

Patientsäkerhetsberättelse

Rio vård- och omsorgsboende

År 2023



Inledning

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.

Rio vård- och omsorgsboende består av ett korttidsboende med plats för tio äldre.

Korttidsboendet har inriktningen till personer med somatiska sjukdomar. Två våningar med totalt 32 platser för personer med kognitiv sjukdom. Tre våningar med totalt 48 platser för personer med somatiska sjukdomar.



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.

Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse	1
Innehåll.....	3
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Har vården varit säker	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	18
Är vården säker idag.....	19
Riskhantering.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	20
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information	20
Avvikelse	22
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	25

SAMMANFATTNING

Rio vård och omsorgsboende ska bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården ska fortlöpande och systematiskt utvecklas i överensstämmelse med gällande riktlinjer och lagstiftning. Under år 2023 påverkades alltså verksamheten av att patienter insjuknat i Covid-19. Totalt har ca 15 individer insjuknat i sitt boende på våningsplanen, på korttidsenheten har ett flertal personer inkommit från geriatrisk vård med Covid-19 vilket har påverkat verksamhetens utveckling delvis, men i något mindre omfattning än tidigare år. Dock påverkas verksamheten vid Covid-19 smitta då resurser i form av att extra personal åtgår för att vårda patienter i kohort. Covid-19 medförde även att aktiviteter inte kunde genomföras enligt plan. Aktiviteter är en viktig del i ett positivt sammanhang med sociala kontakter som ger en stor inverkan på den sammantagna hälsan för den enskilde.

Verksamheten har sedan hösten 2023 och framledes och fortlöpande, lagt stor fokus på att återkommande utbilda samtliga yrkeskategorier. Detta genomförs i form av Works-shops där nyckelpersoner med specifik kompetens fortbildar samtliga yrkesprofessioner vid olika fysiska, praktiska stationer. I de workshops som genomförs fortlöpande, 2 ggr per termin och även när behov uppstår eller när ny riktlinje inkommer från Region Stockholm Smittskydd som påkallar behov av ändring i verksamhetens systematiska arbete gällande smittskydd, görs genomgång av basala hygienrutiner, användande av skyddsutrustning och arbete i kohort. Även genomgång med palliativa ombud har genomförts om vad som inbegrips i den palliativa vården på ett vård- och omsorgsboende. Grupperna ger råd, och till vem man kan vända sig till vid frågor i ovanstående situationer. Ombuden finns på varje våningsplan sedan 2023.

Sjuksköterskegruppen i verksamheten har som tidigare år haft en viss omsättning av totalt tre sjuksköterskor vilka har ersatts under året. Under år 2022-2023 uppstod två vakanser av fysioterapeut och arbetsterapeut som ersattes med personer från bemanningsföretag. Det renderade ett stort behov av att genomföra uppföljningar i varje specifikt område. Under år 2023 oktober-november så rekryterades 2 fysioterapeuter samt 1 arbetsterapeut som initialt fick uppdraget att följa upp boendes insatser, men även utreda behovet av ny utrustning som kunde komma den enskilde till gagn för att träna/bibehålla de förmågor som den enskilde besitter och har förmåga/önskemål att behålla. Utökningen av antalet personer i rehabgruppen har som syfte att stärka det teamarbetet som erfordras för att den enskilde på ett mer personcenterat sätt ska få möjlighet till vardagsrehabiliterande bedömningar/åtgärder som ger möjlighet till en högre grad av välbefinnande för den enskilde ur dennes perspektiv och situation.

Patientsäkerhetsberättelsen år 2022 beskrev att verksamheten under år 2023 hade för avsikt att implementera GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) i verksamheten. Målet var att varje patient ska utredas och vid behov få en diagnos gällande undernäring. Verksamheten kommer arbeta vidare för att nå målet under 2024 då GLIM inte kunde hanteras i GDPR förrän nu. För att säkerställa det kommande arbetet i GLIM så kommer arbete med stadsdelens leg. dietist att intensifieras med regelbundna möten, en gång varannan månad.

Verksamheten följer upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom bl.a. egenkontroller av utvalda processer, via avvikelshantering, via inkomna synpunkter och klagomål samt registreringar i nationella kvalitetsregister. Även riskanalyser ingår i patientsäkerhetsarbetet, samt de externa granskningarna t.ex. läkemedelsgranskning som utförs av Apoteket och hygienrond av Vårdhygien, Region Stockholm. De externa granskningarna åtgärdas utifrån de rekommendationer som deras rapporter/protokoll föreslår.

Efter analyser av egenkontroller och avvikelshantering har verksamheten på Rio vård- och omsorgsboende ett väl förankrat arbetssätt med tydliga och klara rutiner. Rutiner och checklistor ger trygghet och ökar kunskapen under tider då verksamheten inte har samtliga yrkeskategorier på plats. Ovanstående har varit lika under perioder mellan 2018-2023.

I de egenkontroller som verksamheten genomfört framkommer att ett bättre och effektivare samarbete behövs för att stärka teamarbetet mellan berörda professioner, och att dokumentationen behöver förbättras. Omvårdnadsprocessen är ytterligare ett område som behöver synliggöras mer, och speciellt inkontinensvården är ett område som behöver utvecklas. Den äldres egna önskemål/prioriteringar och delaktighet i sin egen vård behöver lyftas ännu mer och är ett prioriterat område att arbeta med för personcentrerad vård. Områden som ständigt behöver vara i fokus är den palliativa vården, samt informationsöverföring inom och mellan olika professioner, med externa vårdgivare, samt mellan medarbetarna på Rio vård- och omsorgsboende och anhöriga.

När det gäller avvikelshantering så är antalet avvikelser ungefär som året innan. Läkemedelsavvikelserna har blivit något fler, dock är det svårt att säga om avvikelserna har blivit fler, eller om fler avvikelser skrivs in i modulen. Sedan tidigare framkommer att alla avvikelser inte skrivs in i avvikelsemodulen i Vodok, verksamhetens dokumentationssystem, vilket har varit ett utvecklingsområde under tidigare år.

Under år 2023 har inga allvarliga avvikelser, som ledde till anmälan till IVO enligt Lex Maria, inrapporterats i verksamheten på Rio vård- och omsorgsboende.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Det har skett ett omfattande arbete inom äldreomsorgsavdelningen för att kartlägga patientsäkerhetsarbetet inför omställningen av god och nära vård. I arbetet har chefer och medarbetare från samtliga enheter deltagit vilket både skapar engagemang och ger en bra grund i det fortsatta förändringsarbetet.



