

Patientsäkerhetsberättelse för Koppargårdens Vård-och omsorgsboende År 2024



Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetslagen (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:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

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

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	7
Övergripande mål och strategier.....	8
Organisation och ansvar	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Informationssäkerhet	14
Strålskydd.....	15
Adekvat kunskap och kompetens	16

Verksamheten följer Stadens riktlinjer och rutiner gällande hanteringen av synpunkter och klagomål. Resultatet redovisas under rubriken Klagomål och synpunkter.....	17
Patienten som medskapare	19
Vårt arbetssätt har även varit att vid planerade regelbundna möten åiterrapporteras alla inkomna avvikelser och allt dokumenteras i händelsehanteringssystemet.....	23
Hantering av avvikelser.....	27
Allvarliga händelser och fördjupad utredning	27
Utbildning och stöd för utredning.....	28
Processen för en anmälan till IVO	28
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	28
Egenkontroller och kompetensutveckling	29
Smittskydd och hygienarbete	29
Läkemedelshantering och delegering.....	29
Dokumentation och omvårdnadsjournaler.....	29
Palliativ vård och riskbedömningar	29
Systematiskt arbete med patientsäkerhet.....	30
Kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativregistret och BPSD-registret) och systematisk förbättring.....	30
Senior alert	Fel! Bokmärket är inte definierat.
▪ BPSD-registret	32
Läkemedelsgenomgångar.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Team/gruppmöte	32
Uppföljning och åtgärder.....	32
Resultat av följsamhet.....	32
Framtida åtgärder	33
Förflytningsutbildning.....	33
Utbildningens genomförande	33

Krav på förflyttning med personlyft.....	33
Uppföljning och revidering	33
HSL- möten för hälso- och sjukvårdspersonal	33
Egenkontroll och Åtgärder för Patientsäkerhet	33
Tillämpning och Uppföljning av Rutiner	33
Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd	33
Resultat och åtgärder från årets granskning (november 2024) där det framkom behov av:.....	34
Säker vård här och nu	34
Nationell Patientöversikt (NPÖ)	34
Riskanalyser och Väsentlighetsbedömningar	34
Identifiering och Hantering av Riskområden	34
Riskbedömning på Individnivå.....	35
Stärka analys, lärande och utveckling	36
Systematiskt arbets sätt för inrapportering och avvikelshantering.....	36
Medarbetares ansvar och säkerhetskultur	36
Främjande av arbetsmiljö och säker Vård	36
Avvikelser.....	37
Ansvar och process för avvikelserrapportering	37
Kommunikation och samarbete i avvikelshantering.....	37
Utredning och åtgärder vid avvikelser	37
Hantering av allvarliga avvikelser – Kontakt med MAS/MAR.....	37
Förbättringar och lärande från avvikelser	38
Klagomål och synpunkter	38
Syn på klagomål och synpunkter	38
Ansvarsfördelning och rutinbeskrivning	38
Dialog och återkoppling.....	38
Erfarenhetsutbyte och lärande.....	39
Rapportering och Klassificering.....	39

Utredning och Åtgärder.....	39
Analys	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Öka riskmedvetenhet och beredskap	40
Arbetsstrukturer för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling.....	40
Riskhantering och krisberedskap.....	40
Kompetensförsörjning och långsiktighetsplaner	41
Erfarenhetsutbyte och dokumentation	41
Framtida utmaningar	41
Samverkan och medverkan från patienter och närstående	42
Slutsats:	42
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	41
Mål och arbete inför 2025	41

SAMMANFATTNING

Kort sammanfattning av året som gått; till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

Resultatet av nattfastemätningen visade tydligt att verksamheten har uppnått Socialstyrelsens rekommendation att nattfastans längd inte bör överstiga 11 timmar. Under året gjordes två egenkontroller; vårens resultat var 9,38 minuter och höstens resultat var 9,40 minuter.

Indikatorer, mätmetoder och uppföljningar som främjar ett sammanhållet systematiskt förbättringsarbete med patientperspektivet i fokus inom vår verksamhet redogörs via våra egenkontroller. Dessa speglar våra insatser inom vården.

Egenkontrollerna under 2024 har bidragit till ett kontinuerligt förbättringsarbete och har varit centrala för att identifiera risker och säkerställa hög kvalitet i vården.

Det är 21 egenkontroller av olika områden som verksamheten har genomfört under året med varierande frekvenser. Resultatet av egenkontrollerna visar generellt en förbättring jämfört med tidigare år.

Under 2024 har vi stärkt det teambaserade arbetssätt som medarbetarna använder sig av i den personcentrerade vården.

En framgångsfaktor för verksamheten har under året varit att utredningar av inrapporterade allvarliga avvikelser sker inom tio arbetsdagar. Detta har även bidragit till en ökad kunskap över vilka åtgärder som vidtas omedelbart i olika situationer.

Genom kontinuerlig personalutbildning har vi kunnat minska risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Utbildningen samordnades med hygiensjuksköterska och hölls i större och mindre grupper med hjälp av filmer, gemensam dialog och erfarenhetsutbyte.

Vårdrelaterade infektioner har varit den vanligaste vårdskadan inom hälso- och sjukvården. I de flesta fall har vi kunnat förebygga dessa med ett systematiskt arbetssätt för hygienrutiner på vår arbetsplats.

Verksamheten hade en Lex Maria anmälan till IVO vilken avslutades enligt beslut från IVO under november.

Verksamheten hade ingen IVO anmälan gällande Lex Sarah under 2024.

Vi är nöjda över resultatet för genomförda egenkontroller. Resultatet påvisar klara förbättringar inom vissa områden, men det finns fortfarande förbättringsområden som vi har fokus på inför 2025.

Verksamheten redovisar genomförda egenkontroller på detaljnivå som bilaga till det här dokumentet.

Verksamheten som vårdgivare har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Vårdgivarens främsta mål har varit att planera, leda, genomföra och kontrollera på ett sådant sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls och vi är skyldig att varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Blicken framåt riktar sig mot;

- Att med högre medvetenhet skapa större samsyn och frigöra tid för innovation för att kunna arbeta förebyggande. Detta för att minimera vårdskador, stärka teamarbetet, öka kompetenshöjande insatser inom demens- och somatisk vård och kunna mäta effekter av implementerade arbetsmetoder samt för att kunna införa en säker läkemedelshantering genom införande av digital signering under 2025.
- Att nya chefsstrukturen för ledningsfunktionen utformas med en kravprofil som innebär att cheferna, från den 1 januari 2025, ska vara legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal. Den nya strukturen innebär också en närhet till verksamheten och ett närvarande ledarskap vilket ger en trygghet för medarbetare och patienter/anhöriga.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

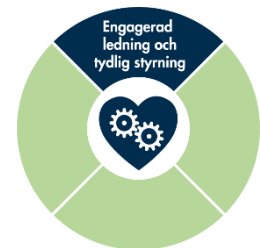
Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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 samt för att nå den nationella visionen "God och säker vård- överallt och alltid".

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. 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.



Engagerad ledning och styrning har varit avgörande för att säkerställa en god säkerhetskultur inom verksamheten

Verksamhetens strategiska och operativa ledningsgrupp och ledningsfunktion har varit en tongivande förebild gällande medarbetarnas delaktighet. Den har också haft en avgörande roll i förbättringsarbetet vilket har genererat ny energi och tillväxt i gruppen. Ledningsgruppens agerande har haft en central betydelse för att olika utvecklings- och förbättringsområden skulle praktiseras och omprövas i organisationen.

En ledning som haft fokus på samverkan, stått för något gemensamt, agerat som ett team och gett stöd till chefer/varandra samt medarbetarna har drivit utvecklingen i rätt riktning.

Genom tydlig styrning, planering och kommunikation har ledningen kunnat stödja vårdarbetet, tillgodose behoven av kompetensutveckling och kompetensförsörjning samt avsätta resurser för att uppnå verksamhetens mål enligt uppdraget.

Kunskap om patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för att kunna bedriva ett effektivt och systematiskt arbete inom området.

Eftersom hälso- och sjukvård är en mycket komplex och mångfacetterad verksamhet varierar det hur patientsäkerhetskunskap omsätts i praktiska åtgärder beroende på vilket sammanhang och vilken typ av vård det gäller.

Patientsäkerhet har varit ett eget och specifikt kunskapsområde som vi har inskaffat oss erfarenhet och beprövad mångsidig kompetens i. Vi har kunnat se en ständig utveckling i vårt arbete med patientsäkerhetsvård, exempelvis inom riskhantering och systemanalys samt resultatanalys av vidtagna åtgärder och effekten av implementering vid införandet av arbetsmetoder.

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.

Verksamheten hade följande övergripande mål:

1. Patientsäker vård/patientsäkerhet som ett eget kunskapsområde
2. God vård i livets slutskede

Strategier för patientsäker vård omfattades enligt punkterna nedan;

- Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjöds och genomfördes
- Samsyn och följsamhet av läkemedelshantering gentemot lagstiftning, styrdokument och ordinationer
- Följsamhet i arbetet med basal vårdhygien och dess rutiner som ett förebyggande arbete för att förhindra smittspridning av vårdrelaterade infektioner
- Hantering av inrapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål för att kunna identifiera risker och brister, kunna vidta åtgärder och förebygga incidenter samt för att kunna undvika vårdskador
- Dokumentation som levt upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer enligt vårt åtagande
- Arbetat med att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvårdskompetens hos medarbetarna
- Fullföljt Registrering i nationella kvalitetsregister (så som Senior Alert, BPSD och Palliativa registret), identifierat risker (riskbedömning är en integrerad del av

arbetet) samt använt analysverktyg för att stärka patientsäkerheten utifrån resultatet av kvalitetsregister

- Genomförda kvalitetsmätningar med hjälp av Kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar. (QUSTA är ett kvalitetsinstrument för självskattning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet rörande särskilt boende enligt Socialtjänstlagen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor som berör utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården)
- Utförda vårdinsatser har varit enhetliga med vår värdegrund; ett förhållningssätt som lyfts fram genom att respekterar den enskildes andliga, existentiella, sociala och psykiska behov likväl som fysiska behov
- Ökat delaktigheten genom dialog och tydliga former för hur patientens önskemål och integritet respekteras
- Gjort bedömningar av patientens behov och resurser utifrån en samlad kunskap och helhetssyn som synliggjort individen
- Främjat en patientsäkerhetskultur genom en ökad medvetenhet om strategier för arbetet med personcentrerad vård och omsorg
- Kompetensutveckling – planerat och genomfört regelbundna utbildningsinsatser för att säkerställa att alla medarbetare inom verksamheten har rätt kompetens för att arbeta med patientsäkerhet
- Läkemedelshantering – vi har haft fokus på att utveckla och säkerställa en säker och effektiv läkemedelshantering inom verksamheten, inklusive fortlöpande utbildning och uppföljning av rutiner
- Tvärprofessionell samverkan – verksamheten har fortsatt att utveckla samarbetet i de tvärprofessionella teamen kring de boende med fokus på personcentrerad vård för att säkerställa ett kontinuerligt lärande inom teamet

Strategier för Palliativ vård/God vård i livets slutskede omfattades enligt nedan;

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

Verksamheten har fortsatt arbetet med att säkerställa det personcentrerade arbetssättet inom den palliativa vården genom att utbilda fler palliativa ombud.

God vård i livets slutskede innebär för oss att tidigt upptäcka, förebygga samt lindra smärta, ångest och oro samt andra fysiska och psykiska faktorer som kan förekomma i livets slutskede.

Den goda vård i livets slutskede som genomförts har skett genom att omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, dietist och läkare samverkat. När patientansvarig läkare gjort bedömningen att det primära målet med vården har ändrats från livsförlängande till lindrande har ett brytpunktssamtal genomförts. Samtalet är med patient och/eller anhörig. Detta samtal 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. Dokumentation sker fortlöpande.

Under 2024 har verksamheten fortsatt att utveckla den palliativa vården genom utbildning och förbättringsarbete. Omvårdnadspersonal har genomgått webbutbildningar från Palliativa kunskapscentrum för att bättre kunna stödja patienter i livets slutskede och säkerställa hög livskvalitet. 14 nya palliativa ombud har utbildats inom verksamheten för att bättre möta patienternas behov.

En av cheferna har även genomgått en ledarskapsutbildning med fokus på palliativ vård, vilket har stärkt förmågan att leda verksamheten utifrån ett strukturerat palliativt förhållningssätt.

En gång varannan månad hålls nätverksträffar för ombud, chefer och sjuksköterskor, där de reflekterar över dödsfall de varit involverade i, delar erfarenheter och stöttar varandra vid identifierade svagheter eller brister.

Ombuden stöttar även sina kollegor på respektive enhet när palliativ vård blir aktuell. Genom dessa insatser har vi säkerställt en god och trygg palliativ vård. Anhöriga har också spelat en viktig roll, och cheferna har fortsatt att upprätthålla kontakten med dem som stöd efter att en boende har avlidit.

Verksamhetens mål har varit att alla patienter ska få en individanpassad och kvalitativ palliativ vård för att lindra lidande och förbättra livskvaliteten under livets sista tid.

Verksamheten har haft nedanstående utbildningsinsatser under 2024;

- Ledarskapskurs Palliativ vård, en biträdande chef deltog under våren.
- 14 stycken omvårdnadspersonal och 1 sjuksköterska genomgick webbutbildningen Palliativ vård hos äldre-äldre

Alla nyutbildade ombud har gått en förberedande webbutbildning inför utbildningen i januari.

Mellan 2-6 av övrig omvårdnadspersonal har gått samma digitala webbutbildning under hösten.

Webbutbildningen omfattade tre teman:

- Palliativ vård hos äldre-äldre: vad förenar och vad skiljer, jämfört med palliativ vård hos yngre.
- Skörhet (frailty), vad frailty egentligen är och hur det påverkar palliativa beslut?
- Tidig palliativ fas när man skrivs in på Säbo, hur det kan kombineras med ett rehabiliterande synsätt?

