, vilket görs en gång per år. Därutöver har verksamheten, genom nära samarbete med dietisten gått utbildningar i kost och nutrition för att motverka undernäring. Nytt projekt som heter Nutrisym är inplanerat till våren 2024.

Enheten har arbetat med tvärprofessionella teammöten en gång i veckan samt haft som mål att ha kvalitetsråd en gång i månaden, utifrån en tydlig mötesstruktur och lärandeorganisation. Synpunkter, klagomål och avvikelshantering är viktiga punkter som tas upp, utreds och åtgärdas på kvalitetsråden. Uppföljning av planerade åtgärder sker kontinuerligt.

Verksamheten har kunnat se att antalet avvikelser har minskat år 2023 jämfört med 2022. Under året 2022 var antalet avvikelser 245 och under 2023 var 153. Det är främst avvikelser inom läkemedel som minskningen har skett, vilket visar på att tät uppföljning av egenkontroller gett effekt. Resultatet från dessa egenkontroller har sedan knutits till kompetensutvecklingsplanen. När det gäller klagomål och synpunkter kan verksamheten se att det skett en minskning från 18 (2022) till 7 (2023). Det gäller främst en minskning inom kvalité på verksamheten och ej genomfört insats.

Under året har personalen gått utbildning i munhälsa, nutrition, hjärt- och lungräddning, läkemedelshantering, palliativ vårdfilosofi och delegering. Verksamheten har också erbjudit inkontinensutbildningar till samtliga personal och sjuksköterskorna har upprättat individuell inkontinensordination för varje vårdtagare.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER 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.

Verksamheten ska enligt hälso- och sjukvårdslagen bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla en god och säker vård av hög kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet och behandling. Det har enheten gjort genom att ha kvalitetsråd och tvärprofessionella teammöten. På kvalitetsråden har verksamheten arbetat vidare med avvikelserna och diskuterat eventuella åtgärder och förbättringsarbeten. På kvalitetsrådet deltar samtliga yrkesprofessioner som sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, undersköterska, medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), dietist, enhetschef och biträdande enhetschef.

Verksamheten har även arbetat med att systematiskt granska hälso- och sjukvårdsdokumentation samt följa upp att samtliga patienter har en aktuell riskbedömning avseende malnutrition MNA, en aktuell ADL bedömning enligt Sunnås ADL index, aktuell fallriskbedömning eller DFRI, utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår samt aktuella hälsoplaner som skapas om risk uppmärksammas i en riskbedömning. Dessutom fortsätter verksamheten att utveckla kvaliteten genom utförda egenkontroller och uppföljningar både för baspersonal samt legitimerad personal i olika områden. Sammanställning av resultatet av dessa kontroller leder till nya förutsättningar för utveckling av rutiner och nya arbetssätt.

Ett flertal utbildningar, utifrån verksamhetens behov, har planerats och genomförts under 2023 både för hälso-sjukvårdspersonal samt baspersonal. Att utveckla palliativa ombudens roll och ansvar har varit ett stort mål under 2023 och enheten har utbildat ytterligare 2 undersköterskor och en sjuksköterska som palliativ ombud, vilket bidrar till en kvalificerad vård i livets slutskede för patienten.

Samtliga personal inklusive hälso- och sjukvårdspersonal har fått utbildningar i inkontinens och alla boende har en upprättat inkontinensordination, vilket varit ett mål under 2023.

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.



Verksamheten arbetar för att höja kompetensen och ger hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att utveckla rutiner och arbetssätt genom att erbjuda utbildningar i kost och nutrition, munvårdsutbildningar, palliativ vård, inkontinensutbildning, läkemedelsutbildningar med mera. Enheten tar fram en kompetensutvecklingsplan för varje år där det framgår vilka utbildningsinsatser som är inplanerade. Dessutom har enheten ett samarbete med klinisk träningscenter (KTC) gällande utbildningar. Därutöver följs det dagliga arbetet upp genom att enhetschef och biträdande enhetschef möter upp personalen varje morgon. Det finns ett närvarande ledarskap i verksamheten med tydlig styrning och struktur.

Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Verksamhetensmål, under 2023, är att enligt hälso- och sjukvårdslagen bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla en god och säker vård av hög kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet och behandling och förhindra uppkomsten av vårdskador.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet är följande:

- Verksamheten har ett fungerande team tänk när det gäller hur man ska arbeta patient säkert. Det innebär att teamet samlas en gång per vecka för att diskutera olika frågor för att ha ett samlat grepp om patienten.
- Uppdatering och granskning av hälso-och sjukvårdsdokumentationen och uppföljning av avvikelser sker löpande.
- Samtliga boenden ska ha en utförd och dokumenterad riskbedömning avseende malnutrition MNA, en aktuell ADL bedömning enligt Sunnås ADL index, aktuell fallriskbedömning eller DFRI, utförd riskbedömning enligt Nortonskalan avseende risk för trycksår samt aktuella hälsoplaner som skapas om risk uppmärksammas i en riskbedömning.
- Registrera alla boende i Senior Alert, utföra riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar. Uppdatering av dessa sker två gånger per år samt vid ändrade status.
- Genom att utbilda fler palliativa ombud för att bidra till en mer kvalificerad vård i livets slutskede för patienten. Verksamheten har 4 palliativa ombud, 3 undersköterskor och 1 sjuksköterska.
- Ansvarig sjuksköterska har gjort inkontinensutredning, individuell bedömning och plan för samtliga berörda patienter. Baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal har fått utbildning i inkontinens från Tena.
- Verksamheten har en god följsamhet gällande riktlinjer och rutiner kring läkemedelsgenomgångar. Alla boende har läkemedelsgenomgång minst en gång per år samt vid behov.
- För att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga vårdskador arbetar verksamheten aktivt med avvikelser, synpunkter och klagomål. Det finns en tydlig struktur kring detta arbete.

- Förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner genom noggrann uppföljning av basala hygienrutiner, täta egenkontroller samt självskattning.
- Systematiska egenkontroller görs enligt årshjul.
- Verksamheten har planerat för att påbörja digital signering av läkemedel i Appva appen under 2023 vilket effektiviserar och förbättrar läkemedelshanteringen. Beslut kring detta är fortfarande inte klart, fortsätter under 2024.
- Verksamheten har i samverkan med Familjeläkarna planerat för att införa digital rond.

Organisation och ansvar

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

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som till exempel chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter och patientnämnden ingå.

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera

Enhetschef Enhetschefen ansvarar för verksamheten och har det samlade ledningsansvaret (HSL 2017:30, 29 §), dock inte det ansvar som åligger medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS). Enhetschef ska tillämpa vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i verksamhetens uppsatta mål, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. Enhetschef ansvarar även för att se till att förvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. Enhetschefen har det yttersta ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som ställs på att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård, utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SOL).

Enhetschef ansvarar också för att implementera rutiner, genomföra uppföljningar samt ansvara för att resursanvändning och personalbemanning är optimal. Detta för att en god och säker vård ska kunna säkerställas.

Biträdande enhetschef ansvarar för ledning av hälso-och sjukvårdsuppgifter för hälso- och sjukvårdspersonalen för att säkerställa att lagar, föreskrifter, regler och rutiner följs. Ansvarar därutöver för att utreda händelser och avvikelser i verksamheten, analysera dessa och återkoppla till berörda.

Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar även för att vården organiseras på ett sådant sätt så att en hög patientsäkerhet av god kvalitet säkerställas. Dessutom arbetar biträdande enhetschef för att främja kostnadseffektivitet samt säkerställa att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs i enlighet med förvaltningens ledningssystem och gällande lagstiftning.

Legitimerad personal ansvarar för att följa upp insatser enligt verksamhetens uppsatta mål, utföra risk- och preventionsbedömningar för alla patienter, medverka aktivt och kontinuerligt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder. All legitimerad personal har en skyldighet att rapportera vårdskador eller händelser som kunnat leda till vårdskada.

Kontinuerligt arbeta med risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

Delegerad baspersonal utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter utifrån verksamhetens upprättade rutiner och följer lagar och regler som finns. All hälso-sjukvårdpersonal ska främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande hos patient.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)

för att;

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdpersonal.

Med ansvaret följer att anmäla risker för allvarliga vårdskador samt händelser som har medfört allvarlig vårdskada till IVO (Inspektionen för vård- och omsorg).

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Enlig Beskriv **hur** och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Beskriv även om det finns processer och områden där samverkan saknas.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen erbjuder verksamheten en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg till den enskilde. Lokal överenskommelse mellan kommun och regionen finns inom Stockholm Stad. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till en god och säker vård och behandling. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att patient och närstående upplever vården som helhet.

Intern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Mobila sjukskötersketeamet Big Care ansvarar för hälso-sjukvårds insatser kvällar och nätter. Verksamheten har samverkan tillsammans med medicinsk ansvarig sjuksköterska 2 ggr per år och vid behov.
- Familjeläkarna som ombesörjer läkarinsatser. Har avstämningsmöten 1 gång per termin och vid behov.
- Dietist stödjer och utbildar sjuksköterskor och baspersonalen i nutritionsfrågor. Dietisten deltar i hälso- och sjukvårdsmöten en gång per vecka tillsammans med övriga hälso- och sjukvårdspersonalen. Deltar också i teammöten en gång per vecka och kvalitetsråd en gång per månad. Därutöver håller dietisten i möten en gång per månad med fokus på nutrition samt håller i utbildningar för personal.
- Dokumentationsansvarig för hälso- och sjukvårdsdokumentation i stadens Vodok system. Träffas regelbundet varannan månad i helgrupp, individuellt och vid introduktion. Handleder utsedd handledare, delger information och informerar om eventuella förändringar.
- Beställarenheten-biståndshandläggare inom Stockholm stad har avstämningsmöten vid behov.
- MAS gällande frågor kring läkemedel, avvikelser, hygien, smittsamma sjukdomar osv får att få stöttning.
- MAS och biträdande enhetschef träffas en gång i månaden för att stämma av läget och för att utbyta information, gå igenom eventuella avvikelser inför kvalitetsråd.
- Samverkan med ASIH gällande vissa patienter vid behov. Det är en samverkan mellan sjuksköterska och ansvariga på ASIH för patienter som t ex har cancer. Vid behov och beroende på ärendets karaktär t ex om det finns behov av utbildning kallar biträdande enhetschef till en avstämning med berörda personer från verksamheten och ASIH.

Extern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen en gång om året tillsammans med MAS, biträdande enhetschef HSL och sjuksköterskor.
- Apoteket AB för leverans av dosdispenserade läkemedel samt original förpackningar.
- Logopeden kontakt sker via läkaren som skickar remiss.
- Hörsel – och synkonsulent kommer till verksamheten på bestämda tider.
- God man/förvaltare
- Flexident som utför munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt utbildar i munhälsa vid behov.