Förvaltningen följer stadens riktlinjer som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet men bedömer att hälso- och sjukvårdsfrågor behöver få ett ökat utrymme och ser ett behov av ökad kunskap om hälso- och sjukvårdsområdet. Behovet finns på alla nivåer men ser olika ut beroende på funktion/roll och uppdrag. Under året 2022 har en kartläggning och nulägesanalys genomförts genom att använda Sveriges kommuner och regioner (SKR) Analysverktyg patientsäkerhet.

Övergripande mål och strategier

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

Äldreomsorgens övergripande mål är att varje boende på Rio ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition¹

Verksamheterna har i utvecklingsplaner tydliggjort inriktning för äldreomsorgen genom kartläggningen i analysverktyget, verksamhetsuppföljningar och egenkontroller. Inom vissa områden behöver arbetssättet förändras och patienters och anhörigas perspektiv tas till vara för att målen ska kunna uppnås. Nyckelord som personcentrering, helhetssyn och gemensam målbild behöver finnas med i processen för att ansvaret att erbjuda en vård och omsorg med god kvalitet ska uppnås.

Organisation och ansvar

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

Nämndens ansvar

Stockholms stad har uppdragit till Östermalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen² för de verksamheter som bedrivs i egenregi i stadsdelen. Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

¹ Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet och hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och

² Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård enligt HSL:

Kravet på att verksamhetschef ska finnas ”där hälso- och sjukvård bedrivs” och är reglerad i lag och förordning³. Verksamhetschefen har enligt hälso- och sjukvårdslagen det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning⁴ och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. MAR och MAS har ett nära samarbete.

Vårdgivaren utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Både MAS och MAR har delegation från nämnden att göra en anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Avdelningschef

Avdelningschef har ett ansvar över avdelningen för äldreomsorg i stadsdelen och säkerställer ytterst att kvaliteten för god vård och omsorg uppfylls och att gällande riktlinjer och rutiner följs på områdesnivå samt ger underlag till områdeschefer, VC och enhetschefer för övergripande uppföljning.

Områdeschef

Föra vidare information från Avdelningschef till Enhetschef/Verksamhetschef
Områdeschef ansvarar för att följa upp att lokala rutiner går igenom varje år och revideras vid behov samt hur enhetscheferna arbetarna med att rutiner och riktlinjer är kända för medarbetarna.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner går igenom och ev. revideras en gång om året och vid behov, t.ex. att det kommit fram i avvikelsehanteringen att en rutin behöver revideras. Hen ansvarar för att rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

³ Enligt HSL (2017:30) 3 kap. 2 §, ska det, där det bedrivs vård, finnas någon som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 1-5 §§

⁴ Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bl.a. innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Regionen och länets kommuner har genom samverkan arbetat fram olika samverkansöverenskommelser liksom stödjande och styrande dokument i syfte att säkra patientsäkerheten och förebygga vårdskador;

- Huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg
- Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LUS)
- Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samverkan vid uppsökande verksamhet (munhälsa) & nödvändig tandvård
- Kostnadsansvar för förskrivningsbara hjälpmedel och förbrukningshjälpmedel
- Logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt Apodos
- Omhändertagande av avlidna
- Samverkan inom patientnämndsverksamhet
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård & omsorg för äldre
- Samordnad individuell plan (SIP)

Stadens MAS/MAR-nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor exempelvis gemensamma riktlinjer. MAS/MAR deltar regelbundet i hälso- och sjukvårdsmöten.

Samverkan sker internt i form av teamsamverkan där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut deltar tillsammans med baspersonal/kontaktperson. Vid behov ansluter andra funktioner till teamsamverkan t.ex. läkare, dietist, enhetschef.

Samverkan behövs vid hantering av avvikelser, såväl interna som externa. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå på kvalitetsmöte. Externa avvikelser, t.ex. avvikelser i vårdkedjan, hanteras av MAS och skickas till annan vårdgivare/huvudman i dialog med verksamhetschef. Avvikelseerna i vårdkedjan hanteras i olika samverkansmöten mellan regionen och stadsdelen.

Rio vård- och omsorgsboende har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Capio Legevisitten. Överenskommelsen följs upp årligen och revideras. Syftet med överenskommelsen är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och tydliggöra roller och ansvar. Överenskommelsen bygger på det avtal som läkarorganisationen har med

regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning. Samverkansmöten genomförs minst två gånger per år med representanter från läkarorganisationen och verksamheten.

Dagverksamheten, Bo Bergman, har en samverkansöverenskommelse med Rio vård- och omsorgsboende. Överenskommelsen följs upp årligen och revideras vid behov. Syftet med överenskommelsen är att säkerställa att sjuksköterska finns tillgänglig när dagverksamheten är i behov av kontakt för rådgivning, konsultation och bedömning av hälsotillstånd. Syftet är också att säkerställa kvaliteten i givna insatser och tydliggöra roller och ansvar. Minst en gång per år träffas chefer för Rio vård- och omsorgsboende, dagverksamheten och förvaltningens MAS för uppföljning av samverkan. Vid behov deltar även representanter från hälso- och sjukvårsteamet i samverkansmöten.

Inom korttidsverksamheten på Rio sker SIP-möten och övriga samverkansmöten när behov av samordning av stöd kring den enskilde finns.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är värdefull och behöver skyddas efter behov. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering. Detta skapar förtroende både inom och utanför organisationen. Systematiskt informationssäkerhetsarbete är att arbeta förebyggande och att kontinuerligt anpassa skyddet utifrån organisationens behov och risker. Då finns informationen tillgänglig när vi behöver den, vi kan lita på att den är korrekt och att endast behöriga personer får ta del av den.

Det skydd vi har att tillgå för att skydda informationen är:

- Digitala/tekniska skydd; t.ex. behörigheter, brandväggar, antivirusprogram
- Fysiska skydd: t.ex. skal- och brandskydd i lokaler, låsbara skåp för pappersjournaler
- Administrativa skydd: styrande och stödjande dokument
- Mänskliga skydd: kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras

Systematiskt arbete med NIS-direktivet

Nämnden omfattas av NIS-direktivet (Nätverk och informationssystem) som ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Reglerna omfattar leverantörer av samhällsviktiga tjänster och vissa digitala tjänster. Det finns ett systematiskt arbetssätt kopplat till direktivet och rutiner för verksamheten vid avvikelser/händelser. Arbetet är pågående och följs upp kontinuerligt och utvecklas inom förvaltningen av utsedd ansvarig tjänsteman.

Systematiskt arbete med GDPR

Förvaltningen har en ansvarig för GDPR och verksamheterna har lämnat listor över vilka dokument, som kan omfattas av regelverket kring GDPR, som används i verksamheterna och hur de används.