En timmes digital föreläsning: "Döden, döden, döden..." med palliativa ombud och sjuksköterskor.

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.

Nämndens ansvar

Till stadsdelsnämndens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende. Nämnden fastställer övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följer kontinuerligt upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen har ett helhetsansvar för hälso- och sjukvården inom verksamheten och följer regelbundet upp kvalitetsarbetet samt är ett stöd till biträdande enhetschefer i kvalitetsarbetet; dvs att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Utifrån uppdraget bedriver verksamheten en god och säker vård och omsorg med hög kvalitet för att höja patientsäkerheten långsiktigt och hållbart. Här ingår även informationsöverföring enligt åtagandet.

Biträdande enhetschef för Hälso- och sjukvårdsgruppens ansvar

Ansvarar på uppdrag av verksamhetschef för informationsöverföring för att rutiner och riktlinjer som styr Hälso- och sjukvårdsinsatser erbjuds, bedrivs, är väl kända och följs upp med god kvalitet enligt hälso- och sjukvårdslagen. Biträdande enhetschef ansvarar också för att personalen har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten för att kunna utföra uppdragen och uppnå målen.

Biträdande enhetschef ansvarar för Hälso- och sjukvårdsgruppen som består av legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietist. Kvalitetsarbetet gällande egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer strukturerades efter årshjul framtagna för respektive professions område.

Legitimerad personal (Hälso- och sjukvårdsgruppen)

Är ansvarig för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Att utforma och anpassa vården så långt som möjligt i samråd med patienten och visa patienten omtanke och respekt samt att föra patientjournal i enlighet med patientsäkerhetslagen.

De har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera in risker för vårdskador samt inträffade händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Här ingår även systematiska egenkontroller och dess redogörelser.

Handledning och vägledning av omvårdnadspersonal samt studenter ingår i deras uppdrag.

Omvårdnadspersonal

Med omvårdnadspersonal avses hälso- och sjukvårdspersonal då de biträder legitimerad personal och de utför ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt delegering inom vissa områden. De har därmed också en skyldighet att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls genom att rapportera in risker för vårdskador samt inträffade händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och ansvarig för rehabilitering

Samverkan sker med kommunens Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) inom verksamhetsområdet.

MAS och MAR har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att samverka, upprätthålla, utveckla och följa upp verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet.

MAS utreder händelser i verksamheten och, på delegation från nämnden, gör anmälan enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Detsamma gäller att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

Utvecklingsenheten

Verksamhetens Patientsäkerhetsarbete har bedrivits i samverkan med utvecklingsenheten på stadsdelsförvaltningen.

Utvecklingsenheten utreder även inträffade händelser i verksamheten och, på delegation från nämnden, gör anmälan enligt Lex Sarah till Inspektion för vård och omsorg (IVO).

Dietist

Kommunen tillhandahåller dietist till patienter inom SÄBO enligt sammanhållen överenskommelse mellan Region Stockholm och kommun. Hässelby/Vällingby stadsdel har avtal med dietist som finns tillgänglig under dagtid på vardagar. Lokal rutin för när dietist ska kontaktas finns på boendet. Sjuksköterskan ska till exempel alltid kontakta dietist vid patient med sondmat samt kan ta hjälp av dietist i olika nutritionsfrågor så som ofrivillig viktförändring, konsistensanpassad kost eller val av kosttillägg.

Övriga stödfunktioner för god patientsäkerhet

- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vars främsta uppgift är att svara för tillsyn
- Samverkan med utvecklingsenheten inom stadsdelsförvaltningen
- Samverkan med Kvalitetsobservatör inom Äldreförvaltningen, Avdelningen för stadsövergripande äldreomsorgsfrågor
- Samverkan med Vårdhygien inom Region Stockholm som regelbundet gör inspektioner enligt avtal av Hygiensjuksköterska/smittskydd beträffande Patientsäkerhet
- Samverkan med läkarorganisation enligt avtal. Denna stödfunktion har bidragit till god patientsäkerhet
- Patientnämnden som är fristående och bidrar till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet. Varje kommun är ansluten till en patientnämnd. Patientnämnden stödjer enskilda individer och guidar vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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.

Stockholms stad har en samlad uppgörelse mellan kommun och Region.

Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Vid samverkan med våra samarbetspartners diskuteras eventuella brister, avvikelser och förslag för att bland annat förbättra rutiner. Det diskuteras också statistik, nya vårdprogram och nyheter.

Samverkan sker i två olika former:

1. Extern samverkan
2. Intern samverkan/den egna verksamheten

1. Extern samverkan

Samverkan med läkarorganisationen

På samverkansmötet närvarar enhetschef, biträdande enhetschef för HSL, HSL samordnare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, MAS och MAR. På dessa möten sker uppföljning och utvärdering av den gemensamma överenskommelsen. Här

sker även genomgång av avvikelser och eventuella förändringsarbeten för framtida utveckling.

Ansvar för Kommunens läkarinsatser inom hälso- och sjukvård ligger hos regionen för att tillhandahålla insatser, avtal och finansiering av läkarinsatser.

Patienterna har Familjeläkarna som ansvarig läkarorganisation under sin vistelse på boendet. Läkaren som är kopplad till verksamheten finns att tillgå vardagar mellan kl. 08-17. Övrig tid finns jourverksamhet att tillgå.

Känd skriftlig rutin för hur läkare ska kontaktas finns. Fysiskt besök (rond) sker minst en gång per vecka och tidsåtgång för detta är ca 2-4 timmar beroende på behov/antal patienter.

Medicinsktekniska produkter (MTP)

Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel så att endast hela och säkra produkter används.

Samverkan med region gällande kostnadsfördelning av läkemedel

Gemensamt buffertförråd för läkemedel avsett att användas vid akuta behov som till exempel vid antibiotikabehandling eller vid vård i livets slutskede.

Samverkan med Apoteket AB gällande god läkemedelsanvändning för äldre

Genom att använda ordinationsverktyget Pascal för både ordination och iordningställande av dos samt beställning av originalförpackning främjar vi en säker läkemedelsbehandling.

Samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerheten sker med Apoteket AB som genomför apoteksinspektioner en gång om året där MAS deltar. Resultatet av inspektionen återkopplas via protokoll. Detta är grunden för att förbättra och öka patientsäkerheten i vår verksamhet.

Samverkan med Vårdhygien

Vårdhygien genomför hygienronder inom verksamheten enligt avtalad tid, här deltar även MAS. Vårdhygien erbjuder och anordnar utbildningar till oss för alla yrkesprofessioner.

Samverkansmöte sker två gånger om året med stadens medicinskt ansvariga.

Vårdhygien samverkar även som sakkunniga i specifika ärenden som smittspridning och hantering av multiresistenta bakterier. De ger även vägledning och stöd samt kan anordna specifika utbildningsinsatser och föreläsningar.

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.

Samverkan med Tandvård

Samverkan sker med tandläkarorganisationen Flexident som gör regelbundna munhälsobedömningar för patienterna. Tandläkare och tandhygienist gör även nödvändiga insatser som behövs för att främja en god munhälsa.

Tandläkarorganisationen Flexident erbjuder och anordnar också utbildningsinsatser till all personal, här sker även vägledning och stöd till personalen.

Samverkansmöten med kommunernas kontaktperson (MAS) gällande tandvårdsfrågor genomförs på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård en gång om året.

Samverkan med Fotsjukvård

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bland annat reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.

Samverkan med Universitet/Högskolan

Verksamheten har samverkan för att ta emot studenter, detta gäller främst sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Samverkan med Yrkesgymnasium

Verksamheten har samverkan för att ta emot undersköterskeelever från olika skolor.

2- Intern samverkan/den egna verksamheten

Samverkan med Beställarenheten

Verksamheten har regelbundet samverkansmöten med Beställarenheten. Vi har skapat goda förutsättningar för en dialog gällande utvecklingsområden som har uppkommit i samband med inflyttning, utflyttning eller uppföljningar av korttidspatienter. Här skapar vi även rutiner för att förbättra och utveckla verksamheten. Vår främsta uppgift är att ta tillvara på våra kunskaper från erfarenhetsutbyte och lärandet i detta möte för att skapa trygghet för våra patienter.

Beställarenheten gör även individuppföljningar årligen och sammanställt resultat presenteras för verksamheten under hösten.

Samverkan med dietist

Samverkan med dietisten sker löpande. Här sker besöken fysiskt på respektive våningsplan. Övriga möten med respektive chef och omvårdnadspersonal planeras regelbundet.

Dietisten stödjer även verksamheten när det gäller utbildningssyfte, måltidsfrågor, måltidsmiljö och rekommenderar produkter vid inköp utifrån patientens behov.

Dietisten är verksam inom flera stadsdelsförvaltningar inom staden.

Samverkan med dokumentationsstödjare

Samverkan med dokumentationsstödjare sker löpande inom stadsdelsförvaltningen gällande hälso- och sjukvårdsdokumentation. Samverkan sker via fysiska möten enligt planeringen i årshjulet.

Samverkan med Kompetens och träningscenter (KTC) på utvecklingsenheten

KTC är ett specialutrustat träningscenter som riktar sig till medarbetare inom äldreomsorgen, detta innebär en långsiktig kompetensförsörjning.

Här får medarbetare möjlighet att träna på ett kvalificerat omhändertagande och utveckla sina kliniska färdigheter för att kunna erbjuda en trygg och säker vård och omsorg av äldre som har behov av äldreomsorg. Insatserna erbjuds/sker både enskilt och i team.

Samverkan med KTC sker fortlöpande för att säkerställa kunskapen hos medarbetarna.

Verksamheten nyttjar de utbildningsinsatser som erbjuds.

Samverkan inom/med ledningsgruppen

Ledningen består av en enhetschef som har det övergripande ansvaret, samt en biträdande enhetschef för den legitimerade personalen och sex biträdande enhetschefer för omvårdnadspersonalen.

Ledningsgruppen träffas varje vecka. Under dessa träffar lyfts olika ärenden i verksamheten upp på operativa nivåer så väl som på strategiska nivåer. Här tas också gemensamma beslut gällande resursfördelning som är relaterat till patientsäkerhet. På dessa träffar stärker vi även analyser av olika resultat och effekter av införandet av nya arbetssätt, lärande och erfarenhetsutbyte av inträffade händelser samt har en framåtblick gällande utveckling i vår verksamhet.

Samverkan med Omvårdnadsansvarig sjuksköterska - OAS

Daglig kontakt sker mellan omvårdnadsansvarig sjuksköterska, så kallad OAS (legitimerad sjuksköterska med ansvar för bedömning, planering, genomförande) och omvårdnadspersonal, så kallad OVP (här inkluderas undersköterskor och vårdbiträden), både via dokumentationssystem och muntligen. Kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer ses över på daglig basis.

Samverkan med Patientansvarig läkare - PAL

Samverkan mellan Patientansvarig läkare, så kallad PAL, och OAS sker under inplanerad rond en dag per vecka med möjlighet till kontakt på andra tider om behovet finns.

Samverkan med Hälso- och sjukvårdspersonal

Möten gäller för all legitimerad personal, detta är även ett forum för informationsöverföring och erfarenhetsutbyte för yrkesspecifika frågor. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) blir inbjudna.

Samverkan i Teamträffar

Teamträffar är plattformen i det tvärprofessionella teamarbetet, med fokus på vårdtagarens behov, där samtliga professioner är lika viktiga. På teamträffarna; där sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, omvårdnadspersonal och ansvarig chef ingår, tas aktuella ärenden upp och insatser planeras och diskuteras. Teamträffarna är också ett tillfälle för samordning av en personcentrerad vård kring vårdtagaren. Teamträffarna är ett prioriterat möte för alla.

Samverkan med Kvalitetsrådsmötet – Hälso-och sjukvårds inriktning

Kvalitetsrådsmötet sker enligt planeringen i årshjulet. Här deltar biträdande enhetschef, legitimerad personal och kvalitetsombud. På rådet presenteras en sammanställning av händelserapporter och dess bakomliggande orsaker. Här upprättas även åtgärdsplaner för att förebygga att händelser (avvikelser) upprepas,

samt återkoppling. Utvärdering och uppföljning av införda åtgärder görs månaden därpå.

Samverkan med MAS och MAR

Enhetschef och biträdande enhetschef för Hälso-och sjukvårdsgruppen, har regelbundet möten enligt årshjul med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Här sker informationsöverföring och erfarenhetsutbyte samt dialog kring patientsäkerhet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.

Verksamheten följer Stockholms stads IT- policy och en informationssäkerhetspolicy. Informationssäkerhetsklassning med stöd av KLASSA, metod för informationsklassning, har genomförts under året. En del digitala verktyg som har anknytning till patientsäkerheten har ingått i informationssäkerhetsklassningen. Verksamhetssystemet för dokumentation är det digitala verktyget som har krävt högst säkerhet.

Handlingsplan är framtagen för att uppfylla kraven utifrån patientdatalagen, GDPR (General Data Protection Regulation), NIS (The Directive on security of network and information systems) och ISO (International Organization for Standardization). I handlingsplanen finns åtgärder som har en prioriteringsordning och som har hanteras under året.

Legitimerad personal och ansvariga chefer har genomgått NIS utbildningen.

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ (Nationell Patientöversikt) finns tillgänglig för legitimerad personal utifrån de krav som ställs på verksamheten.

Verksamhetschef ansvarar för att, efter bedömning, tilldela behörigheter till system med vårdinformation. I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller görs genom loggning av åtkomst.

För att säkerhetsställa att ingen obehörig har tillgång till patientinformationen görs regelbundet loggkontroller av slumpmässigt utvalda patientjournaler samt personal/användare i verksamhetssystemet Vodok samt NPÖ.

Biträdande enhetschef utför loggkontroll två gånger per år eller vid behov enligt planering för att säkerställa att obehöriga inte har tillgång till viktig information.