- Smittskydd och Vårdhygien finns tillgängliga för råd och stöd samt anordning av utbildningar inom basal hygien rutiner och smittsamma sjukdomar.
- Fotsjukvården Hagsätra utför fotsjukvård – avstämning sker vid behov med ansvarig sjuksköterska.
- Atlas AB bårtransport – avstämning sker vid behov.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.

All personal i verksamheten har tillgång till mappar innehållande relevant information men det finns även tillgång till en del av informationen i pärmar. Den information som finns i mapparna är skyddade så att ej obehöriga kommer åt dem. När det gäller akterna har verksamheten låst in dem i brandsäkra skåp så ej obehöriga kommer åt dem. Dessutom är alla utrymmen där hälso- och sjukvårdsgruppen vistas utrustade med kodlås och/eller bricka.

Hälso- och sjukvårdspersonalen använder SITHS-kort för identifiering, inloggning och signering i system där patientinformation hanteras. Samtlig legitimerad personal, i samband med anställning, skriver på en sekretessförbindelse och de meddelas även att genom regelbundna loggkontroller gör verksamheten uppföljningar och kontroller av åtkomst till journal och övrigt system. Dessutom finns ett informationsblad gällande informationssäkerhet som lämnas ut.

Utifrån de krav som ställs på verksamheten ansvarar biträdande enhetschef för att tilldela behörigheter till system med vårdinformation såsom Vodok och NPÖ mm. Vid inflytt tillfrågas samtliga boende om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring till andra vårdgivare och till närstående samt registrering i kvalitetsregister.

Biträdande enhetschef utför loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation två gånger per år för att säkerställa att obehöriga inte har tillgång till viktig information. Gjorda egenkontroller visar inga avvikelser.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ge en kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet eller hänvisa till bokslutet i länk eller bilaga.

Detta område berörs ej inom vår verksamhet.

En god säkerhetskultur

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



Beskriv **hur** ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Beskriv även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs. Beskriv gärna vilka verktyg ni använder för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur som kännetecknas av

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera dessa sker på team möten där det pratas om risker och hur man kan arbeta med dessa. Det finns en tydlig dagordning där det framgår vad man ska ta upp som t ex läkemedel, fall, hjälpmedel, nutrition, behov av god man/förvaltare mm. Det är biträdande enhetschef som håller i detta möte och ges möjlighet till att ta upp och diskutera patienter.
- Ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Det finns flera olika forum där personalen ges möjlighet att ta upp och diskutera risker och avvikelser. Det kan vara vid morgonmöten, temamöten, kvalitetsråd.
- Ett icke skuldbeläggande förhållningssätt – verksamheten arbetar med att få personalen att identifiera och rapportera risker. Fokus ligger på att det är händelsen som utreds för att skapa ett lärande klimat där vi förebygger vård skador. Detta för att man ska kunna lyfta blicken och inte tänka att det har göra med en enskild personal.
- En organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och av risken för sådana händelser samt av positiva resultat.

Organisationen ger förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet bland annat genom team möten och kvalitetsråd men också via reflektionsträffar. Det finns tid avsett varje månad för varje personal att delta på reflektion. Det är en särskild utsedd handledare som håller i reflektionen och teman kan vara allt från bemötande, palliativ värdefilosofi och andra etiska dilemman som tas upp.

All personal rapporterar skriftligt avvikelser/händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada till sjuksköterska. Legitimerad personal registrerar dessa avvikelser i Vodoks avvikelsemodul och biträdande enhetschef sammanställer i sin tur dessa i verksamhetens avvikelshantering. Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) tar alltid del av dessa avvikelser.

Samtliga avvikelserapporter analyseras, samtal med berörda sker, åtgärder beslutas och uppföljningar genomförs. I lärande syfte tas viktiga avvikelser upp för genomgång på teammöten samt kvalitetsråd.

Dessutom tas klagomål/synpunkter emot, utreds enligt rutin och planerade åtgärder sätts in. All personal informeras om klagomål och synpunkter genom morgonrapport, teammöten samt APT.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Beskriv **hur** yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. Beskriv **hur** säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens. Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Verksamhetens uppdrag och patientens behov är utgångspunkten i vårt arbete med att säkerställa personalförsörjning och rätt yrkeskompetens. En förutsättning för att upprätthålla god kvalitet och hög patientsäkerhet baseras på kontinuerlig kompetensutveckling. Verksamheten har en kompetensutvecklingsplan där alla yrkeskategorier är inkluderade i planen. Exempel på kompetenshöjande aktiviteter är utbildning i basala hygienrutiner och klädregler, hjärt- och lugn räddning, missbruk, psykisk ohälsa, munvårdsutbildningar, läkemedelshantering, avvikelshantering. Dessa utbildningar har ordnats i verksamheten av interna och externa föreläsare samt en del har ordnats på klinisk träningscenter (KTC). Det har varit viktigt att se till att all personal tar del av den utbildning som finns i planen och det finns en tydlig lista där det framgår namn och datum på personal som har deltagit. Samtliga baspersonal genomgår också en webbaserad utbildning (jobba säkert med läkemedel) och lämnar sitt diplom till sjuksköterskor för en skriftlig delegering. Dessutom har varje medarbetare en egen kompetens- och utvecklingsplan där det framgår vad vederbörande ska vidareutvecklas i. Det som tas upp i planen är det som medarbetaren behöver utveckla sig i. Detta upprättas varje år, i samband med medarbetarsamtalet, tillsammans med personalen.

