



Stockholms
stad

Patientsäkerhetsberättelse

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

2023



Datum 2024-02-27

Enhetschef Maria Lenner

Biträdande enhetschef, hälso- och sjukvårdsansvar: Dorota Kulik

Diarienummer:

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. Sveriges kommuner och regioner (SKR) har som stöd till verksamheterna tagit fram en mall för patientsäkerhetsberättelsen. Mallen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Patienten som medskapare.....	11
AGERA FÖR SÄKER VÅR.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	16
Säker vård här och nu	17
Riskhantering	17
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelser.....	18
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	25

SAMMANFATTNING

Väderkvarnen har under 2023 haft som mål att bedriva en kvalitativ och patientsäker vård där vi strävat efter ökat samarbete i tvärprofessionella team samt ökad delaktighet hos de patienter som bor på Väderkvarnens utförarenhet.

Verksamheten har under året fortsatt arbetet kring tvärprofessionella team genom fördjupade konferenser samt justering av rutinen för teammöte. Sjuksköterskor med ansvar för omvårdnad har expeditioner placerade på respektive avdelningar, där både relationer till patienter och omvårdnadspersonalen stärks för ökad patientsäkerhet.

Verksamheten har även fortsatt arbetat med följsamhet till rutiner för läkemedelshantering, avvikelshantering samt dokumentation, basala hygienrutiner.

Under hela året har det varit hög omsättning på legitimerad personal, och periodvis har verksamheten bemannats av inhyrd personal i hög grad i väntan på rekrytering, vid långvariga sjukskrivningar samt under sommarperioden.

Rekrytering av tillsvidare anställda sjuksköterskor var klar maj-2023 med antal 5 omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. Dock har verksamheten drabbats av långvariga sjukskrivningar i den gruppen under sommar- och höst/vinter-perioden, som resulterade i ett antal inhyrd personal.

Verksamheten hade utökad bemanning i sjuksköterskegruppen av 1 sjuksköterska som jobbade måndag-fredag under juni-augusti, för att kunna erbjuda kontinuitet och

Under 2023 har förändringar hos paramedicinarna skett och gruppen består av 2 team med 4 resurser, d.v.s. 2 arbetsterapeuter och 2 fysioterapeuter, som ingår i tvärprofessionella team på respektive avdelningar.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har under hösten stärkt sitt samarbete och då genom planeringsdagar.

Familjeläkarna fortsätter vara ansvarig läkarorganisation. Under hösten har en läkare tagit ansvar för hela verksamheten fördelat på 2 ronder per vecka. Under 2024 kommer vi fortsätta utveckla samarbetet med läkarorganisationen där verksamhetens behov och önskemål liggen i fokus, för ökad kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamheten har fortsatt arbetet med utveckling av dokumentation i Vodok 2.0 med fokus på vårdprocessen, där patientens delaktighet och önskemål tydliggörs/lyfts/efterfrågas.

Legitimerad personal har deltagit i dokumentationsträffar ca 1 gång/månad under höst-2023 samt hälso- och sjukvårdsmöte 2 gånger/månad där utvecklingsfrågor diskuterades samt utbildningstillfällena implementerades.

Registreringar i Senior Alert görs i mycket större utsträckning jämfört med 2022, där både sjuksköterskor och fysioterapeuter har behörighet för att genomföra bedömningar.

Det digitala signeringsverktyget APPVA har fortsatt att användas. Fokus i verksamheten har legat på att säkerställa rätt hantering av läkemedel genom utbildningar, delegeringar omvårdnadspersonalen samt följsamheten i rutinen. Detta arbete kommer att fortsätta under 2024.

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. Dessa är:

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2023 var:

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig och psykisk skada, sjukdom och dödsfall, vilka hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Vårdtagare och närstående ska ges möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar och erbjudas delaktighet i utformande och innehåll i den vård och omsorg som ges. Samverkan med vårdtagare ska vara en del i det naturliga utvecklingsarbetet.

Verksamhetens mål är även att uppmärksamma händelser som kunde leda till risk till vårdskada eller vårdskada hos patienter och förmedla detta till externa utförare/vårdgivare och samarbetspartner.

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 Norrmalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen¹, för de verksamheter som bedrivs i egen regi i stadsdelen.

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

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar

Kravet på att verksamhetschef ska finnas ”där hälso- och sjukvård bedrivs” och är reglerad i lag och förordning¹. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård- och omsorg ska

samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) så att vården bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. 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. Om verksamhetschef saknar formell kompetens att utföra detta får verksamhetschef enligt 4 kap. 5 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) uppdra genomförandet till någon annan. Ansvaret för att uppgifterna genomförs ligger alltid kvar på verksamhetschef.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans funktion är reglerad i lag och förordning¹ och innebär att MAS ansvarar 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 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.

Enhetschef

På Väderkvarnen är enhetschef också Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården samt omsorgen. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens 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.