Sammanställningen av resultatet av loggkontrollen i Vodok som utfördes visade att inga avvikelser förekommit under året.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

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

Denna del berörs inte 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).



Här nedan finns vårt huvudsakliga tema som vi arbetar efter;

- Säkerhetskultur och patientsäkerhet inom vården
- Vår säkerhetskultur: Ansvar, öppenhet och lärande
- Lärande från erfarenheter och förmåga att rapportera
- Ledningens engagemang och tydlig styrning
- Informationssäkerhet och rättvisa i hantering av incidenter
- Systematisk integration av patientsäkerhet och arbetsmiljö
- En säker och engagerad arbetsmiljö

Säkerhetskultur och patientsäkerhet inom vården

En god säkerhetskultur, som genomsyrar alla nivåer i vår organisation, är en grundläggande förutsättning för att verksamhet ska kunna säkerställa en trygg och effektiv vård. En viktig del i detta arbete är att rapportera och utreda negativa händelser

på ett strukturerat sätt. På verksamhetsnivå sammanställs avvikelser. Åtgärdsplaner och eventuella handlingsplaner tas fram för att kunna förhindra upprepning av negativa händelser. Lärdomar från utredningar, synpunkter och klagomål, egenkontroller och externa granskningar återförs kontinuerligt till vår verksamhet för att stärka säkerheten och förbättra vårt arbetssätt.

Vår säkerhetskultur: Ansvar, öppenhet och lärande

Vår säkerhetskultur bygger på ansvarstagande och öppenhet, där både medarbetare och ledning gemensamt delar värderingar och en medvetenhet om säkerhetsfrågor. Det handlar också om att aktivt arbeta med förhållningssätt, attityder och beteenden för att förstå hur dessa påverkar varandra och tillsammans skapa en säker och god arbetsmiljö. För att stärka denna kultur främjas en öppen dialog, där medarbetare uppmuntras att ifrågasätta, komma med förbättringsförslag och uttrycka sina åsikter. Regelbundna möten, som drop-in-möten, arbetsplatsträffar, kvalitetsrådsmöten och anhörigträffar, skapar goda förutsättningar för diskussioner om säkerhet och riskhantering.

Lärande från erfarenheter och förmåga att rapportera

En viktig aspekt av vår säkerhetskultur är att dra lärdomar av erfarenheter och dela kunskap. Det är avgörande att medarbetarna känner sig trygga i att rapportera händelser och incidenter utan rädsla för repressalier. Vi betonar att säkerhetsarbete handlar om att identifiera vad som har hänt och hur vi kan förhindra att det upprepas, snarare än att peka ut individer. Genom att fokusera på vad som har inträffat och hur vi kan förbättra processen kan vi skapa en kultur av ömsesidig respekt och ansvar.

Ledningens engagemang och tydlig styrning

Ledningens engagemang har varit avgörande för att säkerställa en god säkerhetskultur. Genom att prioritera säkerhetsfrågor på alla nivåer och skapa en öppen dialog där risker och vårdskador diskuteras öppet, skapas ett klimat av transparens och trygghet. Detta innebär också att positiva händelser lyfts fram så att vi kan identifiera framgångsfaktorer och använda dem som grund för framtida förbättringar. Genom att arbeta aktivt med både negativa och positiva händelser samt lära oss av dessa har vi kunnat skapa goda förutsättningar för ett förebyggande arbete som minimerar risken för vårdskador.

Informationssäkerhet och rättvisa i hantering av incidenter

En god säkerhetskultur för oss innebär också en tydlig hantering av information och incidenter. För att vi ska kunna säkerställa en hög standard på informationssäkerheten arbetar vi med ett antal principer:

- **Lärande:** Vi strävar efter att ständigt lära oss om säkerhet genom erfarenhet
- **Rapportering:** Incidenter och avvikelser rapporteras på ett korrekt och öppet sätt
- **Rättvisa:** Vi strävar efter rättvisa i vår verksamhet och straffar inte misstag utan ser dem som lärande möjligheter
- **Flexibilitet:** Vi respekterar och värdesätter medarbetarnas kunskap oavsett deras roll i organisationen
- **Kommunikation:** Vi säkerställer fungerande rutiner och kanaler för spridning av information och kunskap

Systematisk integration av patientsäkerhet och arbetsmiljö

Arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö är integrerat i vårt dagliga arbete i samverkan med skyddsombud och medarbetarföreträdare. Detta är en central del av både vår övergripande verksamhetskultur och säkerhetskultur. En god arbetsmiljö påverkar direkt patientsäkerheten och ett engagerat och välkoordinerat teamarbete är avgörande för att förebygga negativa händelser som felmedicinering, dokumentationsfel eller fallolyckor.

Verksamheten har genomfört att arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö har integrerats systematiskt i samverkan med skyddsombud och företrädare för medarbetarna. Detta har varit en del av verksamhetens kultur generellt och dess säkerhetskultur specifikt.

Sammanfattning: En säker och engagerad arbetsmiljö

Verksamheten har en god säkerhetskultur som förutsätter även en engagerad ledning som prioriterar säkerhet på alla nivåer samt skapar förutsättningar för ett öppet och rättvist arbetsklimat. Genom att uppmuntra öppen kommunikation, systematisk riskhantering och lärande från både negativa och positiva händelser, kan vi säkerställa en säker vård för alla. För att uppnå detta är det avgörande att hela organisationen, från vår ledning till medarbetare, tar ett gemensamt ansvar för säkerheten och aktivt arbetar för att minimera risker och förbättra vår arbetsmiljö.

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.



Här beskrivs verksamhetens arbete;

- Kompetensutveckling och utbildning för säker vård
- Synpunkter och återkoppling från anhöriga
- Kompetensförsörjning och fortbildning
- Vår goda förutsättning för att utföra arbetet

Kompetensutveckling och utbildning för säker vård

För att säkerställa en hög patientsäkerhet och god kvalitet inom vår verksamhet, är det avgörande att alla medarbetare har rätt kompetens och kontinuerligt utvecklar sina färdigheter. Under året har alla medarbetare uppmanats att genomgå olika webbutbildningar för att öka sin kompetens och säkerställa att de har de kunskaper som krävs för att hantera specifika utmaningar inom vård och omsorg.

Bland de utbildningar som genomförts finns *Basala hygienrutiner*, *Demens ABC*, *ABC+*, samt *Jobba säkert med läkemedel*. Dessutom har vi erbjudit en webbutbildning i *Yrkessvenska* särskilt anpassad för personal som arbetar inom äldreomsorg.

En särskild utbildning genomfördes också i *Språkbudsutbildning*, för att stödja och förstärka personalens språkliga färdigheter och att kunna säkerställa kommunikationen för att kunna uttrycka sig korrekt i sitt vardagliga arbete inom vården.

När ett antal patienter konstaterades ha MRSA, genomfördes hygienutbildning och en genomgång av de basala hygienrutinerna tillsammans med en hygiensjuksköterska. Under genomgången behandlades även andra vårdrelaterade infektioner, såsom VRE, ESBL samt även Covid-19.

Kompetensförsörjningsplanen har utvecklats och följs enligt "årskalendern" ("*årshjulet*") och omfattar all personal inom verksamheten, d.v.s. omvårdnadspersonal, legitimerad

personal och personal i olika ledningsfunktioner. Årshjulet som gäller kommande år presenteras under november. Informationen är känd för all personal, men det finns vissa reservationstider i planeringen för att kunna ordna nödvändiga utbildningar utifrån de erbjudanden vi får eller de möjligheter som skapas under året.

Synpunkter och återkoppling från anhöriga

Verksamheten tar del av resultatet av den årliga brukarundersökningen från Socialstyrelsens. Här har vi möjlighet att fånga upp synpunkter och feedback från våra brukare som har deltagit i undersökningen.

För att ytterligare säkerställa kvaliteten på vården har synpunkter från anhöriga lyfts fram och följts upp på olika sätt. Dessa har kommunicerats till cheferna och besvarats så snabbt som möjligt, antingen via

e-post eller telefon, beroende på önskemål från de som har framfört synpunkterna.

Verksamheten följer Stadens riktlinjer och rutiner gällande hanteringen av synpunkter och klagomål. Resultatet redovisas under rubriken Klagomål och synpunkter.

Kompetensförsörjning och fortbildning

Verksamheten har ett kontinuerligt arbete gällande kompetensförsörjning och detta är en central del i vår utveckling. För att säkerställa att vi har rätt kompetens till rätt uppgifter har en *kompetensförsörjningsplan* tagits fram, denna utarbetade plan kan skilja sig lite från år till år.

Denna plan kartlägger den nuvarande kompetensen och identifierar behovet av framtida kompetens, för att på så sätt kunna planera och förbereda för verksamhetens behov.

Vid speciella perioder, som sommarsemestrar och juledighet, görs noggranna riskbedömningar för att säkerställa att bemanningen motsvarar kompetenskraven.

Vid rekryteringar görs en bedömning av vilken kompetens som behöver kompletteras eller förstärkas. Varje medarbetares fortbildning dokumenteras för att ge en tydligare bild av kompetensbehoven inom verksamheten. Dessutom används individuella utbildningsmål som både bygger på verksamhetens kvalitetskrav och på de utmaningar som medarbetarna själva upplever i sitt dagliga arbete.

Verksamheten har även utarbetat kompetenskrav som används vid rekrytering.

Verksamheten har ej haft någon omsättning av personal under året, sommarperioden är undantaget.

Utbildningsinsatser och kompetenshöjande aktiviteter

Verksamheten har under året genomfört flera olika utbildningsinsatser för att höja kompetensen och stärka medarbetarnas förmåga att hantera olika arbetsmoment. Några av de viktigaste insatserna har varit:

- **Äldreomsorgslyftet** – grundläggande vårdutbildning för vårdbiträden samt specialistutbildning för undersköterskor.
Detta har bidragit till att 19 omvårdnadspersonal kunnat genomgå vidareutbildning inom sin profession. Undersköterskorna genomgick nedan utbildningar.
Specialistundersköterska, utbildning Yrkesvenska med praktisk träning, undersköterska del 3, undersköterska del 4.
Sedan juli 2023 infördes krav för inskaffandet av skyddad yrkestitel för att kunna arbeta som undersköterska, s.k. undersköterska med skyddad yrkestitel. Detta säkerställer långsiktigt att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens för att verksamheten ska uppfylla kravet enligt uppdrag.
- Fortlöpande webbutbildningar inom områden som *delegering för läkemedelshantering, basala hygienrutiner och social dokumentation och handledarutbildning*
- Kliniskt träningscentrum (KTC) - användes för utbildningar inom bland annat kost och måltid samt hjärt-lungräddning (HLR)
Under året har verksamheten optimalt kunnat nyttja befintliga utbildningsmöjligheter som erbjudits på KTC
- Aktivt arbete med *språkombud* för att säkerställa god och säker kommunikation inom verksamheten
- Samarbete med högskolor för sjuksköterskestudenter
För att säkerställa en fortsatt kompetensutveckling på lång sikt har vi etablerat ett samarbete med Röda Korsets Högskola för att ta emot sjuksköterskestudenter för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Stockholms lärosäten för sjuksköterskeutbildningar har fördelat stadsdelarna mellan sig och vi planerar att ta emot 16 sjuksköterskestudenter per termin från hösten 2024. Detta samarbete stärker vår kompetensförsörjning och ger studenterna en viktig möjlighet att utvecklas i praktiska arbetsmiljöer.

Vår goda förutsättning för att utföra arbetet kännetecknas av att;

- Kunnat klara sig utan externa konsultinsatser/hyrpersonal, speciellt gällande legitimerad personal
- Personalen har relevant och adekvat kunskap, kompetens och erfarenhet för att klara av uppgifterna

- Inte haft omsättning av personal under året
- Hälso- och sjukvårdspersonal uppfyller behörighetskraven
- Arbetet utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Vi tar tillvara på personalens erfarenheter
- Utarbetat schema som innebär att all personal finns i tjänst tillsammans en dag i vecka, för att underlätta genomförande av olika aktiviteter beträffande kompetensutveckling

Hälso- och sjukvårdsinsatser och Hälso- och sjukvårdsansvaret* för dagverksamhet

Sedan oktober 2024 ansvarar enheten för utförandet av Hälso- och sjukvårdsinsatser för dagverksamheten tillhörande staden som är placerad i huset.

Enheten har adekvat kunskap, kompetens samt bemanning för det här uppdraget.

* Utförarens åtagande om hälso- och sjukvård är att erbjuda de som vistas på dagverksamheten en god hälso- och sjukvård.

Det innebär att den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard samt tillgodose den enskildes behov av trygghet.

Utföraren ska utföra den hälso- och sjukvård som anges i 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag beträffande dagverksamhet och därvid uppfylla tillämpning lagstiftning och föreskrifter.

Utföraren ska säkerställa att rutiner för hälso- och sjukvård inom dagverksamheten finns upprättade och är kända för all personal. Det ska finnas tillgång till:

sjuusköterska under den tid som dagverksamheten är öppen. Inställelsetiden får inte överstiga 30 minuter.

Arbetsterapeut och fysioterapeut under den tid som dagverksamheten är öppen. I sjuusköterskans, arbetsterapeutens och fysioterapeutens arbetsuppgifter ingår att vid behov bedöma hälsotillstånd, delegera, utföra och följa upp ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser samt bedöma när och om den enskilde har behov av läkarkontakt.

Sammanfattning

Verksamhetens grundläggande förutsättning för att säkerställa patientsäkerhet och god vård är att medarbetarna har rätt och uppdaterad kompetens. Vi erbjuder en rad olika utbildningar och insatser för att stödja medarbetarnas utveckling och säkerställer att de är väl rustade att möta de krav och utmaningar som finns inom vård och omsorg. Genom kontinuerligt arbete med kompetensförsörjning och ett aktivt utbildningsarbete kan vi skapa en säker och effektiv vård för våra brukare och säkerställa en hög kvalitet på alla nivåer inom vår verksamhet.