Skydd av nätverk

Stadens IT-system nås via trådlöst nätverk i verksamheten. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög med Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta för att öka säkerheten för uppkoppling och generell skydd av data.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

- KLASSA informationssäkerhetsklassning; utförs av förvaltningen där representanter från verksamheten deltagit i de system som verksamheten använder.
- Informationssäkerhetsinstruktion för medarbetare och ledning.
- Kontrollerade behörigheter för vikarier.
- Kontroller av att personer/behörigheter tas bort från tex Vodok, när personer slutat sin anställning.
- Säker e-posthantering för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt. Utbildning ges via intranätet. Samtliga medarbetar får informationen.
- Digitala medicinskåp för narkotikaklassade läkemedel, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är ytterst viktigt inom verksamheten.
- NPÖ (nationell patientöversikt) tillgänglig för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.
- All personal har tillgång till och har genomgått utbildning i informationssäkerhet och dataskyddsförordning.

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen

Loggkontroller genomförs en gång i månaden i dokumentationssystemet Vodok för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller i verksamhetssystemet NPÖ görs av Verksamhetschef alternativt utsedd person av Verksamhetschef en gång i månaden för att kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt uppgifter samt att hindra personal från att läsa uppgifter om patienter som de inte har vårdrelation till.

Vi har ett etablerat och välkänt arbetssätt beträffande hur informationsöverföring ska ske samt lokala rutiner för hur informationsöverföring ska utföras både muntligt och skriftligt, mellan olika professioner, både internt och externt. Följes inte dessa skrivs avvikelser och vi utreder sedan vad som inträffat och reviderar ev. arbetssätt eller lokal rutiner utifrån den inträffade händelsen.

En god säkerhetskultur

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

För att arbeta med en god säkerhetskultur har verksamheten klara, tydliga och aktuella lokala rutiner som revideras med regelbundenhet och är lättillgängliga. Det finns en väl inarbetad avvikelseprocess som även involverar klagomål och synpunkter. Detta innebär att så fort en avvikelse, ett klagomål eller en synpunkt kommer till verksamhetens kännedom, antingen muntligt eller skriftligt, så påbörjas arbetet med att eliminera risk för skada/vårdskada alternativt minimera redan uppkommen skada/vårdskada.



När händelsen har säkerställts för den äldres, dokumenteras den inträffade avvikelsern/klagomålet/synpunkten på avsedd blankett av den som upptäckt avvikelsern eller fått kännedom om klagomålet eller synpunkten. När blanketten kommer till en hälso- och sjukvårdsmedarbetare skrivs den in i avvikelsemodulen i Vodok. Är det hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker avvikelsern, skrivs den direkt in i Vodok.

Är det en allvarlig avvikelse informerar hälso- och sjukvårdspersonalen Verksamhetschef, muntligt eller skriftligt, så fort som möjligt, och kan även informera Medicinsk ansvarig sjuksköterska. Om inte hälso- och sjukvårdspersonalen informerat Medicinsk ansvarig sjuksköterska så gör Verksamhetschefen det.

Avvikelser redogörs på nästkommande våningsmöte/teammöte där dialog förs hur en liknande avvikelse/klagomål/synpunkt inte ska uppkomma igen, och adekvata åtgärder, som rör arbetet på våningen, vidtas vid behov. Alla avvikelser som rör hälso- och sjukvårdspersonal, och som de kan lära av, tas upp på hälso- och sjukvårdsmöten samt kvalitetsrådet.

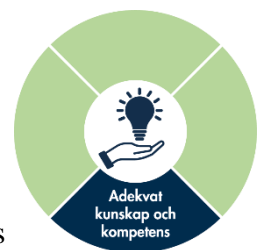
Varje våning har minst ett kvalitetsombud. Kvalitetsombudet sammanställer alla avvikelser, klagomål och synpunkter som inträffat på våningen, och vilka åtgärder som är vidtagna under en månad, samt redovisar dessa vid månadens kvalitetsråd där dialog förs. Alla våningar inom Rio Vård- och omsorgsboende är representerade via kvalitetsombud och/eller hälso- och sjukvårdspersonal, och Enhetschefer och Verksamhetschef medverkar under kvalitetsrådet. Syftet med kvalitetsrådet är att alla ska lära av varandra så att inte negativa händelser upprepas. Kvalitetsrådet har även som uppgift att identifiera brister i organisation och tillsammans hitta lösningar för att stärka patientsäkerheten.

För att säkerställa att Dagverksamheten har tillgång till sjuksköterska finns en separat telefon så att medarbetarna på Dagverksamheten kan komma i direkt kontakt med ansvarig sjuksköterska på Rio Vård- och omsorgsboende. En sjuksköterska är avsatt att ha primäransvaret för Dagverksamheten, i dennes frånvaro bestäms på morgonrapporten vem som har ansvaret för dagen. Aktuell lokal rutin finns, och samtliga ordinarie sjuksköterskor som arbetar på Rio har besökt Dagverksamheten för att känna till verksamheten och lokalerna.

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.

För att säkerställa att alla medarbetare har adekvat kunskap och kompetens inom hälso- och sjukvård arbetar verksamheten aktivt och systematiskt med kompetenshöjning. Till exempel så har två undersköterskor utbildats till Silviasköterska under år 2022- 2023 för att öka verksamhetens kompetens inom demenssjukdomar och bemötande av personer med kognitiv svikt/sjukdom på en djupare nivå. Verksamheten har genom



Silviasköterskor under år 2023 på ett mer fördjupat arbetssätt kunnat ge handledning till arbetsgrupperna.

För att bibehålla kunskaperna gällande basala hygienrutiner så har all personal genomgått utbildning i basala hygienrutiner under år 2023. Vidare genomförs kontinuerlig utbildning i arbetssätt vid kohortvård.

Våning fyra och fem med inriktning för personer med kognitiv sjukdom, påbörjade sin utbildning för att bli Stjärnmärkta under år 2022, och utbildningen avslutades under år 2023. Syftet med Stjärnmärkningen är att öka kunskapen om demenssjukdomar och bemötande av personer med kognitiv svikt för alla medarbetare som arbetar på våningarna. De övriga våningarna inom Rio vård- och omsorgsboende påbörjade Stjärnmärkning under år 2023 för att de också ska bli Stjärnmärkta och öka sin kunskap om demenssjukdomar och kognitiv svikt. Implementeringen av detta ska fortgå under 2024.

Samtliga medarbetare på Rio vård- och omsorgsboende genomgick under 2023 en diplomutbildning för ett hbtq-kompetent och normmedvetet bemötande. Syftet med utbildningen är att öka kunskapen och medvetenheten om hbtq-gruppers livsvillkor och livssituation, samt om normkritik och hur olika normer påverkar oss, våra verksamheter och vårt bemötande. Målsättningen är att få kunskap och verktyg till det dagliga arbetet, samt stärka förmågan att skapa en öppen och inkluderande miljö.