Biträdande enhetschef

På Väderkvarnen finns fyra biträdande enhetschefer med uppdelat ansvar för avdelningar och personal. Biträdande enhetschefer ansvarar för att i samråd med verksamhetschef upprätta och dokumentera samtliga lokala rutiner, regler och arbetssätt.

Se till att rutiner, regler och arbetssätt är tillgängliga för medarbetarna och tillämpas.

Följ upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Försäkra sig om att egenkontrollerna är tillräckliga och att arbetsmetoder och rutiner överensstämmer med krav på en god och säker hälso- och sjukvård.

Biträdande enhetschef med HSL-ansvar

Biträdande enhetschef med HSL-ansvar är närmaste chef för den legitimerade personalen och särskilt ansvarig för att hälso- och sjukvården bedrivs enligt gällande regler och rutiner samt att följa upp, analysera och vidta åtgärder vid behov.

I ansvaret ingår ledningsuppgifter som delegeras av verksamhetschef:

- Ansvara för att regler och rutiner för hälso- och sjukvårdsdokumentation efterlevs i verksamheten.
- Ansvara för hantering av läkemedelsförråd enligt gällande regler och rutiner.
- Ansvara för att narkotikakontroll sker enligt rutiner och ansvarsfördelning.
- Ansvara för att årlig service och kontroll av medicintekniska produkter utförs enligt regler och rutiner.

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. Vissa hälso- och sjukvårdsinsatser delegeras till omsorgspersonalen som inom sin delegering utför hälso- och sjukvård.

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 stödande 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 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)

Intern samverkan

Samverkan sker med stadsdelens MAS: både gällande individärenden och för fortsatt utveckling av rutiner, egenkontroller och arbetssätt.

Team-möten: teamsamverkan där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut deltar tillsammans med baspersonal/kontaktpersoner. Vid behov ansluter andra funktioner till teamsamverkan t ex läkare, dietist och biträdande enhetschef.

Kvalitetsråd: Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå på kvalitetsråd. Externa avvikelser, t ex avvikelse i vårdkedjan, hanteras av MAS och skickas till annan vårdgivare/huvudman i dialog med verksamhetschef. Avvikelserna i vårdkedjan hanteras i olika samverkansmöten mellan regionen och staden.

Extern samverkan

Vårdhygien Stockholm

Fothälsovård: De brukare som får fotsjukvård på remiss behandlas av LT Fot och Hälsa gruppen.

OralCare: har i uppdrag från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen att utföra munhälsobedömning. Vid behov utför de även nödvändig tandvård. Tid bokas in via sjuksköterska eller kontaktperson.

Säker läkemedelshantering: Förvaltningen har avtal med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering, denna genomförs en gång per år och bokas av MAS. Deltar gör MAS, biträdande enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och utvalda medarbetare. Samverkan med representanter från APPVA sker 1-2 gånger/ år gällande utveckling och utbildning av systemet för digital läkemedelssignering. Recaremed har ansvar för läkemedelsavfall och för stickande/skärande avfall.

Läkarorganisation: Verksamheten samarbetar med Familjeläkarna. Rond med ansvarig läkare genomförs 2 gånger per vecka. Tillgång till jourläkare utanför kontorstid finns.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet är hantering av information för önskad tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet. Ett mål för verksamheterna är att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienten som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt.

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 och 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.

Skydd av nätverk

Stadens IT-system nås via trådlöst nätverk i verksamheten. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta är 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 vid klassning av i de system som verksamheten använder.
- Informationssäkerhetsinstruktion för medarbetare och ledning
- Säkra digitala möten
- Kontrollerade behörigheter för vikarier.
- Kontroller att behörigheter plockas bort när personer inte arbetar kvar
- Säker e-posthantering för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt.
- 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 utbildning i informationssäkerhet och dataskyddsförordning.

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation

Kontinuerliga loggkontroller genomförs i dokumentationssystemet Vodok för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller i verksamhetssystemet NPÖ görs av HSL-ansvarig chef för att kontrollera om obehörig personal kommit åt uppgifter om patienter de inte har en vårdrelation till.

Verksamheten har inte haft avvikande händelser vid loggkontroller. Loggkontroller i NPÖ kunde inte genomföras under 2023 trots flertal försök med IT-ansvariga på förvaltningen. Biträdande enhetschef med HSL-ansvar har fortfarande inte fått åtkomst för att kunna utföra kontroller.

En god säkerhetskultur

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

Verksamheten har fortsatt arbetet med att öka kunskap och engagemang kring identifiering av händelser, som kan leda till risk för vårdskada hos patienter. Kvalitetsrådet genomförs, där man kunde konstanterna underrapportering av avvikelser och behov av stärka kvalitetsombudens roll.