Gällande samtliga utbildningsinsatser har verksamheten en sammanställd årlig översikt på exakta tider, datum, vilket ämnesområde, antal deltagare och eventuella kostnader, för alla genomförda utbildningar.

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.

Här beskrivs verksamhetens arbete;

- Delaktighet och patientsäkerhet i vården
- Patientens roll i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Vårdplanering och delaktighet
- Borådsmöten och delaktighet i vård och omsorg
- Matråd och delaktighet i måltider
- Multiprofessionellt team och personcentrerad vård
- Utredning av vårdskador och patientens delaktighet
- Brytpunktssamtal och palliativ vård
- Vårdplanering vid inskrivning och årlig medicinsk vårdplanering

Delaktighet och patientsäkerhet i vården

Vid inflyttning på vår vård- och omsorgsboende erbjuds alla patienter ett välkomstsamtal där de själva får beskriva sina förväntningar på vården. Den legitimerade personalgruppen arbetar i nära samråd med patienten för att säkerställa delaktighet och medbestämmande i välkomstsamtalet. Detta för att garantera att patienten har möjlighet att uttrycka sina önskemål och förväntningar kring sin planerade vård och behandling. Vår verksamhet strävar efter att ge anpassad och tydlig information om vården,

behandlingar och eventuella risker. På så sätt ökar patientens förståelse för varför vissa åtgärder vidtas och säkerställer att målen med vården är tydliga och gemensamma.

Patientens roll i det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Patienten kan på olika nivåer bidra till det systematiska patientsäkerhetsarbetet, exempelvis genom att ge information om sin hälsa och behandling, vilket minskar risken för vårdskador. Enligt patientlagen är det hälso- och sjukvårdens skyldighet att göra patienten delaktig i vården och informera om de rättigheter och skyldigheter som gäller för vård och behandling.

Verksamheten inhämtar ibland information från anhöriga om det visar sig att patienten har en nedsatt kognitiv förmåga och inte kan kommunicera adekvat.

Vårdplanering och delaktighet

Verksamheten bjuder in patienter och deras anhöriga till vårdplaneringssamtal vid inflyttning samt vid behov. Vid dessa samtal ges information om verksamheten och frågor kan besvaras efter att samtycke har inhämtats från patienten. Här efterfrågas även önskemål om delaktighet i hälso- och sjukvårdsfrågor samt i arbetet med patientsäkerheten. För att underlätta kommunikationen finns både digitala funktionsbrevlådor och fysiska brevlådor för synpunkter och klagomål. Detta gör det lättare för anhöriga att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal. För de som önskar kan möten hållas digitalt vilket gör det lättare för anhöriga att vara delaktiga utan att behöva vara fysiskt närvarande. Vid korttids- och växelvård bjuds anhöriga in för att delta i vårdplanering och uppföljning som samordnas via biståndshandläggningen.

Borådsmöten och delaktighet i vård och omsorg

För att ge de boende möjlighet att påverka sin vård och omsorg hålls regelbundna borådsmöten enligt årshjul på de somatiska enheterna. Under dessa möten får de boende ytterligare information om verksamheten och har möjlighet att framföra synpunkter och klagomål samt uttrycka sina behov. Ett månatligt informationsbrev skickas till både boende och deras anhöriga, där de erbjuds att lämna synpunkter och få svar på sina frågor. Informationsbrevet innehåller även praktiska påminnelser, exempelvis om riktlinjer för "säkra besök" vid förhöjd smittspridningsrisk.

Verksamheten har även anlitat föreläsare vid anhörigträffar med specifikt tema, den senaste föreläsningen handlade om demenssjukdomar. Föreläsning i Palliativ vård är planerad under januari 2025.

Matråd och delaktighet i måltider

Inom ramen för vår verksamhet finns även planerade matråd, där de boende kan framföra sina synpunkter på mat, måltider och måltidsmiljö. Detta forum ger möjlighet att påverka hur måltiderna utformas och säkerställer att de boendes behov och önskemål tillgodoses.

Multiprofessionellt team och personcentrerad vård

Verksamhetens multiprofessionella team arbetar tillsammans för att utveckla och förbättra den personcentrerade vården. Vid inflyttning hålls ett välkomstsamtal där både patienten och dennes anhöriga informeras om verksamhetens rutiner, inklusive kontaktuppgifter, hantering av synpunkter och klagomål, samt tillgång till anhörigstöd. *Levnadsberättelser* används för att stärka det individuella bemötandet och skapa en mer personlig vård.

Vid inflyttning genomförs också en vårdplanering i samråd med patienten och baspersonal, inklusive sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Anhöriga kan delta i vårdplaneringen om patienten ger sitt samtycke. Om så behövs, kontaktar sjuksköterskan anhöriga för att informera om vård och behandling.

Utredning av vårdskador och patientens delaktighet

Om en vårdskada skulle inträffa eller om det finns risk för en vårdskada, informeras både patienten och eventuella anhöriga om händelsen och utredningen. Vid allvarigare vårdskador efterfrågas alltid patientens upplevelse av händelsen för att kunna säkerställa en transparent och rättvis hantering. Anhöriga erbjuds också, efter samtycke, att delta i diskussioner om vård och behandling relaterat till vårdskador.

Utredningar sker direkt efter inrapporterade incidenter och den är klart inom tio arbetsdagar. Detta sker enligt en särskild blankett, som skickas vidare till MAS/MAR.

Brytpunktssamtal och palliativ vård

Brytpunktssamtalet markerar övergången från den tidiga till den sena fasen av palliativ vård; där vårdens mål ändras från att vara botande till att vara lindrande. I den sena palliativa fasen fokuseras omvårdnaden på att bibehålla eller förbättra patientens livskvalitet. Denna fas kan vara i dagar eller veckor beroende på patientens tillstånd. Brytpunktssamtalet genomförs av den patientansvariga läkaren, baserat på den information om patientens hälsostatus som ges av sjuksköterskan. Om patienten önskar, kan han eller hon själv delta i samtalet. Vid samtycke från patienten kan även anhöriga

vara närvarande under samtalet för att säkerställa att alla berörda parter är informerade och delaktiga i beslutet.

Vårdplanering vid inskrivning och årlig medicinsk vårdplanering

Vid inskrivning i verksamheten upprättas en individuell vårdplan i samråd med patienten där dennes önskemål och behov beaktas. En kontaktperson och en fast vårdkontakt utses och den ansvariga legitimerade personalen håller ett inskrivningssamtal för att gå igenom vårdplanen.

Varje år erbjuds patienter en medicinsk vårdplanering, som inkluderar en läkemedelsgenomgång, där både läkare och sjuksköterska deltar. Anhöriga inbjuds att delta i detta samtal, förutsatt att patienten samtycker till deras närvaro. Detta säkerställer att alla berörda parter får en helhetsbild av vården och behandlingen och kan bidra till att förbättra patientens livskvalitet.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

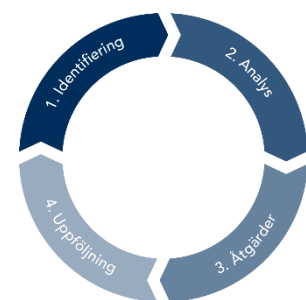
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Fokusområden enligt Socialstyrelsen

Verksamheten har anpassat de fem nationella fokusområdena som Socialstyrelsen rekommenderar för att säkerställa en trygg och säker vård. Dessa fokusområden är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Dessa områden har varit vägledande för verksamhetens arbete med egenkontroller och förbättringsarbete under året.

Egenkontroller och kvalitetsuppföljning inom verksamheten

Verksamhetens ansvarar för att utöva egenkontroll för att säkerställa verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Egenkontroller har genomförts med rätt frekvens och omfattning för att kunna identifiera risker och möjliggöra förbättringsåtgärder.

Det kan innebära att jämföra nuvarande resultat med tidigare data, andra verksamheters resultat samt nationella och regionala mått.

Under året har legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal, biträdande enhetschefer och verksamhetschef för hälso- och sjukvård systematiskt analyserat resultatet och undersökt orsaker till risker.

Resultaten från egenkontroller har varit viktiga underlag för verksamhetens patientsäkerhetsarbete där planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder kontinuerligt följs upp och diskuteras i gemensamma möten med all personal. De vidtagna åtgärderna anpassas efter resultaten och berör specifika områden i vår verksamhet.

Verksamheten tar även del av resultatet av genomförda kvalitetsuppföljningar som sker inom verksamheten.

Genomförda egenkontroller 2024

Egenkontrollerna som genomförts under året har täckt ett brett spektrum av områden för att säkerställa kvalitet och minska risker. Några av de viktigaste övergripande områdena inkluderar enligt nedan:

- Hälsoplaner och dokumentation: Kontroller har genomförts två gånger per år för att säkerställa att hälsoplanerna är aktuella och att dokumentationen följer gällande riktlinjer.
- Läkemedelshantering: Avvikelser i läkemedelshantering har granskats månatligen för att säkerställa att rutiner följs. Åtgärder har vidtagits för att minska antalet läkemedelsavvikelser, inklusive införandet av kontroller där personalen granskar varandras signering två gånger om dagen samt förstärkt delegeringsutbildning.
- Basala hygienrutiner och klädregler: Månatliga egenkontroller har utförts, och resultaten har visat på god följsamhet, även om vissa brister identifierats, t.ex. att handdesinfektion inte alltid utförs före och efter omvårdnadsarbetet.
- Medicintekniska produkter (MTP): Funktionstester har genomförts regelbundet och signeringslistor förvaras korrekt.
- Fallprevention och riskbedömningar: Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa har genomförts enligt behov och dokumenterats i enlighet med rutin. Uppföljningar har visat att alla boende har uppdaterade riskbedömningar.

Egenkontroll och förbättringsåtgärder

Egenkontroll är en central metod för att säkerställa hög patientsäkerhet inom vården. Genom systematiska granskningar och uppföljningar av arbetet kan verksamheten identifiera och åtgärda risker eller brister som kan påverka patienternas säkerhet negativt. I denna organisation har egenkontrollerna gett konkreta resultat, som bland annat pekar på förbättringar i områden som läkemedelshantering och dokumentation, vilket är grundläggande för att förebygga vårdrelaterade skador och misstag.

Arbetet med infektionsförebyggande åtgärder, fallprevention och nattfasta är också områden som noggrant följs upp. Samtidigt erkänns att det finns områden där ytterligare insatser och kvalitetsutveckling behövs för att minska risker och förbättra vårdens kvalitet på lång sikt.

Sammanställning av egenkontroller redovisas av tabell längre ner.

Dokumentation och uppföljning av avvikelser

All dokumentation och de åtgärder som vidtagits vid avvikelser eller händelser inom hälso- och sjukvården registreras och följs upp månadsvis. Avvikelse som rapporteras under året har analyserats och åtgärdats. Vi vidtar även åtgärder för att minska risken för framtida avvikelser.

Vårt arbetssätt har även varit att vid planerade regelbundna möten återrapporteras alla inkomna avvikelser och allt dokumenteras i händelsehanteringssystemet.

Vid identifiering av avvikelser har vi implementerat effektiva åtgärder och säkerställt att de följs upp på ett strukturerat sätt. Åtgärderna har bland annat inneburit förstärkt utbildning, förändrade arbetsrutiner och systematiska kontroller av läkemedelsanvändning och dokumentation.

Vi kommer att fortsätta att genomföra och följa upp dessa kontroller även under kommande år för att upprätthålla och ytterligare förbättra patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheten. Genom ett kontinuerligt förbättringsarbete och en strukturerad uppföljning av egenkontroller kan vi säkerställa en hög nivå på den vård och omsorg vi erbjuder våra patienter.

I mitten av december 2024 har vi planerat ett grupparbete (ansvariga chefer och representanter från sjuksköterskegruppen) med tema gällande säkerheten kring läkemedelshantering. Detta kommer att testas som pilot på ett våningsplan under januari 2025.

Indikatorer, mätmetoder och uppföljningar som ska främja ett sammanhållet systematiskt förbättringsarbete med patientperspektivet i fokus inom vår verksamhet redogörs via våra egenkontroller som speglar våra insatser inom vården.

Det är 21 egenkontroller av olika område som presenteras nedan.