Under året har även utbildningar riktade till en grupp medarbetare genomförts t.ex. sjuksköterskegruppen har genomgått en utbildning i munhälsa, liksom baspersonalen. Legitimerad personal har deltagit på ett symposium om medicintekniska produkter, information kring resistenta bakterier och smittsamma sjukdomar osv. Baspersonal har genomgått utbildning inom säker läkemedelshantering, vilket görs årligen inför delegering. Själva delegeringen görs med hjälp av delegeringsmodulen i Vodok, vilket säkerställer delegeringsprocessen.

Sex undersköterskor har under år två års tid genomgått utbildning för att bli specialistundersköterskor, de examinerades sommaren år 2023. Dessa undersköterskor har fått specifika uppgifter såsom att bidra i utveckling i palliativ vård, utveckla mat och måltidssituationer. Uppgifterna kommer att utvecklas än mer under år 2024. Fem sjuksköterskor har fått utbildning i kontinensvård för att öka den reella kompetensen gällande förskrivning av kontinenshjälpmedel. De övriga sjuksköterskorna i verksamheten har sedan tidigare reell kompetens i förskrivning av kontinenshjälpmedel.

Under hösten år 2022 har all baspersonal har fått utbildning i SBAR, vilket står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation och är ett rapporteringsstöd. SBAR innebär att sjuksköterskan får en tydlig, väsentlig och korrekt rapport från baspersonal. I samband med ovanstående utbildning utbildades baspersonal i att vidtaga åtgärder vid förändrat hälsotillstånd och erhöll då praktiskt utbildning i mätning av puls, blodtryck, andningsfrekvens, saturation och temp. För att vidmakthålla kunskaperna så genomför verksamheten workshops fyra gånger per år eller vid behov.

Palliativa ombud har fått utbildning via PKC i bl.a. Tidigt palliativt förhållningssätt inom äldreomsorgen – hur gör man i praktiken?

Ca 90% av baspersonal har läkemedelsdelegering vilket ges av sjuksköterskorna med hjälp av Vodoks delegeringsmodul efter genomgången repetition av ”jobba säkert med läkemedel” och efterföljande kunskapstest. Detta säkerställer delegeringsprocessen.

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 §

För att den äldre ska kunna vara medskapare och delaktig i sin vård- och omsorg utgår från den äldres berättelse om sin situation och sjukdom samt deras önskemål. I vissa fall kan det vara den anhöriga som framför berättelsen och framför önskemålen, specifikt vid kognitiv svikt. Med utgångspunkt från berättelsen och inhämtad information om den äldre, skapas en omvårdnadsvårdplan/hälsoplan där både den äldre och hälso- och sjukvårdspersonal är delaktiga i framtagandet av mål och strategier för den vård- och omsorg som ska utföras. Rio vård och omsorgsboende försöker i så hög grad som möjligt göra de äldre delaktiga, via bl.a. välkomstmöten, vårdplaneringar och god kommunikation. Verksamheten tar tillvara på de synpunkter och klagomål beträffande den vård- och omsorg som ges till den äldre och som kommer till kännedom, och ändrar på det som kan ändras på för att säkerställa vård- och omsorg. Har verksamheten erhållit samtycke från den äldre om att dela information med anhörig ska en med regelbundenhet kommunikation ske med anhörig för att informera, samt erhålla information som gynnar den äldre.

I samband med utskrivning från verksamhetens korttidsboende ska samverkan ske med mottagande verksamhet och den enskilde (äldre) samt dess anhöriga för att det medicinska och omvårdnadsbehovet säkerställs.

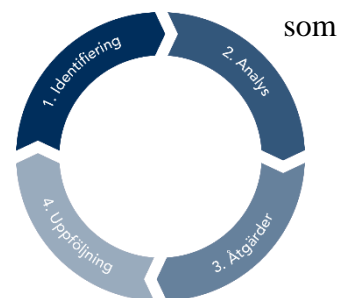
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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.

Verksamheten på Rio vård- och omsorgsboende identifierar de risker finns inom verksamheten dels via egenkontroller samt inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Vi utför egenkontroller årligen, enligt tabell på nästkommande sidor.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	1 gång i månaden under första halvåret 2023	Processledaren för dokumentation granskar journalerna utifrån specifika områden som generellt arbetar med så som nutrition, kontinens osv.
	2 gånger per år	Vodok, Checklista – Kollegialgranskning/uppföljning av journal, Stockholms stad
Vårdprevention (fall, trycksår, malnutrition, munhälsa). Smärta.	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Avvikelser	1 gång i månaden	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Synpunkter och klagomål (som rör hälso- och sjukvård)	1 gång i månaden	Blankett/telefonsamtal/mejl inkommen till chef samt genomgång via kvalitetsråd
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagen mall

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång vartannat år	Protokoll
Basala hygienrutiner	3 gånger per år	Självskattning/observation - följsamhet till basala hygienrutiner, SLL
Vård i livets slutskede	4 gånger per år	Svenska palliativregistret
Läkemedelshantering Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av administrerade läkemedel	1 gång i månaden	Kontroll av utgångsdatum Narkotikajournaler Signeringslistor
Delegeringar	2 gånger per år	Via Vodoks delegeringsmodul och delegeringspärmar på ssk-expeditioner
Förbrukningsmaterial Kontroll av utgångsdatum gemensamma förrådet	4 gånger per år	Kontroll av ansvarig sjuksköterska i samband med beställning

1. Analys.

- Beroende på egenkontroll analyseras resultatet av Verksamhetschef tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal eller Enhetschef. Vid analysarbetet är det viktigt att komma fram till vad verksamheten måste arbeta med för att säkra den vård som utförs. Beroende på vem som utför analysen och vilka professioner det berör presenteras resultatet på hälso- och sjukvårdsmöten, kvalitetsrådet eller våningsmöten. Förslag på åtgärder presenteras eller tas fram under aktuellt möte. I vissa fall kan analysen komma fram till att det är individ som brister och då måste ansvarig chef eller hälso- och sjukvårdspersonal följa upp resultatet med enskild individ.

2. Åtgärder

- När t.ex. brister identifierats inom området dokumentation så undersöks den reella orsaken till bristen för att kunna hitta lämpliga åtgärder. Åtgärderna kan t.ex. bestå av undervisning i hur professionen eller individen ska dokumentera utifrån lagstiftning, öka kunskapen i hur profession eller individen ska dokumentera utifrån det IT-verktyg som används för dokumentation, samt säkerställande att medarbetarna har de verktyg och den tid de behöver för att kunna dokumentera.