Verksamheten har även säkerställt att legitimerad personal tagit del av kompetensen genom att egenkontroller görs och följs upp. Utförda egenkontroller leder till att verksamheten kommer åt brister och kan åtgärda dessa och förbättra kvaliteten. Dessutom har verksamheten utvärderat arbetssätt och rutiner för att legitimerad personal ska kunna ha goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Förutom detta deltar legitimerad personal tillsammans med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) i kvalitetsråd för att arbeta med förbättringar och implementering av arbetssätt och rutiner. På dessa kvalitetsråd tas alla synpunkter, klagomål och avvikelser upp, analyseras, åtgärdas och följs upp. Därutöver anordnar hälso- och sjukvårdsdokumentationsansvarig inom staden regelbundna dokumentationsträffar för att säkerställa en patientsäker dokumentation. Dokumentationsträff är en aktiv forum där legitimerad personal får handledning för dokumentation i stadens dokumentationssystem.

Därutöver ser ansvarig chef till att bemanningen av hälso- och sjukvårdspersonal är anpassad utifrån patientens dagsaktuella medicinska behov.

Under året har verksamheten utbildat ytterligare 2 reflektionsledare som håller i reflektionsmöte för samtlig personal en gång i månaden. Dessa reflektionsträffar hålls för att verksamheten ska kunna ge personalen möjlighet att ta upp och diskutera olika etiska dilemman som t ex hur hantera en boende som tackar nej till vård.

Nya medarbetare introduceras enligt rutin och verksamheten har dokumenterade rutiner som uppdateras vid behov. Under året har rutinen uppdaterats för att bli ännu tydligare kring vilka rutiner som ska gås igenom i samband med en nyanställning.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Ge exempel på **hur** patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.

Patientens delaktighet i planering av sin vård är en förutsättning för en god och säker vård. Legitimerad samt baspersonal som utför hälso- och sjukvård på delegering/ordination har patientens delaktighet i vården som huvudmålet. I samverkan med sjuksköterska/ arbetsterapeut/fysioterapeut planeras målen för patientens vård i enlighet med patientens önskemål.

Vid inskrivning informeras närstående om möjligheten till delaktighet till patients vård och behandling efter samtycke/medgivande från patient. Händelser och åtgärder vid förändrat hälsotillstånd återkopplas löpande till närstående och möjlighet till delaktighet till vårdplaneringar erbjuds. Beslut tas i teamet hur, när och vem som informerar och involverar den närstående. Patient och närstående deltar i vårdplaneringar efter behov.

Vid inflyttning får patient en omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt ansvarig arbetsterapeut och fysioterapeut. Arbetsterapeuten och fysioterapeuten besöker alltid patienten vid inflyttning för att utföra ADL bedömningar och se över hjälpmedelsbehov och förflyttningsförmåga.

Verksamheten erbjuder närstående och patient 14 dagar efter inflyttning till en teambaserad vårdplanering/ankomstsamtal för att stärka möjligheterna för delaktighet i planering och utförande av insatserna efter önskemål och i enigheten med verksamhetens upprättade mål och rutiner. Målet med ankomstsamtal är ökad trygghet och säkerhet i ett gott omvårdnadsarbete enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Patienter får uttrycka önskemål om hur vård i livets slutskede skall vara när det närmar sig och närstående erbjuds efterlevnadssamtal.

Patienter/närstående ombeds lämna in synpunkter och klagomål när de upptäcker brister och risker i verksamheten.

Vid utredning av vårdskada ansvarar sjuksköterska för att informera den patient och närstående om detta. Enhetschefen i sin tur kontaktar närstående ifall det finns en påtalad risk för patientsäkerhet. Patient och närstående får vid inflyttning till särskilt patient information om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål på vården.

Enhetschef har närståendemöten två gånger per år. Verksamheten har regelbundet genom brev/mail haft kontakt med patient och närstående för att informera om viktiga saker.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

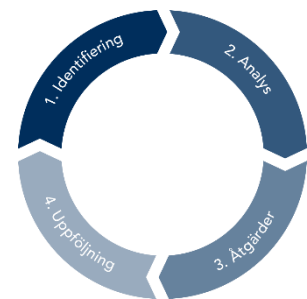
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



1. Identifiering

- Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverket och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning).

2. Analys

- Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning.

Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras visas i bilaga 1.

Verksamheten arbetar utifrån Socialstyrelsens fokusområden som är nedanstående:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Öka riskmedvetenhet och beredskap
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Säker vård här och nu
- Tillförlitliga och säkra system och processer

Det betyder att verksamheten har ett årshjul gällande egenkontroller som följs för att säkerställa en god och säker vård.

Egenkontroll

Verksamheten ska utöva egenkontroll som är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera enheten med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Verksamheten utför riskbedömningar och rapporterar kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård. Verksamheten har under året arbetat med att förbättra genomförandet av egenkontroller, analys och sammanställning av resultaten för att uppnå god kvalitet. Utifrån de egenkontroller som gjorts går det t ex att utläsa att hälso- och sjukvårdsdokumentationen uppfyller kriterierna för det som ska göras, samtliga riskbedömningar är gjorda, hälsoplaner och kartlagt hälsotillstånd finns. Dessutom har egenkontrollerna för läkemedelshantering visat att signering av läkemedel har blivit mycket bättre och när det gäller administrering av narkotika preparat (vid behov) har egenkontrollen resulterat i att verksamheten vidtagit åtgärden att sjuksköterskan som ska ge medicinen. Dessutom har verksamheten arbetat med egenkontroll av basala hygienrutiner månadsvis, vilket visat på att det finns fortfarande en del att göra som t ex att personal glömmer att sprita händerna innan man tar sig handskar. Det finns en plan för 2024 att verksamheten ska arbeta aktivt med detta område.