Tabellen nedan visar utförda egenkontroller inom verksamheten (nr. 1-14)

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Resultat
1. Hälso- och sjukvårdsdokumentation	2 gånger/år	Egen rutin	Granskningarna visar att varje boende har en komplett journal och att användningen av frastexter har förbättrats. Däremot behöver dokumentationen enligt SoL och HSL harmoniseras
2. Hälsoplaner	2 gånger/år	Egen rutin	Granskningen visar att hälsoplaner finns men att dessa bör baseras på riskbedömningar.
3. Uteblivna signaturer/ej givna läkemedel av	1 gång/månad	Egen rutin	Kontrollen visar att det fortfarande finns stora brister, vilket framgår av siffrorna.

omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor			Resultatet presenteras på kvalitetsrådet och skickas till SoL-cheferna för åtgärd.
4. Narkotikaklassade läkemedel med inrapporterade avvikelser	1 gång/månad	Egen rutin	Resultatet har inte visat några avvikande händelser
5. Medicintekniska produkter (MTP)	2 gånger/år	Egen rutin	Resultatet visar att funktionskontrollerna är gjorda. Våra boende har ett eller flera funktionella hjälpmedel, inga anmärkningar har framkommit. Däremot bör rensning av hjälpmedel följas upp.
6. Infektionsregistrering	1 gång/månad	Infektionsregistrering ing verksamhetens egna underlag	Resultatet och analysen visas i bilagan
7. Kvalitetsindikatorer	1 gång/månad	Kvalitetsindikatorer verksamhetens egna underlag	Granskningen visar att alla boende har en aktuell riskbedömning samt att rutinerna följs enligt plan.
8. Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång/månad	Underlag framtaget av Vårdhygien	Observationer visar god följsamhet men vissa brister har identifierats, exempelvis att händer inte alltid desinficeras före och efter omvårdnadsarbete. Resultaten presenteras på APT-möten och kvalitetsrådet
9. Delegeringar	1 gång/år	Egen rutin	Kontrollen visar att all delegerad personal har en giltig delegering
10. Loggkontroll, Vodok och NPÖ	1 gång/år Vodok	I NPÖ en gång/år fr o m 2023	Kontrollen har inte upptäckt några anmärkningar. NPÖ, inga kontroller har blivit gjorda under 2024
11. Avvikelser	1 gång/månad	Vodok Kvalitetsråd	Resultatet och antal avvikelser visas i bilagan
12. Trycksår/Norton	2 gånger/år samt vid behov	Vodok	Egenkontrollerna visar att alla boende har uppdaterade riskbedömningar och att dessa genomförs enligt rutin. Däremot behöver utvärdering och uppföljning förbättras
13. Munhälsa/ROAG	2 gånger/år samt vid behov	Vodok	Egenkontrollerna visar att alla boende har uppdaterade riskbedömningar och att dessa genomförs enligt rutin. Däremot behöver utvärdering och uppföljning förbättras
14. Fall/Downton	1 gång/år samt vid behov	Vodok	Egenkontrollerna visar att alla boende har uppdaterade riskbedömningar och att dessa genomförs enligt rutin. Däremot behöver utvärdering och uppföljning förbättras

Tabellen nedan visar utförda egenkontroller inom verksamheten (nr. 14-21)

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Resultat
15. Nutrition/MNA	2 gånger/år samt vid behov	Vodok	Egenkontrollerna visar att alla boende har uppdaterade riskbedömningar och att dessa genomförs enligt rutin. Däremot behöver utvärdering och uppföljning förbättras
16. Uppföljning av skyddsåtgärder	2 gånger/år	Egen rutin	Skyddsåtgärder ordinerar efter noggrant övervägande och i samråd med yrkesprofessioner samt med patientens medgivande. Uppföljningar genomförs för att säkerställa att åtgärderna inte används i onödan.
17. Nattfasta	2 gånger/år mars och oktober	Dokument framtaget av dietist	Mätningen har visat en liten ökning av tiden för nattfasta sedan den senaste mätningen i våras.
18. Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt (fortlöpande)	Inkomna klagomål utreds/redovisas/ avslutas inom 14 dagar	Resultatet redovisas under klagomål och synpunkter
19. Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	1gång/år	Farmaceuten eget underlag	Granskningen visade få anmärkningar som nu har åtgärdats.
20. Läkemedelsgenomgångar	1gång/månad	Verksamhetens egna underlag	Egenkontroller har säkerställt att läkemedelsgenomgångar genomförs årligen. Inga avvikelser upptäcktes vid dokumentationsgranskning 2024.
21. Narkotikaklassade läkemedel	1 gång/månad	Verksamhetens egna underlag	Regelbundna och korrekta kontroller av narkotikaklassade läkemedel. Inga allvarliga avvikelser har rapporterats under 2024.

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.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Rapportering och utredning av avvikelser och vårdskador

Den som upptäcker en avvikande händelse vidtar omedelbart de nödvändiga åtgärder som krävs/behövs för att förhindra att någon drabbas av en vårdskada. Om en vårdskada redan har inträffat ska insatser göras för att minimera den negativa effekten för den drabbade personen. Vårt arbetssätt är att alla inträffade händelser noggrant ska bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp.

Verksamheten har också en tydlig ansvarsfördelning mellan chefer avseende bearbetning av inrapporterade händelser.

Rapportering och åtgärder vid vårdskador

- Om händelsen bedöms vara av betydande eller allvarlig karaktär ska den medicinskt ansvarige (MAS) eller verksamhetsansvarig (MAR) kontaktas för att utreda händelsen vidare och eventuellt ta över utredningsuppdraget. Denna kontakt sker via verksamhetschef eller biträdandeenhetschef för HSL

- Personal informeras fortlöpande om sin skyldighet att rapportera in avvikelser och inträffade händelser inom vården. Det är respektive chef som ansvarar för denna information.

Utredning och åtgärdsplaner

Under året har vi genomfört interna utredningar av inträffade händelser och handlingsplaner har tagits fram för att hantera och förhindra upprepning. I de fall händelsen bedöms vara allvarlig eller potentiellt ha orsakat eller kunnat orsaka en vårdskada har MAS eller MAR varit involverade i utredningen samt gett stöd i framtagandet av handlingsplaner.

Handlingsplanen innehåller:

- Identifierade förbättringsåtgärder
- Ansvariga för genomförande och uppföljning
- Tidsplan för implementering och uppföljning av åtgärderna.

Verksamhetens utredning av inträffade händelser sker inom tio arbetsdagar. Utredningar ger så långt som möjligt klarläggning av händelseförloppet samt underlag för att analysera faktorer som har bidragit till att leda fram till det inträffade och därigenom söka underlag för beslut om åtgärder som ska vidtas. Detta för att förhindra en upprepning av det inträffade, eller andra händelser av liknande art, där sådana risker blottläggs av utredningen. På det sättet har vi kunnat minska riskerna för – och konsekvenserna vid – framtida upprepning.

Spridning, och lärande av erfarenheter

Beprövade erfarenheter från avvikelser, händelser och vidtagna åtgärder sprids inom verksamheten för att säkerställa ökad vetskap och ett kontinuerligt förbättringsarbete. Lärdomar från utredningar och händelseanalyser har aktivt delats med personalgruppen för att öka medvetenheten och engagemanget för patientsäkerheten.

MAS och MAR behöver ha en tydlig information och rutin av inträffade händelser gällande Lex Maria-utredningar. Detta ska vara känt inom verksamheten, vilket det är, och vi har anpassat oss efter detta.

En sådan rutin har bidragit till att öka förståelsen inför utredningens syfte och eventuellt avdramatiserat medarbetares deltagande i dessa processer.

Vi har även konstaterats att det behövs ännu mera förstärkning av en etablerad plattform för att systematiskt kunna dela erfarenheter och förebyggande åtgärder kring avvikelser och vårdskador i syftet att alla kommer med i processen i god tid.

Detta har varit ett fokusområde som vi utvecklar med tiden för att skapa en lärande och transparent verksamhet som helhet.

Ansvariga chefer på respektive våningsplan genomför dialog möten med berörd personal efter en inträffad incident. Under möten förs dialog om hela händelseförloppet, eventuella bakomliggande orsaker, en analys av problematiken och erfarenheter från liknande händelser. Innan mötet ombeds personalen att skriva en egen redogörelse för incidenten, vilket hjälper till att få en fullständig bild av situationen och skapa en grund för analys och åtgärder.

Verksamheten informerar även hela personalen genom ett separat brev som behandlar allvarliga incidenter, samt eventuell anmälan eller avslut av en sådan. Detta sker utan att peka ut någon individ.

Verksamheten informerar även enhetligt all personal via ett separat brev som just handlar om den allvarliga inträffade incidenter och eventuellt anmälan eller avslut av en anmälan. Observera; utan att peka ut någon.

Uppföljning och systematiskt förbättringsarbete

Vid händelser som har orsakat eller kunnat orsaka en vårdskada kontaktas alltid MAS för att bedöma om händelsen ska anmälas eller inte till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) enligt Lex Maria.

I dessa utredningar används en intern mall som säkerställer en enhetlig och strukturerad genomgång av händelsen.

Resultaten från utredningen leder till en åtgärdsplan som bland annat redovisar:

- Förbättringsförslag och åtgärder
- Ansvarig personal för genomförande och uppföljning
- Tidsplan för åtgärdernas implementering och uppföljning

Internutredningar och åtgärdsplaner presenteras för personalgruppen i verksamheten.

Dessa resultat diskuteras även på APT (arbetsplatsträffar) och på kvalitetsrådet vilket ger alla berörda våningsplan möjlighet att vara delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet kring patientsäkerhet.

Kunskap och förbättringsåtgärder

Genom att identifiera, utreda och mäta vårdskador och avvikelser ökar vi vår förståelse för de problem som kan uppstå i vården. Det gör det också möjligt att bättre förstå bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna. Denna kunskap ger oss ett bättre underlag för att utforma åtgärder och prioritera insatser som syftar till att förhindra att liknande händelser inträffar i framtiden.

Utredning av händelser och vårdskador – Avvikelsehantering som förbättringsarbete

Avvikelsehantering är en aktiv del av vårt kvalitets- och förbättringsarbete.

Antalet avvikelser är inte ett mått på verksamhetens kvalitet, utan snarare en indikator på att vi kontinuerligt arbetar med att identifiera, förstå och åtgärda problem i vården. En avvikelse rapport fokuserar i första hand på vad som har inträffat snarare än på vem som var inblandad.

Hantering av avvikelser

- Registrering och bedömning:

Avvikelsen registreras i vårt avvikelsehanteringssystem för bedömning av legitimerad personal.

Händelsen utreds och lämpliga åtgärder planeras, genomförs samt utvärderas.

- Verksamhetschefens ansvar:

Verksamhetschefen tar del av inkomna avvikelse rapporter, för ett vidare fortsatt arbete för hantering av inkomna avvikelser.

Beroende på allvarlighetsgrad, informeras även avdelningschefen, MAS och MAR. Stödjer även berörda parter under processen av hanteringen av avvikelsen.

Sammanställer allt material och presenterar det till berörda, skickas vidare till MAS och MAR

Målet är att säkerställa att allvarliga händelser inte missas eller fördröjs i utrednings- och åtgärdsprocessen.

- Lärandeforum och återrapportering:

Sammanställning av inkomna rapporter och händelser presenteras regelbundet vid kvalitetsrådet/arbetsplatsträffar (APT) eller andra möten som fungerar som lärandeforum.

I dessa forum analyseras och hanteras avvikelser på verksamhetsnivå och åtgärder vidtas för att förbättra kvaliteten i verksamheten.

Efter genomförda åtgärder utvärderas effekten för att säkerställa att åtgärderna haft önskad effekt och att händelsen inte upprepas.

Allvarliga händelser och fördjupad utredning

Vid allvarliga händelser, där en vårdskada kan ha inträffat, initieras en fördjupad analys:

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för att genomföra denna fördjupade analys.
- Om händelsen bedöms ha orsakat allvarlig vårdskada vidtas de nödvändiga åtgärderna för att förhindra att liknande händelser upprepas.

Utbildning och stöd för utredning

Under 2024 har vi intensifierat arbetet med utbildningsinsatser och ökat stöd för utredning för både legitimerad personal och ansvariga chefer. Detta inkluderar utbildning i utredningsprocesser, metoder och system för att säkerställa att alla avvikelser hanteras på ett korrekt och systematiskt sätt.

Processen för en anmälan till IVO

När verksamheten är klar med internutredningen (enligt mall) så redovisas detta internt inom personalgruppen (inom en vecka till berörd enhet/berörd personal eller personalgrupp). Därefter överlämnas utredningen till MAS/MAR.

Beslut om eventuell fördjupad utredning eller anmälan till IVO sker via MAS/MAR.

Innan en anmälan sker finns det möjligheter till att verksamheten komplettera uppgifterna och eventuella vidtagna åtgärder.

Enligt Lex Maria ska allvarliga händelser som har orsakat eller kunnat orsaka en allvarlig vårdskada anmälas till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Detta gäller även om en händelse utreds och bedöms vara en risk för en allvarlig vårdskada.

Verksamhetens Lex Maria-anmälningar;

- Under 2024 (hittills) skickades in en Lex Maria anmälan till IVO. Detta handlade om remissvaret och försenad vård och behandling. Ärenden avslutades med bedömningen att händelsen hade utretts i tillräcklig omfattning och att relevanta åtgärder hade vidtagits för att förhindra att händelsen upprepades.
- Verksamheten har en pågående ärende gällande medicinhantering för förväxling av mediciner. Detta kommer att skickas till IVO under december som en Lex Maria anmälan

Uppföljningsprocess

Vid varje Lex Maria-anmälan sker omedelbart en noggrann uppföljning för att säkerställa att åtgärder implementerats och att alla relevanta lärdomar har dragits.

Åtgärder som vidtas efter en Lex Maria-anmälan innebär att vi aktivt strävar efter att höja säkerheten och kvaliteten i vården för att förhindra framtida vårdskador.

Verksamheten hade ingen IVO anmälan gällande Lex Sarah under 2024.

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.

Systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet i verksamheten

Verksamheten har ett välutvecklat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som innebär att vi kontinuerligt arbetar med att förbättra och säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet.

Samtliga avvikelser analyseras i verksamhetens kvalitetsråd med fokus på om händelsen har orsakat eller hade kunnat orsaka vårdskada. Genom att identifiera bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienten kan vi vidta lämpliga åtgärder och insatser för att förebygga återkommande händelser.

Egenkontroller och kompetensutveckling

- Egenkontroller
Egenkontroller genomförs enligt en fastställd planering i årshjul för Hälso- och sjukvården samt enligt beslutade rutiner som ska följas. Dessa kontroller omfattar viktiga områden som läkemedelshantering, delegeringsförfaranden och omvårdnadsjournalens dokumentation.
Återkommande kontroller säkerställer att alla rutiner följs och att vi identifierar eventuella förbättringsområden
- Kompetensutveckling

Kompetensutvecklingen har genomförts utifrån verksamhetens övergripande mål och identifierade behov - på enskild nivå och på gruppnivå, vilket inkluderar både teoretisk utbildning och praktisk uppföljning av rutiner och metoder.