Vid brister i läkemedelshantering undersöks orsaken till den reella orsaken för den uppkomna bristen, t.ex. om delegerad baspersonal inte följer de riktlinjer, regler och lokala rutiner som finns, måste den hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för delegering undersöka orsaken till varför delegerad medarbetare inte följer dem, och bedöma om delegeringen för den enskilde individen måste dras tillbaka. Vid tillfällen då det framkommer i analysen att det brister i organisationen så måste dessa åtgärdas t.ex. oklara rutiner, arbetssätt som fungerar mindre bra, förvaring av läkemedel, se över arbetsschema, gå igenom hur vi utför delegeringar osv.

Identifieras kunskapsbrister hos den individuella hälso- och sjukvårdsmedarbetaren måste Verksamhetschef informera om den framkomna kunskapsbristen och skapa en handlingsplan för individen om kunskapsbristen kräver flera åtgärder en ett informationstillfälle.

Som exemplen ovan arbetar verksamheten med egenkontroller för att finna rätt åtgärd.

3. Uppföljning av åtgärd

Verksamheten sätter upp uppföljningsdatum för utvärdering samt i vilket forum åtgärden ska utvärderas. Det finns klara, tydliga och mätbara utvärderingskriterier. Ett av verksamhetens utvärderingskriterier kan vara att räkna inkomna avvikelser, klagomål och inkomna synpunkter och se om de minskat eller ökat i antal, eller att följa resultaten av egenkontroller och jämföra med tidigare resultat. Utifrån utvärdering fattas beslut på om åtgärden ska revideras eller sanktioneras under ett hälso- och sjukvårdsmöte eller kvalitetsråd.

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

Inga allvarliga avvikelser som lett till vårdskada och anmälan till Ivo enligt Lex Maria, har inträffat under år 2023. Dock var det några mer ingående utredningar som påbörjades och åtgärdades internt.

I början av året försvann Apodos-rullar från två boende från deras låsta läkemedelsskåp inne på rummen. Enligt rutin kontrolleras Apodos-rullarna när de kommer från apoteket innan de läggs in i de boendes låsta läkemedelsskåp. Detta sker i regel torsdag/fredag veckan innan, med start av första dosen på måndag morgon. Detta hade gjorts av sjuksköterskan men på måndag morgon saknades de två Apodos-rullarna. Sjuksköterskan delade läkemedlen i dosett

tills ersättningspåsar kom från apoteket, så de boende fick sina ordinerade läkemedel, vilket säkerställde patientsäkerheten. Likväl var det läkemedel som försvunnit från den äldre, vissa läkemedel dessutom narkotikaklassade. Samma upprepades en gång till i slutet av året och samma personer drabbades även denna gång, dock utan att ta skada.

Medicinskåpen var stängda och låsta vid upptäckten av de försvunna Apodos-rullarna men det framkom att skåpen ibland kan vara tröga att stänga. Koden hade inte heller bytts sedan de installerades ca 2,5 år tidigare. Åtgärden blev att låsen på medicinskåpen kontrollerades och koderna byttes. Även ny lokal rutin skrevs för byte av kod tre gånger om året, samt att medarbetare uppmanades att alltid anmäla fel/avvikelse omgående, samt påminnes om att läkemedel som försvinner är stöld och polisanmäls.

Ytterligare två avvikelser som utreddes under året, handlade just om att man i samband med kontrollräkning av narkotika, som förvaras i läkemedelsrummet på sjuksköterske-expeditionerna, upptäckte att det saknades narkotikaklassade preparat, tabletter eller oral lösning. Den ena gången skulle tabletterna kasseras pga. passerat utgångsdatum, i det andra fallet hade sjuksköterskan lånat till en annan boende. Det första fallet ledde till intensifierad narkotikakontroll, samt polisanmälan. Det sistnämnda till tillsägelse och påminnelse om att det inte är tillåtet att ”låna” utan ses också som stöld. Läkemedel är de boendes egendom.

Ännu en avvikelse som inträffade under året var att en boende inte fick sina trycksänkande ögondroppar enligt ordination under ca en månads tid. Trycksänkande ögondroppar hade ordinerats av ögonläkare, anhörig hade hämtat ut dessa från apoteket, och delegerad personal administrerade enligt ordination. Men när flaskan var slut lades ingen ny flaska till medicinskåpet. Sjuksköterskan som först tog emot läkemedlet skrev inte upp detta enligt rutin till ”Att göra”-listan, och baspersonal uppmärksammade inte sjuksköterskan om att flaskan var tom och en ny behövdes. Baspersonal gav i stället ögondroppar som är smörjande/sårsubstitut, vilka även de fanns i medicinskåpet. Detta pågick i ca en månads tid innan upptäckt. När avvikelsen upptäcktes kontaktades ansvarig läkare samt ögonläkare, och inga ytterligare åtgärder behövde vidtas utom att omgående börja behandling med rätt sort igen. Den enskilde kom inte till fysik skada men avvikelsen orsakade bekymmer och oro för denne samt anhörig. Avvikelsen kunde ha lett till allvarlig vårdskada.

I utredningen framkom att ingen av den delegerade baspersonalen, som arbetade på avdelningen under den aktuella perioden, hade följt åtagandet som gäller enligt delegeringsförfarandet – att läsa läkemedelslistan innan läkemedel ges. Avvikelsen ledde till att delegering att ge ögondroppar återkallades för hela enheten, och sjuksköterskan tog över uppgiften.

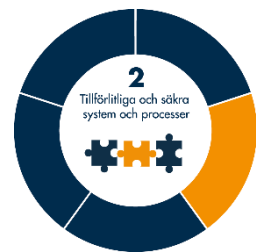
När/om en allvarlig avvikelse har inträffat och lett till vårdskada, eller att det finns risk för vårdskada, har verksamheten en rutin för hur detta ska hanteras. Tjänstgörande sjuksköterska ska så fort som möjligt rapportera avvikelsen till Verksamhetschef och/eller Medicinskt ansvarig sjuksköterska. Verksamhetschef påbörjar en utredning om händelsen samt konsekvenser av den. Verksamhetschef och Medicinskt ansvarig sjuksköterska håller en dialog kring utredningen. Syftet med alla utredningar är att hitta den bakomliggande orsaken till den negativa händelsen och hitta åtgärder för att den inte ska upprepas. I utredningen ingår att ansvarig chef har initialt en muntlig dialog med de inblandade medarbetarna om avvikelsen samt vad de tror är orsaken till det inträffade, därefter får de inblandade medarbetarna lämna en skriftlig redogörelse om all fakta inte finns i Vodoks avvikelsemodul.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar ställning till ev. Lex Maria-utredning och beslutar på delegation från nämnden om anmälan till IVO.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde under 2020 en nationell tillsyn avseende medicinsk vård och behandling under covid-19-pandemin. Patientjournaler har begärts in för analys. IVO inkom med önskemål om komplettering varför brytpunktssamtal eller läkemedelsgenomgångar inte var tydligt dokumenterade i hälso-och sjukvårdsjournalerna som granskades. Verksamheten inkom med svar under hösten 2023. Brytpunktssamtal genomförs av läkare och det har funnits en osäkerhet hos sjuksköterskorna om hur dokumentationen ska utföras. Läkemedelsgenomgångar har dokumenterats men inte alltid under rätt sökord i Vodok.