Egenkontroll är ett relevant och användbart verktyg där problem/fel och brister identifieras, möjliga orsaker analyseras, viktiga åtgärder vidtas och uppföljningar planeras efter resultaten. Detta arbete leder till förbättringsområde och kvalitetshöjning i patientsäkerhetsarbetet. Resultatet från egenkontrollerna, analys, planerade åtgärder och uppföljningar återkopplas direkt till samtliga berörda och på verksamhetens kvalitetsråd och arbetsplatsträffar går man igenom detta med alla deltagare.

Nedan redovisas egenkontroller inom hälso- och sjukvård

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Delegering	1 gång per år	Vodok, eget framtaget material

Hälso- och sjukvårdsdokumentation	2 gånger per år	Vodok
Loggkontroller	2 gånger per år	Vodok
Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, inkontinens och munhälsa	2 gånger per år	Vodok
Signeringslista för kylan i läkemedelskylskåpet	1 gång/vecka	Signeringslista
Signeringslista för narkotikaklassad läkemedel i akutläkemedelsförråd, patientbundna narkotika	1 gång per månad	Signeringslista
Signeringslista temperaturkontroll i läkemedelsförrådet och städning i läkemedelsförråd	1 gång/vecka	Signeringslista
Signeringslistor medicin hälso- och sjukvård för baspersonal	4 gånger per år	Signeringslista
Hälsoplan upprättade utifrån riskbedömningar	2 gånger per månad	Vodok
Medicintekniska hjälpmedel rehab	2 gånger per år	Eget framtaget underlag
Medicintekniska hjälpmedel baspersonalen	1 gång per månad	Eget framtaget underlag
Medicintekniska hjälpmedel sjuksköterskor	2 gånger per år	Eget framtaget underlag
Infektionsregistrering samt kvalitetsindikatorer	1 gång per månad	Eget framtaget underlag

Basala hygienrutiner	1 gång i månaden	självskattningsblankett
Inkontinenshjälpmedel	1 gång per år	Eget framtaget underlag
Kvalitetsgranskning av apoteket	1 gång per år	Apoteket
Hygienrond	Vid behov	Vårdhygien
Kvalitetsregister	2 gånger per år	Senior Alert Palliativ registret
Punktprevalensmätning	1 gång per år	Vårdhygien
HALT mätningen	1 gång per år	Senior Alert
Avvikelser	1 gång i månaden	Avvikelsehanteringssystem

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Verksamheten arbetar för att öka patientsäkerheten med hjälp av risk- och konsekvensanalyser, riskbedömningar och egenkontroller.

Verksamheten genomför även riskanalyser i samband med nedanstående situationer:

- förändringar i verksamheten
- inför sommarplaneringen och jul- och nyårsplaneringen
- risk för hot och våld
- personalbrist, låg bemanning
- suicid
- vid värmebölja
- brand
- strömavbrott
- med flera

Vid alla riskanalyser tittar man på vilka åtgärder som ska vidtagas och av vem. Det ska tydligt framgå hur man ska göra vid ovanstående situationer. Det är också viktigt att riskanalyser tas upp i arbetsgruppen och att det finns möjlighet för implementering.

Hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig att riskbedömningar genomförs inom 14 dagar vid inflyttning för att kartlägga patients hälsotillstånd och säkerställa god och säker vård. Dessa riskbedömningar gäller undernäring, trycksår, fall, inkontinens och munhälsa. Hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar med nämnda riskbedömningar både i dokumentationssystemet Vodok och senior alert.

Varje enskild legitimerad personal arbetar med sina egna riskbedömningar och är ansvarig för att vidta åtgärder, men det kan vara så att patienten behöver hela arbetsgruppens kompetens för att man ska vidtaga åtgärder. Därför tas patienten upp i det egna teamet för diskussion. Dessutom tas patienten upp i teammöten där det finns baspersonal. Genom tvärprofessionella teammöten som hålls en gång per vecka diskuteras patienten utifrån det som framkommit av riskbedömningarna. Detta för att man ska kunna få en helhetssyn på patienten för att kunna sätta in rätt åtgärder. Detta följs sedan upp genom egenkontroller (se avsnitt om egenkontroller).

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 vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Beskriv **hur** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.

Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid?

Beskriv identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, m.fl.

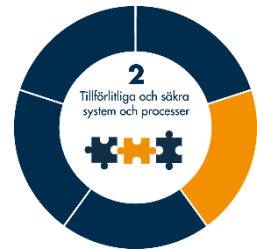
Verksamheten har arbetat aktivt med förebyggande åtgärder gällande vårdskador och händelser. Det görs genom att verksamheten utför kontinuerliga egenkontroller, riskbedömningar/riskanalyser. Det som också görs är att verksamheten utreder händelser som medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Verksamheten har ett arbetssätt där varje avvikelse analyseras och där man i samråd med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) diskuterar om avvikelsen ska utredas vidare.

Verksamheten har under året haft ett ärende där en patient blev utan sina läkemedel under en period. Händelsen utreddes, i samråd med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), för att kunna svara på vad som hänt och på så sätt kunna föreslå åtgärder för att förhindra att liknande händelse inträffar på nytt. Verksamheten utredde händelsen och kom fram till att ansvarig sjuksköterska inte följt gällande rutiner som t ex att kontakta läkaren, informera ansvarig chef och kontrollera att patienten hade läkemedel i sitt skåp. Detta resulterade i att patienten blev utan sina läkemedel, vilket kunde ha lett till en allvarlig vårdskada men inte gjorde det. Denna händelse resulterade i att verksamheten uppdaterade rutinen för introduktion av nyanställda (detta då sjuksköterskan var relativt ny) och rutinen för läkemedelshantering. Dessa rutiner har tillsammans med utredning av händelsen gicks igenom med hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessutom tas utredningen upp och diskuteras på kvalitetsrådet för att sprida kunskap.