Smittskydd och hygienarbete

En viktig del av verksamhetens arbete har varit att förebygga och minska risken för smittspridning. Arbetet har inkluderat:

- Daglig uppföljning och kontroll av att alla medarbetare följer Vårdhygiens riktlinjer för användning av skyddsutrustning och kohortvård
- Samtliga medarbetare har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts regelbundet

Läkemedelshantering och delegering

- Egenkontroller av följsamhet till riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering och delegeringsförfarandet har genomförts två gånger per år
- Dessa kontroller har gett goda resultat. Eventuella brister som identifierats har hanterats genom specifika handlingsplaner som har följts upp på ett strukturerat sätt
- Ett exempel på förbättringsarbete är den dokumenterade uppföljningen av delegeringsbeslut efter en månad vilket har lett till en mer strukturerad och säker hantering av delegerade arbetsuppgifter.

Dokumentation och omvårdnadsjournaler

1. Dokumentationsgranskning av omvårdnadsjournalen har genomförts enligt årshjul genom egenkontroller två gånger under året.
2. En handlingsplan har tagits fram för att förbättra eventuella brister. Arbetet med att åtgärda dessa pågår kontinuerligt.
3. Trots att systemet är tidskrävande och ibland kan upplevas som komplicerat är det en viktig del av det kvalitetsarbete som syftar till att säkerställa en korrekt och fullständig dokumentation av patientens vård.

Palliativ vård och riskbedömningar

- **Palliativ vård**

Arbetet med den analyseras regelbundet vilket ger värdefull information för att förbättra den palliativa vården och säkerställa att patienter får bästa möjliga stöd i livets slut.

- **Riskbedömningar**

Riskbedömningar genomförs för områden som fall, undernäring, nutrition och munhälsa.

Hälsoplaner upprättas baserat på dessa riskbedömningar och åtgärder vidtas för att hantera identifierade risker. Uppföljning sker i teamet för att säkerställa att insatserna har önskad effekt.

Systematiskt arbete med patientsäkerhet

Genom att integrera ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i verksamhetens utvecklingsprocesser kan både reaktiva och proaktiva perspektiv på säkerheten beaktas. Att minska oönskade variationer i vårdprocesserna och stärka förebyggande åtgärder har varit av central betydelse för att höja patientsäkerheten inom verksamheten

Kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativregistret och BPSD-registret) och systematisk förbättring

För att arbeta långsiktigt med patientsäkerhet och kvalitetsutveckling använder vi flera kvalitetsregister och processer, varav ett viktigt är Senior Alert.

- Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som stödjer det förebyggande arbetet för äldre personer med fokus på risker för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion.

Arbetet i Senior Alert sker i team bestående av olika professioner; bland annat sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Sjuksköterskan ansvarar för att informera patienten om Senior Alert, inhämta samtycke och dokumentera informationen i journalen.

Nedan bild är den senaste utdraget resultat från Senior alert (2024-12-16) där de tre gröna kolumnerna visar att vårdpreventiva åtgärder är vidtagna för riskområden trycksår, undernäring, fall samt munhälsa.

Utförda riskbedömningar är 96% vilket motsvarar 179 patienter. Detta gäller trycksår, undernäring, fall och munhälsa.

Observera att riskbedömning av blåsdysfunktion och dess vårdpreventiva åtgärder inte finns med i nedanstående utdrag.

Antal registrerade Senior Alert ligger väldigt nära verksamhetens målsättning.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Koppargården Vård- och omsorgsboende	179	96%	91%	96%	63%	9	83	10	36	
		331 av 345	301 av 331	318 av 331	183 av 290	7 personer	personer	6 personer	personer	
Plan 2	25	100%	93%	95%	92%	0	7	0	0	
		44 av 44	41 av 44	42 av 44	23 av 25	0 personer	personer	0 personer	personer	
Plan 3	35	100%	98%	100%	74%	0	23	3	1	
		62 av 62	61 av 62	62 av 62	40 av 54	0 personer	personer	3 personer	personer	
Plan 4	32	100%	90%	95%	37%	2	17	0	10	
		42 av 42	38 av 42	40 av 42	11 av 30	2 personer	personer	0 personer	personer	
Plan 5	33	100%	100%	99%	80%	3	15	0	3	
		78 av 78	78 av 78	77 av 78	52 av 65	2 personer	personer	0 personer	personer	
Plan 6	23	84%	84%	95%	25%	2	11	6	8	
		37 av 44	31 av 37	35 av 37	8 av 32	2 personer	personer	2 personer	personer	
Profilboende, Plan 1	31	91%	76%	91%	58%	2	10	1	14	
		68 av 75	52 av 68	62 av 68	49 av 84	1 personer	personer	1 personer	personer	
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %					
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %					
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %					

- Palliativa registret

Är ett kvalitetsregister vars syfte bygger på att förbättra vården i livets slutskede för patienten och dennes anhöriga. Sjuksköterskan registrerar dödsfallet i registret och dokumenterar hela teamets insatser.

Resultatet av registreringarna visar att det i hög grad finns läkemedelsordinationer i samband med palliativvård samt att trycksår i samband med palliativvård sällan förekommer. Här finns det även en hög grad av att mänsklig närvaro i dödsögonblicket dvs. verksamheten har ordnat extravak.

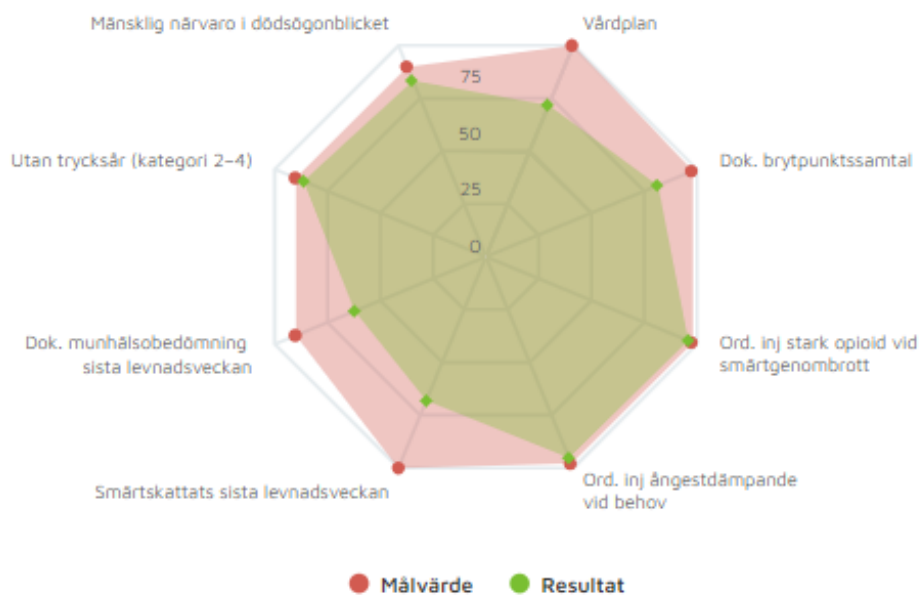
De förbättringar som verksamheten behöver arbeta särskilt med är smärtskattning med evidensbaserat instrument samt bedömning av munhålan.

En ny indikator som följs i registret är även antalet upprättade vårdplaner för palliativvård.

Nedan bild (Spindeldiagram) är den senaste utdraget från Senior alert (2024). Sammanställningen gäller för hela koppargårds vård-och omsorgsboende.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-12 - 2024-11



- BPSD-registret
BPSD står för "Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom".
Syftet med BPSD-registret är att utveckla ett arbetssätt för att kunna förebygga och minska BPSD-symtom hos personer med demensdiagnos.

En genomgång och analys av registreringarna visar att antal registreringar kan påverkas av vilken rutin och struktur som finns på respektive våningsplan. Enskilda administratörers engagemang kan också vara en bidragande faktor till många registreringar. Vid nätverksträffen för certifierade utbildare poängterade deltagarna att det är större chans att lyckas med att komma igång och använda BPSD-registret om registreringarna efterfrågas i den egna verksamheten och även högre upp i organisationen. Antal registreringar i BPSD har hittills varit 80 stycken totalt under 2024.

Vi har även konstaterats att det behövs mer förstärkning av en etablerad plattform för att systematiskt kunna göra BPSD registrering på respektive våningsplan i syftet att alla är med i processen i god tid.

Läkemedelsgenomgångar

Verksamheten planerar att både en enkel och en fördjupad genomgång av den boendes läkemedelsordinationer sker minst två gånger per år.

Genomgången utförs av läkarorganisation i samarbete med hela teamet.

Genomförandet kontrolleras bland annat vid dokumentationsgranskning som utfördes vid tre tillfällen under 2024.

Samtliga granskade journaler hade en dokumenterad läkemedelsgenomgång och ingen avvikelser från läkarorganisationen om utebliven läkemedelsgenomgång har inkommit under året, vilket tolkas som att processen är tillförlitlig.

Team/gruppmöte

Respektive våningsplan på Koppargården har teammöten. Vid dessa träffar deltar olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och biträdande enhetschef.

Den personcentrerade omvårdnaden står i fokus på mötena och varje yrkeskategori dokumenterar i patientens journal de omvårdnadsåtgärder, bedömningar, hjälpmedel, uppföljningar och bemötandestrategier samt om patientens förmåga att tillgodogöra sig insatserna som teamet gemensamt beslutat. Vid eventuellt ställningstagande till skyddsåtgärder tas ett teambeslut.

Följsamhet till Basala Hygienrutiner

För att säkerställa att personalen följer basala hygienrutiner och klädregler genomför hygienombuden kontroller tre gånger per år.

Dessa kontroller omfattar bland annat personalens användning av handsprit, handskar och klädregler. Efter varje kontroll görs en sammanställning av resultaten som lämnas vidare till biträdande enhetschef.

Uppföljning och åtgärder

Biträdande enhetschef analyserar de inkomna resultaten och vidtar eventuella åtgärder om avvikelser eller brister upptäcks. För att underlätta en strukturerad uppföljning används ett webbaserat analysverktyg, "esMaker", som gör det möjligt att följa följsamheten över tid. Verktöget bidrar till en mer systematisk och långsiktig uppföljning av hygienrutinerna.

Resultat av följsamhet

En övergripande god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har observerats. Det har dock framkommit några enkla avvikelser, där personalen vid ett fåtal tillfällen inte har använt handsprit innan de påtagit handskar.

Vid bearbetning av analysen har det framkommit att fuktig hud är en faktor som gör det svårare för personalen att få på sig handskarna. För att åtgärda detta föreslås att händerna lufttorkas innan handsken tas på eller att en större storlek på handskarna används.

Framtida åtgärder

För att förbättra följsamheten och undvika eventuella problem i framtiden kommer följande åtgärder att övervägas:

- Utbildning för personalen om korrekt användning av handskar och handsprit.
- Tillgång till större storlekar av handskar för att underlätta påtagningen.
- Fortsatt uppföljning och användning av verktyget "esMaker" för att säkerställa att följsamheten bibehålls på en hög nivå.

Förflytningsutbildning

Förflyttning och Lyft – Utbildning och Säkerhet

För att säkerställa patientens säkerhet vid lyft och förflyttningar genomför rehabiliteringspersonal utbildningar riktade till omvårdnads- och legitimerad personal. Fokuset för utbildningen är att ge personalen den nödvändiga kunskapen och de praktiska färdigheterna i säker förflyttningsteknik, vilket är avgörande för att förebygga både vårdskador och personskador.

Utbildningens genomförande

- Tidpunkt: Utbildningen genomförs inför sommaren och vid ett flertal tillfällen under året för att säkerställa att all personal har uppdaterade kunskaper.
- Innehåll: Utbildningen täcker både teori och praktik, med fokus på säker förflyttningsteknik för att minimera riskerna för både patienten och personalen.

Krav på förflyttning med personlyft

För att säkerställa högsta möjliga säkerhet får förflyttning med personlyft endast utföras av personal som genomgått förflyttningutbildningen. Detta krav gäller för all personal som arbetar med förflyttning av patienter. Syftet är att förebygga skador och säkerställa att tekniken används på rätt sätt för både patients och personals välbefinnande.

Uppföljning och revidering

- Personalens kunskaper följs upp och revideras kontinuerligt för att säkerställa att de alltid är uppdaterade om den senaste förflyttningstekniken och säkerhetsföreskrifterna.
- Vid behov erbjuds ytterligare utbildning för att adressera individuella eller enhetsspecifika behov.

HSL- möten för hälso- och sjukvårdspersonal

Forum för Hälso- och Sjukvårdsfrågor och Rutiner

Ett forum hålls regelbundet där övergripande och aktuella hälso- och sjukvårdsfrågor diskuteras. Här går man igenom nya och reviderade rutiner som är kopplade till lagkrav, riktlinjer samt MAS/MAR-direktiv. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer gällande lagar och föreskrifter, samt att all personal är uppdaterad och informerad om förändringar.

Egenkontroll och Åtgärder för Patientsäkerhet

Utifrån verksamhetens resultat från egenkontroller av avvikelser tar biträdande enhetschef tillsammans med enhetschef och hälso- och sjukvårdsansvarig fram en handlingsplan för att identifiera och genomföra nödvändiga åtgärder. Dessa åtgärder ska säkerställa att en hög nivå av patientsäkerhet upprätthålls och att eventuella risker åtgärdas snabbt och effektivt.

Tillämpning och Uppföljning av Rutiner

För att säkerställa att rutiner och arbetsmetoder är effektiva och aktuella arbetar hälso- och sjukvårdsutvecklare tillsammans med ledningen för att utveckla och revidera arbetsmetoder och rutiner. Detta inkluderar både uppföljning och revidering av de befintliga rutinerna för att optimera arbetssätt och förbättra säkerheten i verksamheten.

Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd

Verksamheten genomför en årlig Kvalitetsgranskning av Läkemedelsförrådet och Läkemedelshantering via Apoteket AB (detta är en granskning som utförs via en extern aktör).

Resultatet av granskningen sammanfattas i ett protokoll som återkopplas till verksamheten. Protokollerna innehåller förslag på förbättringsområden som används för vidare verksamhetsutveckling och för att säkerställa hög kvalitet och patientsäkerhet i hanteringen av läkemedel.