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

Utifrån de egenkontroller vi utför och de avvikelser, klagomål och synpunkter vi får till oss, är våra processer och system relativt säkra men det finns förbättringsområden.

Basala hygienrutiner, klädregler och source control är ett område vi ständigt måste uppmärksamma för att minska smittspridning. Det vi uppmärksammat bl. a. via egenkontroller, är att vissa medarbetare inte följer de basala hygienrutinerna eller source control fullt ut, vilket medför att vi ständigt måste påminna medarbetarna att följa rutiner och rekommendationer, samt utbilda medarbetare med regelbundenhet oavsett profession i basala hygienrutiner och klädregler.

Läkemedelsgenomgångar utförs en gång om året och är ett samarbete mellan ansvarig läkare och sjuksköterska. Ansvarig läkare ordinerar blodprover som tas av sjuksköterska, tillsammans går sjuksköterska och läkare igenom den äldres läkemedelslista och reviderar den utifrån de tagna blodproverna och den äldres mående utifrån symtomskattningsmallar. För att upprätthålla processen är det av vikt att både sjuksköterskan och läkaren förstår sin roll och följer de rekommendationer som finns samt påminner varandra att läkemedelsgenomgångar ska utföras. I dokumentationsgranskning har brister framkommit hur man dokumenterar dessa, vilket är ett utvecklingsområde i fortsatt arbete.

För att säkerställa den palliativa vården krävs ett gott samarbete mellan ansvarig läkare och sjuksköterska. Det är ansvarig läkare som gör bedömningen om den äldre är palliativ d.v.s. vård i livets absoluta slutskede, och därmed utför ett brytpunktssamtal. Läkare går igenom den äldres läkemedelslista och sjuksköterskan påbörjar en omvårdnadsvårdplan för palliativ vård i Vodoks dokumentationsdel. Baspersonal arbetar utifrån aktuell omvårdnadsvårdplan.

När den äldre avlidit registreras det i Palliativa registret utifrån de kvalitetsindikatorerna som är framtagna av registret.

Under 2023 avled 21 personer på Rio varav 17 registreringar genomfördes i Palliativa registret, vilket är 80,95 %. Målet är att samtliga dödsfall registreras. Resultatet utifrån de 17 registreringarna ser ut enligt nedanstående tabell:

Kvalitetsindikator	Resultat i %	Målvärde i %
(Inom parentes föregående års resultat)		
Brytpunktssamtal utfördes	69,2 (83,3)	98%
Ord.,inj. stark opioid vid smärtgenombrott	84,6 (91,7)	98%
Ord. Inj. Ångestdämpande	92,3 (91,7)	98%
Smärtskattas sista levnadsveckan	92,3 (87,5)	100%
Dok. Munhälsovård sista levnadsveckan	61,5 (70,8)	90%
Utan trycksår (kategori 2-4)	92,3 (79,2)	90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	61,5 (79,2)	90%

I flera områden har inte resultatet nått det angivna målvärdet För att nå dessa målvärden måste verksamheten fortsätta förbättringsarbete med bl.a. dokumentation om munhälsovård och smärtskattning den sista levnadsveckan.

Verksamheten måste även arbeta med att förbättra dokumentationen om brytpunktssamtal, samt öka registreringen om den mänskliga närvaron i dödsögonblicket så att vi under år 2024 kan närma oss målvärden. Även registreringar i Palliativa registret sammantaget ska nå målet.

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

För att vården ska vara säker är det viktigt med kontinuitet bland hälso- och sjukvårdsmedarbetare, väl inarbetade arbetssätt, klara och tydliga rutiner som är lätta att förstå och att finna, uppföljningar av den vård och omsorg som utförs, samt vikten av en god avvikelshantering. Klara och tydliga lokala rutiner och arbetssätt finns på Rio vård- och omsorgsboende, vilket besannats av sjuksköterskor som kommer från bemanningsföretag. Verksamheten följer upp den vård- och omsorg som ges på Rio vård- och omsorgsboende och åtgärdar det som fungerar mindre väl, och vi arbetar aktivt med avvikelshantering. Detta sammantaget gör att vi har en säker vård på Rio vård och omsorgsboende.



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.

Risکانalyser på verksamhetsnivå har gjorts och görs inför sommarperioder samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten bl.a. vad gäller kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, delegerad baspersonal samt tillgång till digitala system för vikarier. Även risker i samband med eventuell värmebölja under sommaren beaktades, likaså inför eventuellt force majeure i verksamheten. Pandemin innebär ytterligare riskanalyser i verksamheten såsom smittspridning, arbetet med att minska smittspridning, prioriteringar av hälso- och sjukvårdsinsatser, förändring av bemanning och kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal. Riskanalyser upprättas alltså gällande Covid-19 vid behov i syfte att minska smittspridning

Verksamhetens månatliga kvalitetsråd är ett lärande i organisationen för att säkerställa att den vård- och omsorg som ges är god och säker, samt för att negativa händelser som inträffat inte upprepas så att en vårdskada uppstår. Detta innebär att verksamheten gör en bedömning om händelsen kan hända igen, och hur arbetet ska bedrivas för att den inte ska hända igen.

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

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Under år 2023 har vi haft två dokumentationshandledare som har stöttat sina kollegor med dokumentation vid behov. En till verksamheten anknuten processledare har undervisat individuellt utifrån individens behov samt i grupp utifrån resultat av granskning av dokumentation. Dokumentationsgranskningar har genomförts under året vid flera tillfällen. Syftet med granskningar är att systematiskt arbeta för utveckling av dokumentationen som kopplas till verksamhetsmål. Granskningarna genomförs som stickprov där slumpvist utvalda journaler granskas utifrån en framtagen checklista. I den senaste granskningen utökades dessutom granskningen med tillägg av genomförda läkemedelsgenomgångar och brytpunktssamtal på uppdrag av Ivo. Resultaten presenteras och förbättringsförslag diskuteras på hälso- och sjukvårdsmöten, samt åtgärder tas fram.