Det finns tydliga rutiner för avvikelser och Lex Maria. All legitimerad personal har god kunskap om avvikelshantering. Biträdande enhetschef ansvarar för att utreda och följa upp eventuella vårdskador.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK), läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning, m.fl.

I verksamheten bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att kunna arbeta för en god och säker vård. Det betyder att verksamheten utreder avvikelser/händelser för att kunna förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Verksamheten arbetar också förebyggande för att förhindra vårdskada genom att göra riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen. En tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs av det tvärprofessionella teamet.

När en händelse inträffat registreras avvikelserna av ansvarig sjuksköterska i dokumentationssystemet Vodoks avvikelsemodul. Avvikelserna analyseras och sammanställs av biträdande enhetschef för hälso- och sjukvård (HSL). Återkoppling av analysen och eventuellt förändrat/förbättrat arbetssätt delges till berörd personal.

All läkemedelshantering sker enligt upprättade lokala rutiner och inför delegering genomgår all personal en webb baserad utbildning (jobba säkert med läkemedel).

Egenkontroller av t ex basala hygienrutiner och följsamhet genomförs en gång i månaden. Självskattningsblanketter utdelas till all personal vid ett planerat datum varje månad. Hygienombud observerar och kontrollerar att personalen följer alla punkterna rätt och biträdande enhetschef genomför denna kontroll för hälso- och sjukvårdspersonal och sammanställer resultat, analyserar och åtgärdar och följer upp.

Alla patient erbjuds läkemedelsgenomgång en gång per år av Familjeläkarna. Ansvarig sjuksköterska förbereder underlag såsom blodprover utifrån ett framtaget dokument och det följs upp på rondan av läkaren. Därutöver har verksamheten rutin för suicidriskbedömningar. Behov av god man/förvaltare görs av teamet när det finns indikationer på att t ex att läkemedel inte kan köpas. Det är teamet i samråd med biträdande enhetschef som diskuterar om frågan ska tas upp med läkaren om god man/förvaltare. Därefter skrivs intyg om god

man/förvaltare som skickas vidare till biståndshandläggaren. Detta arbetssätt finns skrivet i rutinen för läkemedelshantering.

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.



Är vården säker idag

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal, m.fl.

- Transport av blodprover och andra prover, Medicarrier
- Transport av läkemedel från apoteket AB samt Apoex
- Leverans av sjukvårdsmaterial Onemed och andra leverantörer
- Samverkan med Big Care, bemanning av sjuksköterskor jourtid
- Samverkan med Familjeläkarna, läkarinsatser dag – och jourtid

Verksamheten har god planering, bra insyn och gott samarbete/kontakt med ovannämnda företag/leverantörer. Vi håller oss uppdaterade genom mail och andra informationsbrev om ändringar/förseningar i leveranser. Alla beställningar görs i god tid ifall förseningar förekommer.

Verksamheten tar hjälp av varandra vid kortare eller planerade frånvaro av sjuksköterskor (sjukfrånvaro eller semester). Verksamheten har bra insyn/planering för inflyttning samt utflyttning av patienter där överrapporteringen genomförs på ett patientsäkert sätt. Grunden för det förebyggande arbetet är genomförande av riskanalyser som identifierar brister i förebyggande syfte.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdskador. Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonans Analysis Method), inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet, m.fl.

Verksamheten arbetar systematiskt med riskanalyser och analys av avvikelser för att säkra kvaliteten. Ledningen genomför regelbundet riskanalyser vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som har påverkan på verksamhetens rutiner och arbetssätt. Inrapporterade avvikelser samt klagomål/synpunkter används som underlag, dessa analyseras och sammanställs. Vidtagna åtgärder samt uppföljningar tas upp i aktiva forum såsom kvalitetsråd, dagliga rapport samt APT.

Vid inflytt genomförs en riskanalys/riskbedömning ur arbetsmiljöperspektiv och bakgrund av patientens hälsotillstånd av omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med kontaktperson, fysioterapeut samt arbetsterapeut. Uppdateringen sker vid förändrat hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att minska risken för undernäring, trycksår, fall och mun ohälsa. Vid påtalad risk upprättas handlingsplan och resultaten följs upp. Det finns ett tydligt arbetssätt på team mötena där man tar upp risker för att kunna arbeta vidare med riskerna. Verksamheten har sett hur viktigt det är att biträdande enhetschef deltar på dessa team möten och ser till att rutinen för team möten följs så att risker ska kunna tas upp. Det har visat sig att det är väldigt viktigt att riskerna tas upp då det ger en möjlighet att arbeta förebyggande. Det kan röra sig om risker vid fall, undernäring, trycksår, rökning, suicid mm. Detta för att säkerställa att verksamheten arbetar för en god och säker vård för patienten.

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 vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning, nationella register, m.fl.

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. På så vis stärks analys, lärande och utveckling.

Verksamheten har samverkan med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) där avvikelserna redovisas, analyseras och följs upp. Utförda egenkontroller, dess sammanställning och resultat används som ett verktyg för att förbättra kvalitetsarbetet. Kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheten till vidareutveckling och förbättring av rutiner.