Resultat och åtgärder från årets granskning (november 2024) där det framkom behov av:

- Uppdatering av dokument i läkemedelshanteringsrutiner
- Utbildning och handledning för delegerad personal, särskilt för att säkerställa att personalen kan tillgodogöra sig och korrekt använda information från läkemedels-/ordinationshandlingar, vilket är avgörande för korrekt överlämnande av läkemedel till patienter

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.



Säkerhet och Riskhantering i Verksamheten

Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt vilket gör det viktigt att snabbt kunna agera vid störningar och avvikelser för att upprätthålla hög patientsäkerhet.

Nationell Patientöversikt (NPÖ)

Användningen av Nationell Patientöversikt (NPÖ) har ökat inom verksamheten. NPÖ är en tjänst som möjliggör för vårdgivare att dela journalinformation mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården. Genom NPÖ kan vårdpersonal få tillgång till journalinformation från andra vårdgivare, förutsatt att patienten har gett sitt samtycke. Tjänsten erbjuds till offentligt finansierade vårdgivare och bidrar till en mer sammanhållen och säker vård.

Riskanalyser och Väsentlighetsbedömningar

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser för att säkerställa att verksamhetens arbetssätt, rutiner och arbetsmiljö är anpassade efter aktuella förutsättningar. Riskanalyser genomförs vid förändringar inom:

- Vård och omvårdnad
- Organisation
- Arbetsmiljö

En mer omfattande risk- och väsentlighetsanalys genomförs vid större förändringar, exempelvis vid organisatoriska förändringar eller förändringar i rutiner och arbetssätt.

Identifiering och Hantering av Riskområden

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att identifiera och hantera riskområden. Detta görs genom:

- Händelserapporter och avvikelser från personalen.
- Synpunkter och klagomål från patienter, anhöriga, andra myndigheter eller Patientnämnden.
- Protokoll från teammöten
- Inspektioner från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Inspektioner från Arbetsmiljöverket (AV)

Dessa synpunkter och rapporter analyseras och sammanställs för att identifiera eventuella systematiska risker och förbättringsområden.

Riskbedömning på Individnivå

Vid nyinflyttning av patienter eller vid förändringar i en patients hälsotillstånd gör den planeringsansvarige sjuksköterskan i samarbete med kontaktperson, sjukgymnast och

arbetsterapeut en riskbedömning. Dessa bedömningar omfattar risker som kan påverka patientens säkerhet inklusive:

- Fallskador
- Undernäring
- Trycksår
- Ohälsa i munnen

Förebyggande åtgärder vidtas baserat på dessa riskbedömningar för att minimera riskerna och säkerställa en trygg och säker vård för patienterna.

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 avvikelsehanteringssystemet, m.fl.

Riskhantering och säkerhetsarbete inom verksamheten

Riskanalysen är en övergripande process som inkluderar flera steg i vårt arbete och förutsätter särskild kompetens medan riskbedömningen är en specifik del av riskanalysen där vi bedömer sannolikheten och konsekvenserna av olika risker för att kunna fatta ett beslut om hur vi ska hantera dem.

Säker vård här och nu handlar för oss om att ha förmåga och kunskap för att kunna hantera och agera här och nu innan patientsäkerheten är hotad. Verksamheten har olika infallsvinklar, verktyg, indikatorer, mätmetoder, erfarenheter och kompetensområden som vi bedömer är värdefulla när risker ska identifieras, analyseras och elimineras.

Vårt arbetssätt visar hur en riskanalys ökar patientsäkerheten i verksamheten när rätt åtgärd sätts in.

Verksamhetens riskhanteringsprocess samt händelseanalyser med identifiering av bakomliggande orsaker följs/ används på ett strukturerat och systematiskt sätt för att hantera risk. Detta sker i fem steg; identifiera, värdera/mäta, hantera/åtgärda, följa upp och rapportera.

Effekten av den här processen har bidragit till att minimera, övervaka och kontrollera sannolikheten eller inverkan kopplat till oönskade händelser.

Våra lärdomar dras från inträffade skador och att dessa lärdomar används i riskvärdering och riskhantering. Detta är också ett sätt att förhindra att en skada ens uppkommer.

Vi utvärderar även åtgärdernas effekt samt sammanställer och återkopplar erfarenheterna till personalen för ett lärande som leder till agerande gällande säker vård här och nu.

Säker vård kräver från verksamhetens sida även god yrkeskunskap med ett etiskt och ett professionellt förhållningssätt, ett gott verksamhetsöverskridande samarbete som är grundat på respekt för och kännedom om sin egen och andra professioners kompetenser, samt att ha ett personligt ansvar gentemot vårt uppdrag i utförande av insatserna, oavsett vilken roll vi har i verksamheten.

Verksamheten har kartlagda verksamhetsprocesser. Risker har identifierats, riskanalyser är gjorda och plan för egenkontroller finns upprättade i stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ILS.

Genom egenkontroller har vår verksamhet regelbundet och systematiskt följt upp att arbetet genomförts enligt kartlagda processer och fastställda rutiner, vilka resultat som har kunnat ses samt förbättringsåtgärder.

Verksamheten gör bl.a. ytterligare riskbedömningar och riskanalyser i samband med;

- hot och våld
- suicid
- värmebölja

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.

Analys och lärande från erfarenheter inom Hälso- och Sjukvården

Kontinuerlig förbättring genom lärande

Inom hälso- och sjukvården har analys och lärande från erfarenheter varit en central del av vår kontinuerliga kvalitets- och säkerhetsarbetet. Genom att systematiskt kunna utvärdera resultatet och erfarenheter från både positiva och negativa händelser har vår verksamhet kunna identifiera de faktorer som bidrar till säkerhet, hållbarhet och goda resultat. Detta gör det även möjligt att genomföra förbättringar som inte bara höjer kvaliteten utan också minskar risken för vårdskador och andra oönskade händelser.

Systematiskt arbetssätt för inrapportering och avvikelshantering

Verksamheten har kunnat tillämpa ett systematiskt arbetssätt för inrapportering av inkomna hälso- och sjukvårdsavvikelser, både interna och externa, samt för avvikelshantering.

Genom att följa beprövade rutiner för dokumentation och rapportering säkerställs att alla negativa händelser och tillbud fångas upp. Detta arbetssätt innebär att varje avvikelse inte bara rapporteras utan också analyseras för att identifiera bakomliggande orsaker.

Detta tydliggörs enligt nedan:

- **Orsaksanalys:** När en avvikelse inträffar genomförs en grundlig undersökning av varför den inträffade. Genom att förstå de bakomliggande orsakerna kan verksamheten vidta rätt åtgärder för att förhindra att liknande händelser upprepas.
- **Utvärdering av åtgärder:** De åtgärder som vidtas för att åtgärda identifierade problem följs upp och utvärderas för att säkerställa att de verkligen leder till önskade förbättringar.
- **Sammanställning och återkoppling:** Resultatet av analyser och vidtagna åtgärder sammanställs och återkopplas till verksamheten så att alla medarbetare kan ta del av lärdomarna och bidra till förbättringar i arbetssätt och rutiner.

Medarbetares ansvar och säkerhetskultur

Alla medarbetare har ett ansvar att rapportera avvikelser när de inträffar eller upptäcks. Detta ansvar är en viktig del av en säker vård och en god arbetsmiljö. Chefer och medarbetare arbetar tillsammans för att skapa en öppen dialog kring risker och omständigheter som kan påverka patientsäkerheten.

En säkerhetskultur förutsätter att varje medarbetare, oavsett roll, känner sig delaktig och ansvarig för att bidra till en säker arbetsmiljö och hög patientsäkerhet. Denna kultur främjar en kontinuerlig process av lärande och förbättring, vilket är avgörande för att skapa en hållbar och säker vård.

Främjande av arbetsmiljö och säker Vård

Det arbete som görs för att upprätthålla en säkerhetskultur är inte bara viktigt för att minska riskerna för vårdskador, utan också för att skapa en god arbetsmiljö. En sådan arbetsmiljö gör det möjligt för alla medarbetare att känna sig trygga i sitt arbete och kunna fokusera på att ge patienterna bästa möjliga vård. Genom att främja en säker arbetsplats kan vi inte bara förebygga vårdskador utan även bidra till en bättre arbetsmiljö, vilket i sin tur stärker både personalens och patienternas välmående.

Avvikelse

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.

Ansvar och process för avvikelse rapportering

Verksamheten har en strukturerad och systematisk process för att hantera avvikelser, klagomål och synpunkter. Ansvariga chefer på respektive våningsplan ansvarar för att säkerställa att avvikelser hanteras på ett korrekt och effektivt sätt.

Detta innebär att varje inrapporterad händelse noggrant utreds för att identifiera orsaker, vidta lämpliga förbättringsåtgärder och följa upp åtgärderna enligt beprövade rutiner.

- **Bedömning av allvarlighet och sannolikhet:** När en avvikelse rapporteras görs en bedömning av allvarlighetsgraden av händelsen samt en uppskattning av sannolikheten för att en liknande händelse inträffar igen. Detta görs för att avgöra om rutiner eller riktlinjer behöver revideras för att förhindra att risker upprepas.
- **Riskidentifiering och rutinförbättringar:** Vid behov revideras rutiner och riktlinjer när risker eller förbättringsområden identifieras under utredningen av en avvikelse.
- **Återkoppling och rapportering:** Alla avvikelser sammanställs årligen av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan och presenteras i patientsäkerhetsberättelsen för att ge en helhetsbild av verksamhetens avvikelser och vidtagna åtgärder.

Kommunikation och samarbete i avvikelshantering

Verksamheten har skapat olika mötesforum för att diskutera och följa upp avvikelser, vilket bidrar till ökad medvetenhet och förbättrad förmåga att hantera hälso- och sjukvårdens insatser. Några av de regelbundna forumen inkluderar:

- Ledningsgruppsmöten, kvalitetsråd och arbetsplatsträffar där personalen kontinuerligt diskuterar de utmaningar som finns och planerar åtgärder för att minska risken för vårdskador.
- Teamträffar och drop-in tillfällen där chefer och medarbetare aktivt diskuterar förbättringsåtgärder och möjliga störningar i närtid.

Dessa forum har varit viktiga för att säkerställa att alla medarbetare är medvetna om verksamhetens mål, rutiner och förbättringsområden och för att skapa ett öppet klimat där alla kan bidra till säkerhetsarbetet.

Utredning och åtgärder vid avvikelser

Vid en inrapporterad avvikelse ansvarar verksamhetschefen/biträdande enhetschef för att säkerställa att en intern utredning genomförs inom tio arbetsdagar. Utredningen ska resultera i:

- Identifiering av åtgärder som behövs för att förhindra upprepning av händelsen
- Handlingsplan för genomförande av åtgärderna
- Återkoppling till de berörda, inklusive patienter och anhöriga, personal eller regionen.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ansvarar för att hålla en nära dialog om hälso- och sjukvårdsavvikelser och att säkerställa att rätt åtgärder vidtas snabbt.

Hantering av allvarliga avvikelser – Kontakt med MAS/MAR

En viktig del av avvikelshanteringens har varit att säkerställa att allvarliga avvikelser rapporteras och hanteras enligt gällande riktlinjer. Verksamhetschef/biträdande enhetschef HSL kontaktar medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) vid inträffat allvarliga avvikelser.

Verksamhetens Lex Maria-anmälningar;

- Under 2024 (hittills) skickades en Lex Maria anmälan in till IVO. Detta handlade om remissvaret och försenad vård och behandling. Ärenden avslutades med bedömningen att händelsen hade utretts i tillräcklig omfattning och att relevanta åtgärder hade vidtagits för att förhindra att händelsen upprepades.

Uppföljningsprocess

Vid varje Lex Maria-anmälan sker en noggrann uppföljning för att säkerställa att åtgärder implementerats och att alla relevanta lärdomar har dragits.

Åtgärder som vidtas efter en Lex Maria-anmälan innebär att vi aktivt strävar efter att höja säkerheten och kvaliteten i vården för att förhindra framtida vårdskador.

Verksamheten hade ingen IVO anmälan gällande Lex Sarah under 2024.

Förbättringar och lärande från avvikelser

En av de största framgångarna under året har varit den snabba hanteringen av avvikelser där alla utredningar har blivit klara inom angiven tidsram på tio arbetsdagar.

Återkopplingen till rapporterande medarbetare, både internt och externt, har också fungerat mycket bra.

Ett identifierat förbättringsområde är dock hanteringen av avvikelser i interna journalsystem, där det behövs ytterligare arbete för att säkerställa att alla avvikelser avslutas och dokumenteras korrekt.

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.

Syn på klagomål och synpunkter

Verksamheten ser klagomål och synpunkter som ett viktigt verktyg för förbättring och positiv förändring. Att ta emot och bearbeta feedback är en del av ett systematiskt kvalitetsarbete där verksamheten hela tiden strävar efter att bli bättre. Genom att identifiera och analysera inkomna klagomål och synpunkter ges en möjlighet att:

- Förändra och förbättra det som inte fungerar optimalt.
- Fortsätta att utveckla och göra mer av det som fungerar bra.

Verksamheten har en öppen och konstruktiv attityd till inkomna klagomål och synpunkter, både för att lära av dem och för att aktivt förbättra arbetsprocesser och rutiner.

Ansvarsfördelning och rutinbeskrivning

Verksamheten har en tydlig ansvarsfördelning och rutinbeskrivning när det gäller hantering och bearbetning av inkomna klagomål och synpunkter. Dessa klagomål och

synpunkter hanteras på ett strukturerat sätt genom en systematisk process där alla medarbetare och chefer är involverade:

- Verksamhetschefens ansvar: Verksamhetschefen är den som ansvarar för att säkerställa att inkomna klagomål och synpunkter hanteras korrekt och att vid behov rapportera vidare till MAS/MAR (Medicinskt ansvarig sjuksköterska eller ansvarig för rehabilitering) eller utvecklingsenheten.
- Biträdande enhetschef: Ansvarar tillsammans med verksamhetschefen för att utreda och följa upp inkomna klagomål och synpunkter.