Vid den senaste granskningen kunde ses att bakgrundsdelen i de granskade journalerna var relativt väl dokumenterade t.ex. vad gäller samtycke och medicinska diagnoser. Det var dock



sämre med dokumentation om personfaktorer t.ex. om önskemål kring vård och vård i livets slut. Under hälsotillståndsdelen var dokumentationen i samtliga journaler överlag bra, dock ej helt tillfredsställande vad gäller riskbedömningar. Dokumentationen om analysen av hälsotillståndet, vilka svårigheter och behov de boende hade, samt hälsoplanerna med kopplade åtgärder visade varierande resultat, likaså uppföljningen av insatta åtgärder. Vi behöver fortsatt arbeta med att synliggöra hela omvårdnadsprocessen.

Granskningen visade även varierande resultat vad gäller den boendes egna önskemål/prioriteringar och delaktighet i sin egen vård, vilket är ett prioriterat område att arbeta med för personcentrerad vård.

Den senaste egenkontrollen av dokumentation i de parallella programmen som vi arbetar med, Vodok för hälso- och sjukvårdspersonal och ParaSoL för baspersonal, visar fortsatt brister i dokumentationen - den röda tråden saknas. Team-arbetet behöver synliggöras bättre och leda till att genomförandeplanerna uppdateras oftare på samma sätt som hälsoplanerna.

Det finns även goda exempel då omvårdnadsprocessen är synlig i dokumentationen i Vodok och där instruktioner finns tydligt i ParaSol. Överväganden delen av fast anställda hälso- och sjukvårdsmedarbetare följer omvårdnadsprocessen helt eller delvis. Däremot framgår att när det inte finns en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska pga. vakanta tjänster, längre frånvaro av olika orsaker, så försämras dokumentationen. Det samma gäller när det är många sjuksköterskor som arbetar enstaka arbetspass. Information skrivs under fel rubrik och många gånger utvärderas inte resultatet av de insatta åtgärderna, och de avslutas inte, vilket innebär att omvårdnadsprocessen inte följs. Inom vissa områden ses den äldres delaktighet i sin vård- och omsorg men inom andra så saknas den helt t.ex. vård i livets slutskede.

Generellt ser dokumentationen ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv relativt bra ut i Vodok men förbättringar kan ske t.ex. att synliggöra omvårdnadsprocessen, team-arbetet och den äldres delaktighet. Även förbättringar behövs vad gäller hälso- och sjukvårdsuppgifter som rör baspersonal eftersom dessa ofta inte förs över i deras dokumentationsprogram Para-SoL – den röda tråden saknas. Dialog kring detta har förts under året, och medvetenheten hos sjuksköterskorna om skyldigheten, och vinsten, med detta har ökat. Kontinuiteten i sjuksköterskegruppen är avgörande för att få till en bra hälso- och sjukvårdsdokumentation i Vodok, samt att relevanta hälso- och sjukvårdsuppgifter överförs till Para-SoL.

PPM – punktprevalensmätningar

PPM, punktprevalensmätningar, där bestämda indikatorer för hälso- och sjukvård mäts, genomfördes två gånger under året 2023. Mätningarna visar att antalet äldre personer med blåsdysfunktion som har fått en aktuell basal utredning har ökat något men att alla boende inte har fått detta, vilket medför att korrekta åtgärder saknas hos en del boende. Målet för inkontinensområdet är att alla boende ska få en basal utredning och komplett hälsoplan som utvärderas regelbundet. Lokal rutin finns men en viktig förutsättning för att detta ska lyckas fullt ut är att hela teamet har utbildning inom området och vet vad som ska göras. Baspersonal saknar i nuläget rätt utbildning vilket är ett utvecklingsområden under 2024.

Nästa område i PPM- mätningarna är skyddsåtgärder. Mätningar visar att antalet personer med ett eller flera beslut om skyddsåtgärder har minskat något, att antalet individuella larm (rörelselarm) och sänggrindar minskat något, och att dokumenterat samtycke och hälsoplan kopplat till skyddsåtgärder saknas i några fall. Enligt lagen får skyddsåtgärder inte vidtas utan personens samtycke vilket leder till att målet för området är att samtliga beslut ska dokumenteras och utvärderas korrekt. Det är viktigt att besluten fattas i samråd med hela teamet, dag som natt, och att arbetsfördelningen blir tydlig om vem som gör vad. Med ett utökat team i rehabteamet förväntar verksamheten att mer kunskap når alla yrkeskategorier i teamen.

När det gäller vårdprevention (fall, trycksår, malnutrition och munhälsa) så har bedömningarna ökat på samtliga områden. Vid den senaste mätningen var riskbedömningar gjorda på följande sätt: fall 97%, trycksår 100%, nutrition 96% och munhälsa 95%. Antalet aktuella hälsoplaner vid risk var sammantaget något sämre: risk för fall 97%, risk för trycksår 95%, vid malnutrition 69% och förhöjd risk vid munhälsa 60%. Här kan tilläggas att det finns en dietist kopplat till verksamheten som kan konsulteras vid behov, samt ett bra samarbete med tandvårdföretag som kommer till boendet regelbundet och när behov uppstår.

Även smärtbedömningar ingår i PPM-mätningar. Nästan hälften 48% av alla boende på Rio hade en stående ordination på smärtstillande läkemedel, vilket är något färre än vid tidigare mätning då andelen var 57%. Vid den senaste mätningen hade 23% smärttillstånd som diagnos och 29% hade hälsoplan kopplat till denna. Vid tidigare mätning var diagnoserna 20% och hälsoplanerna 23%. Så en viss förbättring har skett men vidare arbete inom området behövs för att fler ska få optimal behandling och uppföljningar.

Avvikelser

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

Avvikelse	Antal (Inom parentes föregående år)	Exempel på förbättringsförslag
Fall	92 (108)	Se till den enskildes resurser för varje dag, varje moment, då det kan variera över tid och olika hjälpmedel eller skyddsåtgärder måste uppdateras beroende på den enskildes förmågor/ tillstånd.

Läkemedel	49 (39) (ej signerade läkemedel ingår inte i sammanställningen av avvikelser)	Bättre informationsöverföring i teamen och mer kunskap hos baspersonal om vad en utebliven dos kan innebära för den enskilde. Dialog med berörd personal sker.
Trycksår	2 (2)	Daglig översyn av hudkostym.
Vårdkedjan	6 (8)	Förbättra dokumentationen vid inskrivning ex. i de fall den enskilde ankommit utan läkemedel alternativt journal, om dialog skett med tidigare vårdgivare, och om det saknades skriftligt material från tidigare vårdgivare.
Specifik omvårdnad	6 (3)	Dokumentera uppföljning av sårstatus noggrannare; aktualisera ordinationer under sårläkningen.