Egenkontroller av hälso-och sjukvårdsdokumentationen tyder på uppfyllda kriterier och uppföljning av riktlinjer som krävs av legitimerad personal. Lex Sara, Lex Maria anmälningar tas upp på ett aktivt forum med all personal. Bakomliggande orsaker analyseras. Verksamheten tar lärdomar om hur man kan arbeta förebyggande för att förhindra att liknande fall inträffar igen.

Avvikelser

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

Beskriv **hur** verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

Att rapportera och utreda händelser och avvikelser är en del av det systematiska förbättringsarbetet. Utredningar syftar till att kartlägga händelseförloppet och orsakerna samt att ge underlag för beslut om åtgärder. Åtgärder ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt eller begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Viktigt med uppföljning av åtgärderna samt spridning av kunskap för lärandet.

Verksamheten använder sig av avvikelserapporten som ett verktyg för personalen där de kan rapportera risker för vårdskador eller händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Dessa avvikelser kan vara uteblivna insatser eller uteblivna läkemedel och fall som kan vara viktiga för patient. När avvikelserapport skrivs ifall denna avvikelse handlar om uteblivna läkemedel eller fall ansvarar sjuksköterskor att lägga in avvikelsen i stadens avvikelsemodul i Vodok. Biträdande HSL chef lägger in alla sorters avvikelse i verksamhetens avvikelsemapp, reder ut vilka som varit ansvariga och utreder och analyserar bakomliggande orsaker till avvikelsen/händelsen. Samtal och uppföljning med berörda genomförs. Biträdande enhetschef HSL sammanställer och tar upp avvikelser på kvalitetsrådet en gång i månaden. Detta för att man ska kunna arbeta med det som framkommit.

Antal avvikelser 2022

Antal avvikelser per avvikelsetyp	Antal av Nr
Annan delegerad HSL insats	3
Annan vårdgivare	4
Brister i personlig omvårdnad	9
Medicin	158
Trygghetslarm	3
Utebliven insats	42
Brister i bemötande	8
Brister i dokumentation	3
Brister i informationsöverföring	13
Matlåda	2
Totalsumma	245

Antal avvikelser 2023

Antal avvikelser per avvikelsetyp	Antal av Nr
Annan delegerad HSL insats	2
Brister i personlig omvårdnad	5
Medicin	112
Utebliven insats	24
Beslut ej verkställt	1
Brister i bemötande	1
Brister i informationsöverföring	2
Matlåda	2
(tom)	4
Totalsumma	153

Under 2022 har det varit totalt 245 avvikelser, jämfört med 2023 där det var 153 avvikelser. Det är en minskning av avvikelser främst när det gäller mediciner, brister i informationsöverföring och utebliven insats. Verksamheten har arbetat med informationsöverföringen och uppdaterat sin rutin, vilket har bidragit till att det blivit färre avvikelser inom det området. Biträdande enhetschef har tillsammans med sjuksköterskorna gått igenom alla läkemedelslistor samt signeringslistor för att kontrollera att dem är aktuella. Därutöver har biträdande enhetschef gått igenom medicintiderna för den patienten på placeringskortet för baspersonalen. Detta för att säkerställa att rätt information finns på planeringen. Allt detta har bidragit till att verksamheten har fått ner antalet avvikelser gällande mediciner.

Klagomål och synpunkter

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

Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Enheten har en lokal rutin för hantering av klagomål och synpunkter. Klagomål som inkommer till enheten förmedlas till enhetschef och biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utredas. Verksamheten har utrett och åtgärdat synpunkter och klagomål enligt rutinen. Biträdande enhetschef hälso- och sjukvård (HSL) sammanställer och tar upp avvikelser och klagomål på kvalitetsrådet en gång i månaden.

Antal klagomål och synpunkter 2022

Antal synpunkter per månad och typ	
▢ Ej genomförd insats	4
Negativ	4
▢ Bemötande	1
Negativ	1
▢ Övrigt	1
Negativ	1
▢ Kvalité på verksamhet	12
Negativ	12
Totalsumma	18

Antal klagomål och synpunkter 2023

Antal synpunkter per månad och typ	
▢ Ej genomförd insats	1
Negativ	1
▢ Övrigt	6
Negativ	6
Totalsumma	7

Under 2022 har det varit totalt 18 klagomål och synpunkter, jämfört med 2023 där det var totalt 7 klagomål och synpunkter. Dessa har handlat om ej genomförd insats, bemötande och kvalité på insatsen. Verksamheten har under året arbetat aktivt med att följa upp hemtjänstinsatserna, vilket bidragit till att klagomålen och synpunkterna har minskat till 0 inom det året. Verksamheten arbetar enligt en checklista för att följa upp hemtjänstinsatserna hos patienten. Det är en samordnare som gör ett stickprov genom att göra ett hembesök för att titta på om t ex omvårdnaden är utförd på ett bra sätt. Detta för att säkerställa att hemtjänstinsatserna genomförs med god kvalité.

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. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Beskriv **hur** detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling. Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel kompetensutveckling, riskfylld läkedelsbehandling, patientkontrakt, m.fl.

Verksamheten arbetar förebyggande för att kunna ha en hög riskmedvetenhet och beredskap för oförutsedda händelser. Detta görs genom att verksamheten kontinuerligt uppdaterar sina

rutiner . Det finns idag rutiner och risk- och konsekvensanalyser för väldigt många händelser som skulle kunna inträffa. Detta för att verksamheten ska kunna vara väl förbered vid oförutsedda händelser. Dessa risk- och konsekvensanalyser tas upp med personalgruppen och diskuteras.