Vid allvarliga eller komplicerade ärenden, särskilt om personal är involverad, genomförs en individuell dialog med berörd medarbetare, där både åtgärder och förbättringsmöjligheter dokumenteras. Denna åtgärd är en del av ett kontinuerligt lärande och förbättringsarbete.

Dialog och återkoppling

Verksamheten är noga med att ha dialog och analysera inkomna klagomål och synpunkter i olika forum:

- Kvalitetsråd och arbetsplatsträffar: Här går man igenom inkomna klagomål och synpunkter för att dra lärdomar och besluta om åtgärder. Det sker en öppen och konstruktiv dialog där alla medarbetare kan bidra med sina tankar och erfarenheter.
- Fysiskt möte med patient eller anhörig: Om klagomålet kommer från en patient eller anhörig erbjuds alltid ett fysiskt möte med ansvarig chef och berörd personal för att kunna hantera situationen på ett respektfullt och transparent sätt.

Erfarenhetsutbyte och lärande

Verksamheten använder **fallbeskrivningar** och **erfarenhetsutbyte** för att fördjupa lärandet. Efter att ett klagomål eller synpunkt har hanterats, ställs alltid viktiga frågor som:

- Vad **ska vi göra mer av** för att förbättra vår verksamhet?
- Vad **ska vi göra mindre av** för att förhindra negativa upplevelser?

Denna reflektionsprocess görs kontinuerligt och i syfte att stärka kvaliteten på vården och omvårdnaden som erbjuds.

Rapportering och Klassificering

För att systematisera och underlätta arbetet med klagomål och synpunkter används specifika mallar och klassificeringssystem:

- Mall för inrapportering: Det finns en tydlig och strukturerad mall som används för att rapportera klagomål och synpunkter, både från patienter/anhöriga och från andra externa parter.

- Klassificering av klagomål: Klagomål och synpunkter klassificeras efter allvarlighetsgrad, vilket hjälper verksamheten att snabbt identifiera allvarliga eller systematiska problem och sätta in rätt åtgärder.

Klassificeringen görs för att identifiera och kategorisera de mest akuta problemen samt för att prioritera förbättringsåtgärder.

Utredning och Åtgärder

En noggrann intern utredning genomförs av verksamhetschef/biträdande enhetschefer för att säkerställa att varje klagomål eller synpunkt får en rättvis och grundlig behandling. Enligt den fastställda rutinen ska utredningen vara slutförd inom tio arbetsdagar och den ska resultera i en:

- Åtgärdsplan för hur verksamheten ska förbättra sig baserat på klagomålet eller synpunkten.
- Återkoppling till rapportören när utredningen är klar så att den som lämnat feedback får veta vad som gjorts för att åtgärda problemet.

Efter att åtgärderna har vidtagits och klagomålet har hanterats avslutas ärendet och registreras korrekt i systemet. Detta görs också genom att registrator vid stadsdelsförvaltningen diarieför svaret.

Sammanställningen och statistik

Verksamheten gör alltid en sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter. Detta resultat jämförs också med året innan i syfte att se hur effekten av förebyggande arbete har påverkat dessa områden.

Nedan redovisas resultatet för året

Tabellen nedan visar antal inkomna synpunkter/klagomål under 2024 som berör hela verksamheten

(resultatet är beräknat fram till den 10/12)

Våningsplan/ Enhet	Antal	Typ av synpunkt/klagomål
Våningsplan 1	2	Övrigt
Våningsplan 2	5	Utebliven insats, information, övrigt
Våningsplan 3	8	Omvårdnad, bemötande, kommunikation, verksamhet.
Våningsplan 4	3	Måltid, bemötande, omvårdnad
Våningsplan 5	8	Bemötande, omvårdnad, utebliven insats, tillgänglighet- en positiv synpunkt

Vårningsplan 6	6	Bemötande, information, tillgänglighet
HSL gruppen	1	Omvårdnad
Externt	0	
Totalt (2024)	33	
Totalt (2023)	60	

Analy

Under 2023 hade verksamheten 60 registrerade synpunkter och klagomål.

Under 2024 hade verksamheten 33 registrerade synpunkter och klagomål.

Vi ser att siffrorna har sjunkit jämfört med tidigare år. Detta är förväntat resultat av vårt arbete med förbyggande insatser. Bland annat sammanställer ansvariga chefer alla dokument inför internutredningar och därefter görs en analys och bedömning samt förslag till åtgärder och detta ska ske inom 10 arbetsdagar, det vill säga inom 2 veckor.

Verksamheten har anpassat sig efter nya rutiner som Stadsförordningen införde under året, samtidigt anordnades utbildningstillfällen för personalen gällande synpunkter och klagomålshanteringen.

Nya rutiner har även bidragit till att registreringar sker korrekt i systemet, vilket har bidragit till en förbättring.

Den typen av synpunkt som överrepresenteras i tabellen t ex gällande bemötande, lägger verksamheten fokus på inför nästa år i utbildningssyfte för att minska antalet.

Verksamheten tar emot även många positiva synpunkter och beröm gällande genomförda aktiviteter i Träffen. Men detta redovisas inte här.

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.



Kvalitetssäkring och riskhantering inom verksamheten

Arbetsstrukturer för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling

Verksamheten använder ett systematiskt arbetssätt för att kvalitetssäkra vården genom en rad arbetsstrukturer; bland annat samverkan, kompetensutveckling, egenkontroller, händelsehantering, riskanalyser, avvikelshantering samt genom arbetet med nationella kvalitetsregister. Dessa strukturer hjälper verksamheten att säkerställa att vården levereras på ett patientsäkert och effektivt sätt.

- Egenkontroller: Verksamheten genomför regelbundna egenkontroller inom olika områden, till exempel läkemedelshantering, för att identifiera förbättringsområden. Genom dessa kontroller och efterföljande förbättringsåtgärder kan verksamheten upprätthålla en hög standard och säkerställa att kvalitetskrav följs.
- Förbättringsåtgärder: Förbättringsområden identifieras genom analyser av verksamhetens resultat, såsom statistik från kvalitetsregister och brukarenkäter. Dessa analyser ligger till grund för att ta fram förbättringsförslag som implementeras och följs upp för att säkerställa kontinuerlig utveckling.
- Arbetsmöten och Samverkan: Verksamheten bedriver kontinuerliga kvalitetsråd, teammöten och förbättringsplaner där förbättringsområden diskuteras och utvecklas. Detta skapar ett forum för gemensam reflektion och problemlösning som stöder systematiskt förbättringsarbete.

Riskhantering och krisberedskap

Verksamheten har ett systematiskt förhållningssätt till riskhantering; arbetet fokuserar på att identifiera och förebygga risker, både på individnivå och på organisatorisk nivå.

- Riskanalyser: Riskanalyser görs kontinuerligt för att identifiera brister som kan påverka både patientsäkerheten och arbetsmiljön. Denna metod är central för verksamhetens arbetssätt och används i samband med förändringar för att kunna värdera risker och sätta in åtgärder. Riskbedömningar genomförs gemensamt för att skapa en bred medvetenhet om riskerna och för att utveckla förebyggande åtgärder.
- Kontinuitetsplanering och Beredskap: Verksamheten arbetar med kontinuitetsplanering för att vara väl förberedd vid störningar, såsom it-avbrott, strömavbrott eller smittspridning. Denna planering syftar till att minska avbrottstiden och säkerställa att verksamheten kan fortsätta att erbjuda trygg och säker vård under krissituationer. Kontinuitetsplaneringen inbegriper även att skapa och säkra kritiska

försörjningssystem, inklusive försörjning av förbrukningsmaterial, skyddsutrustning, läkemedel och journalhantering.

- Krisberedskap: Verksamheten har en robust beredskap för att hantera eventuella krissituationer. Det är avgörande för att kunna säkerställa kontinuiteten i viktiga samhällsfunktioner, såsom hälso- och sjukvård, även under påfrestande perioder. Genom samverkan med andra aktörer inom stadsdelen stärks beredskapen för att hantera störningar och säkerställa att vården kan fortsätta att levereras utan att patientsäkerheten äventyras.

Kompetensförsörjning och långsiktighetsplaner

Verksamheten har en god framförhållning och en tydlig strategi för kompetensförsörjning, vilket är en avgörande förutsättning för att kunna hantera framtida utmaningar. Denna strategi ser till att personalen har rätt kompetens, både i normala förhållanden och under krissituationer.

- Flexibilitet och anpassning: För att kunna ge en säker vård som möter individuella behov ställs höga krav på kompetens och flexibilitet. Verksamheten fokuserar på att utveckla sina anställdas kompetens för att säkerställa att de har förmågan att anpassa vården efter olika patienters behov, samtidigt som patientsäkerheten alltid är i fokus.
- Omvärldsbevakning: Verksamhetens ledning och personal har ett kontinuerligt fokus på omvärldsbevakning vilket bidrar till att säkerställa att verksamheten håller sig uppdaterad om relevanta förändringar i lagstiftning, riktlinjer och forskning. Detta stärker kunskapsbasen och förmågan att snabbt reagera på nya utmaningar och förändringar i omvärlden.

Erfarenhetsutbyte och dokumentation

Verksamheten ser erfarenhetsutbyte och lärande från tidigare händelser som centrala delar i arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Genom att använda resultat från tidigare händelse- och riskanalyser som underlag för framtida åtgärder säkerställs att verksamheten arbetar proaktivt för att undvika skador och förbättra vårdkvaliteten.

- Dokumentation och Hälsoplaner: Det finns en tydlig dokumentation av hälsoplaner och nutritionsvårdsprocessen, vilket är ett viktigt verktyg för att säkerställa att alla aspekter av patientens vård beaktas. Det har skett förbättringar inom dokumentationen men det finns fortfarande behov av att utveckla systemet för att säkerställa att alla uppgifter som krävs enligt lagstiftning och riktlinjer för journalföring inkluderas.

Framtida utmaningar

Verksamheten har identifierat flera framtida utmaningar som inkluderar:

- Perioder av ökad arbetsbelastning: Det är avgörande att ha en flexibel bemanning och förmåga att snabbt omfördela arbetsuppgifter vid behov, utan att äventyra patientsäkerheten.
- Bristande kompetensförsörjning: För att möta framtida behov och kunna hantera krissituationer krävs en hållbar kompetensförsörjning som kan möta förändrade krav i vården.
- Leveransproblem för läkemedel och material: För att säkerställa att verksamheten kan fortsätta att leverera säker vård, även under störningar, behöver det finnas beredskap för leveransproblem och försörjningsbrister.

Samverkan och medverkan från patienter och närstående

Verksamhetens arbete för att skapa en säker vård bygger också på samverkan med patienter och anhöriga. Det skapas möjligheter för patienter och deras anhöriga att aktivt delta i utformningen av de insatser som ska utföras, vilket bidrar till att stärka patientsäkerheten och kvaliteten i vården.

Slutsats

Verksamheten har ett omfattande och strukturerat arbete för att säkerställa patientsäkerhet, arbetsmiljö och krisberedskap. Genom en systematisk hantering av risker, kontinuerlig kompetensutveckling och proaktivt lärande från erfarenheter, har verksamheten skapat en robust grund för att möta framtida utmaningar utan att äventyra vårdkvalitet eller säkerhet. Denna strategi för att identifiera, analysera och åtgärda risker är avgörande för att upprätthålla en hög nivå av vård och omsorg för alla patienter, även i svåra tider.

Att arbeta patientsäkert i framtiden

Patientsäkerhet är ett eget kunskapsområde hos oss, oberoende av profession och ställning, och det ger strukturella förutsättningar för resursfördelning, omprioritering, kompetensförsörjning, digitalisering och omställning vilket har möjliggjort att vi har

kunnat ta bort eller minimera hindren i utvecklingsprocessen och stärka skyddet mot uppkomst av vårdskada.

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.

Mål och arbete inför 2025

1. **Öka kompetensen hos medarbetare för att minimera riskerna för vårdskada**

Målet är att minska risker genom ett förebyggande arbetssätt och stärka personalens förmåga att identifiera och analysera risker för att förbättra patientsäkerheten.

Strategier

Målet med arbetet är att minska risken för vårdskador genom ett förebyggande arbetssätt och att öka omvårdnadspersonalens kunskap och medvetenhet. Genom att stärka personalens förmåga att identifiera och analysera risker, kan patientsäkerheten förbättras. Fokus ligger på att kompetensutveckla personalen för att göra dem mer proaktiva i att undvika skador och höja vårdkvaliteten.

Omvårdnadspersonalen har genomgått utbildning om vårdskador, där de har lärt sig om begreppet och dess konsekvenser, både för den drabbade personen och för verksamheten i stort.

Anlita Apotekets AB för Utbildningsinsatser

Omvårdnadshandledning via omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Rekrytering av chefer med Hälso-och sjukvårdsutbildning för att stödja omvårdnadspersonalen och kunna skapa ökad förståelse

2. **Införandet av digital signering**

Målet är att öka säkerheten vid läkemedelshantering

Strategier

Anlita system enligt avtal

Utbilda personalen

Planera genomförande via en pilotstudie, sedan övergå till övriga enheter

3. **Utbildningsinsatser gällande Patientsäkerhetsarbete generellt**

Målet att öka medvetenhet inom Patientsäkerhetsarbete hos personalen

Strategier

Anlita externt föreläsare

Genomföra omvårdnadshandledning som studiecirkel inom Patientsäkerhetsarbete för hela personalgruppen under året

4. Egenkontroller för genomförandet av NPÖ

Strategier

Planering och utförande enligt årshjul

Utmaningar kan vara

Personalomsättning

Konkurrenskraftig marknad i rekryteringsprocess

Tidsbrist

Ekonomi