Fallolyckor var även år 2023 de mest förekommande bland avvikelserna, därefter läkemedelsavvikelser, avvikelser i vårdkedjan och specifik omvårdnad. De flesta fallolyckor har inträffat i samband med egen förflyttning, att patienten har glidit ner från sittställning/säng, har tappat balansen, eller av oklar orsak hamnat på golvet. Många fallolyckor sker på grund av att patienten har en kognitiv svikt eller nedsatt insikt i sin egen förflyttningsförmåga. Då är det lätt att glömma bort att man ska använda rollator, larma efter, eller att vänta på hjälp från personal. Minskad ork är även en orsak till fall. Vid några tillfällen har rörelselarm stått felplacerat, eller ej varit påslaget enligt ordination, vilket medfört att personal inte larmats till plats i tid. De flesta av fallolyckorna ledde inte till någon skada förutom mindre skrapsår/sår, hematom, svullnad och/eller smärta. Några fall ledde till sjukhusbesök där fraktur kunde konstateras. Fallavvikelserna har behandlats på team/avdelningsmöten och insatser/åtgärder har blivit insatta och följts upp av teamen.

Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelser är uteblivna doser då baspersonal antingen glömt att ge patienten läkemedel, glömt att signera eller att det varit en oklar ansvarsfördelning eller bristande kommunikation mellan baspersonal. Avvikelser i specifik omvårdnad har oftast handlat om såromläggning, antingen utebliven eller felaktigt utförd. När det gäller avvikelser i vårdkedjan handlar de oftast om brister i överrapportering från den verksamhet den äldre kommer ifrån t.ex. perifer infart som inte tagits bort på sjukhuset,

suturtagning som ska genomföras, eller utebliven behandling på en mottagning trots att den äldre skickats dit enligt kallelsen. Även bristande information från läkare till biståndshandläggare har förekommit. De interna avvikelserna i vårdkedjan har vanligen handlat om rörelselarm som inte har fungerat och att felen inte har åtgärdats skyndsamt.

Klagomål och synpunkter

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

Ledningen är lyhörd för förslag och synpunkter från boende, anhöriga och medarbetare. Rutiner finns för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. Händelser på verksamhetsnivå analyseras på kvalitetsrådet.

Klagomål och synpunkter återkopplas omgående i form av telefon- och/eller mailkontakt eller i förekommande fall på ett möte så snart det går.

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

På Rio vård och omsorgsboende finns sjuksköterskor på plats dygnet runt vilket främjar patientsäkerheten. Det finns en god beredskap gällande oönskade händelser, störningar, i form av rutiner vid driftstopp. Det finns även en god kunskapsnivå om hur alla medarbetare ska agera vid samhällskris eller vid utbrott av smitta. Verksamheten har ett eget lager med skyddsutrustning, vatten, desinfektionsmedel och ett gott förråd av hälso- och sjukvårdsprodukter som räcker ca 1 månad.

Verksamhetens satsningar för att öka kompetens för all baspersonal vid förändrat tillstånd samt för att öka kunskap i SBAR gynnar patientsäkerheten.

Utifrån att verksamheten utvärderar arbetet beträffande patientsäkerhet med olika egenkontroller och arbetar aktivt med avvikelshantering samt kompetensutveckling så kommer verksamheten arbeta patientsäkert i framtiden men arbetet med patientsäkerhet måste alltid justeras utifrån att förutsättningarna förändras.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under år 2024 kommer våra fokusområden att vara:

Målområde för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål, strategier och planerade åtgärder för år 2024
<p>Dokumentation</p> <p>Alla patienter ska ha en korrekt hälso-och sjukvårdsjournal. Väsentlig dokumentation för den äldre ska återfinnas i socialdokumentation under rubriken Hälso och sjukvårdsinsatser. Det ska finnas en följsamhet till omvårdnadsprocessen.</p>	<p>Tydlig dokumentation i Vodok enligt ICF</p> <p>Stadsdelens processledare stödjer dokumentationsstödjare och övrig legitimerad personal på HoS-möten. Dokumentationen är en fast punkt på HoS-möten. Öka antal kollegiala granskningar.</p>
<p>Dokumentation</p> <p>Öka och synliggöra delaktigheten för den äldre och anhöriga i vård och omsorgen i Vodok</p> <p>Synliggöra dokumentation mellan Hälso-och sjukvårdsdokumentation och Sociala dokumentationen så att väsentligt och tydlig information delges till teamet på Rio vob.</p>	<p>Samverka med processledare och dokumentations stödjare för att få ökad kunskap till berörda professioner och frekvens om var dokumentation ska ske och vilka sökord som ska användas.</p>
<p>Diagnostisering av undernäring hos den äldre- Att förebygga och behandla undernäring. Målet med detta nationella kunskapsstöd är att personer med risk för undernäring identifieras innan undernäring uppstår och att personer som lider av undernäring eller har risk för undernäring tillförsäkras en näringstillförsel som anpassad efter deras behov.</p>	<p>Införandet av GLIM, bedömningsinstrument. (Global Leadership Initiative on Malnutrition Criteria) kommer ske i samarbete med förvaltningens legitimerade dietist. Införandet sker på HoS möten samt enskilt med verksamhetens sjuksköterskor.</p>
<p>Utveckla den palliativa vården och ett tidigt palliativt förhållningssätt.</p>	<p>Införa arbetsverktyget kortleken DöBra som är ett sätt att arbeta med att utveckla kompetens och stärka alla medarbetare för att bättre kunna hantera frågor som rör livets slutskede i samtal med den äldre. Det övergripande syftet med DöBra är att tidigt minska undvikbart lidande relaterat till döende, död och sorg och att pröva innovativa sätt att integrera stringent forskning med hållbara förändringsprocesser.</p>
<p>Alla medarbetare i verksamheten ska följa basala hygienrutiner och ha god kännedom om</p>	<p>Verksamheten ska vidmakthålla medarbetarnas kunskapsnivå genom att fortlöpande hålla web-baserade utbildningar samt workshop där</p>

arbete vid smitta och arbeta för att minska smittspridning.	färdigheterna tränas och kontrolleras i syfte att säkerställa god hygien och god kännedom om arbete vid smitta och smittspridning
Kontinensvård, alla patienter med blåsdysfunktion ska få en basal utredning och en komplett omvårdnadsplan.	Alla sjuksköterskor på Rio vob innehar kompetens i förskrivningsrätt Kunskapsöverföring kommer ske av upphandlat företag till baspersonal under året varefter samverkan i vilket kontinenshjälpmedel bäst appliceras för den äldre.