Verksamheten arbetar också aktivt med egenkontroller för att kunna säkerställa att det finns kompetens och beredskap för oförutsedda händelser. Det görs genom analyser och åtgärder av avvikelser och händelser. Stor fokus har varit på att minska antal läkemedelsavvikelser, allt från uteblivet läkemedel samt utebliven signering och verksamheten har lyckats minska antal dessa avvikelser med väldigt gott resultat. Åtgärderna har varit genomgång av alla läkemedelslistor samt signeringslistor, tydliga ordinationer, genomgång av arbetskort på schemas, tydlig larmlista med ansvar för läkemedelsdelningar. En åtgärd har varit att pennor lämnats inne i medicinskåpen bredvid pärmarna där både läkemedelslistor samt signeringslistor finns.

Verksamheten har också arbetat med hantering av narkotiska preparat då det förekommit 2 avvikelser. Det var när dessa avvikelser utreddes som man vidtog åtgärden att sjuksköterskor delar ut narkotika vid behov, vilket tidigare gjordes av baspersonalen. Rutinen uppdaterades också i samband med detta och gicks igenom med hälso- och sjukvårdspersonalen. Flera läkemedelsutbildningar har erbjudits all personal, under 2023, för att öka kunskap om riskmedvetenhet när patienten inte får sina läkemedel, vilka risker medför mm. Ett annat område som verksamheten har arbetat med för att öka riskmedveten inom, är förskrivning av inkontinensskydd för att säkerställa att den boende får rätt inkontinensskydd. Sjuksköterskor har gjort egna inkontinensbedömningar för alla patienter och ordinerat individanpassad inkontinenshjälpmedel både i Vodok samt Onemed guiden. Ett stort förråd har ordnats för bara inkontinenshjälpmedel med en tavla där alla ordinationer tydligt står och baspersonalen följer dessa ordinationer vid påfyllningen.

Verksamheten har också arbetat med att öka riskmedveten inom fall och har därför utfört fallprevention, under året, i samarbete med läkaren. Projektet avslutades i december 2023 men verksamheten fortsätter arbetet med att förebygga fall genom att ha samverkan med läkaren. Dessutom har verksamheten också arbetat för att öka riskmedvetenheten genom att erbjuda utbildningar inom hjärt- och lugnutbildning till all personal och några av personalen har deltagit i munvårdsutbildningen anordnat av Flexident på Koppargården. Sist men inte minst har verksamheten har utökat sina palliativa ombud till 3 undersköterskor och 1 sjuksköterska som gått på palliativ utbildning samt PKC dagar. Planen är att rutinen ska också revideras för att därefter gås igenom med samtlig personal.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Verksamhetens mål och strategier för att säkerställa en god och säker vård för alla patient nästa år är:

- Fortsatt utveckling av det förebyggande arbetet för att minska avvikelser
- Utveckla arbetet med egenkontroller, dess analys och uppföljningar som ett viktigt verktyg/redskap som leder till förbättring av rutiner och kvalitetsarbete.
- Medverka i projekt Nutrisym som fokuserar på undernäring/ nutrition.
- Arbeta med att synliggöra den röda tråden i hälso- och sjukvårdsjournalen samt i den sociala journalen genom utökat teamarbete vid uppkomst av risker för patienter.
- Arbeta med den palliativa vårdfilosofin genom att uppdatera rutinen där det framgår hur man ska prata om döden med den boende samt hur man ska samtala i personalgruppen när den boende avlidit.
- Ta del av PKC utbildningar genom att anmäla personal till andra utbildningar som finns på PKC.
- Uppdatera rutinen för introduktion av ny anställd personal och se till att utbildningen ”introduktion legitimerad personal” av äldreförvaltningen läggs till i introduktionen så den erbjuds.
- Underlag för digitalsigenering av läkemedel och ordinationen genom APPVA har skickats in och väntar på beslut/godkännande.
- Minska antal trycksår och dess skador genom att arbeta förebyggande, öka kunskapen kring trycksår och betydelsen av kosten i läkningsprocessen.
- Arbeta förebyggande för att minska undernäring och malnutrition hos patient. Teambaserat arbete med dietisten när det gäller kost och nutritionsfrågor. God munhälsa.
- Följa upp delegeringar och erbjuda extra utbildningar om behovet finns.
- Utveckla nya rutiner och arbetssätt för legitimerad personal för att skapa nya förutsättningar för förbättring av kvalitetsarbete.
- Kompetensutveckling genom att erbjuda vidareutbildningar för legitimerad personal, 2 sjuksköterskor är anmälda till handledarutbildningen våren 2024.
- Effektivisera arbetet kring inkontinenshjälpmedel, genomföra basal utredning och behandling för val av rätt inkontinensskydd. Egenkontroll för att försäkra att ordinationerna följs.
- Svenska palliativ register – för in alla avlidna på enheten i registret för att kunna få fram rätt statistik.
- Arbetet med basala hygienrutiner fortsätter. Hygienrund är bokad till mars 2024.
- Samverkan med klinik träningscenter (KTC) gällande utbildningar i förflyttningsteknik, munvård, nutrition, hjärt- och lungräddning, basala hygien rutiner, social dokumentation, hälso- och sjukvårdsdokumentation, avvikelser och

riskbedömningar, psykisk ohälsa, ensamhet, etik och bemötande, palliativ vård och omsorg, introduktion för nya medarbetare.

- Kvalitetsuppföljning Questa i samarbete med MAS är planerad till 2024. Detta är ett kvalitetsinstrument för hälso- och sjukvård i kommunens särskilda boende för äldre. Syftet är att höja säkerheten och minska risken för vårdskador.