Legitimerad personal har fått utbildning av MAR i hantering av händelse som kan leda till vårdskada. Verksamheten har rutiner för avvikelshantering samt Kvalitetsråd och under 2024 kommer att arbeta med följsamheten till rutiner samt ha ett mål att öka antal rapporterade händelser.

En annan viktig del i en god säkerhetskultur är en väl fungerande teamsamverkan. Verksamheten har sedan vår 2023 jobbat med att omvårdnadsansvariga sjuksköterskor utgår från respektive avdelning och jobbar nära till både patienter, deras anhöriga och övrig personal.

Med tydlig ansvarsfördelning har verksamheten kunnat säkra att patienter får den vård de är i behov av samt önskar. Även förstärkning av relationer till närstående har legat i fokus, där de oftast utgör en resurs och kan ge en bild av patientens bakgrund, som kan lägga till grund för säker och individanpassad vård och omsorg.

Verksamheten har hanterat synpunkter och klagomål noga och med följsamhet i processen för hantering för den typen av händelser. Det har konstanternas en minskning av rapportering av synpunkter/klagomål från anhöriga samt ökad nöjdhet under höst-2023 jämfört med vår-2023.

Verksamheten har sedan hösten inled anhörigträffar på respektive enheter, som kommer att fortsätta under 2024. En av sjuksköterskor kommer att gå en reflektionshandledarutbildning under vår/höst 2024.

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.



Väderkvarnens utförarenhet har under 2023 haft 5 omvårdnadsansvariga sjuksköterskor som har delat ansvar mellan följande enheter: profilboende (äldre psykiatri), demensboende, somatiken, servicehus och socialpsykiatri (Malmskillnadsgatans boende).

Vid rekrytering under våren har vi tagit hänsyn till avdelningarnas inriktning, tidigare erfarenhet och matchande kompetens hos sökande sjuksköterskor

Det finns specialistkompetens i sjuksköterskegruppen, både inom psykiatri samt som distriktsköterska. En stor erfarenhet inom äldreomsorg och att arbeta i kommunal verksamheten identifierar nuvarande sjuksköterskegrupp. I paramedicinergupp har alla minst 1 år erfarenhet av äldreomsorg.

Under höst 2023 utbildades en del av legitimerad personal i BPSD som administratörer, med implementering av ett arbetssätt.

En stor del av legitimerad personal har genomgått en utbildning i psykisk ohälsa hos äldre under året. 4 sjuksköterskor som jobbar dag/kväll har utbildas i sårvård, i januari 2024 planeras ytterligare 2 genomgå samma utbildning.

Vi har en fysioterapeut som har handledarutbildning 7,5 HP. En arbetsterapeut har genomfört första steget i utbildningen och kommer fortsätta med nästa steg under 2024. 2 sjuksköterskor och 2 arbetsterapeut och 1 fysioterapeut har gått på föreläsning kring mottagande av studenter.

Legitimerad person har till hjälp i sitt dagliga arbete tillgång till dietist, MAS och MAR på förvaltningen.

Verksamheten kommer under våren 2024 ha tillgång till träningsrum som tillhör Metodikum med placering på servicehuset. Förflyttningsutbildningar kommer att hållas minst 1 gång/månad av fysioterapeuter och arbetsterapeuter för övrig personal. Det planeras även kartläggning av behov av utbildningsinsatser för undersköterskor och genomförande av utbildningar kring vitala parametrar, sårvård m.m.

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.



Alla patienter har en genomförandeplan, där överenskommelsen om innehåll i vården och omsorgen framgår. Närstående är en viktig resurs, särskilt där patienter inte själv kan uttrycka sina önskemål. . Levnadsberättelsen ska ge information om bakgrund, intressen och copingstrategier dvs viktiga händelser i livet som påverkar patientens förmågor och nuvarande situation.

Insatser i genomförandeplanen uppdateras kontinuerligt var 6:e månad tillsammans med patienten på ett sätt så att hen blir medskapare av sin egen vård och omsorg, där insatserna utformas i ”jag”-form. Verksamheten har rutiner gällande inflyt, där teamet samlas på uppstartsmöte, innan en patient flyttar. Vid inflyt får patient och närstående skriftlig och muntlig information gällande verksamheten, måltider m.m. samt hantering av synpunkter och klagomål.

Redan dag 1 träffar alla patienter sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut samt omvårdnadspersonal/kontaktman, där inskrivningssamtal genomförs och initiala bedömningar erbjuds. I samband med det förmedlas hur synpunkter och klagomål tas emot och hanteras.

Teamet använder checklistor i samband med inflyt, som är anpassade efter specifika yrkeskategorier. Inom 14 dagar från inflyt bjuds patienter och närstående till vårdplaneringsmöte, som utgår från en agenda och där tvärprofessionella teamet planerar för vård och omsorg med patientens behov och önskemål i fokus. Patienter erbjuds även fördjupade bedömningar, undersökningar och träffar ansvarig läkare vid inskrivning och därefter efter behov på rond.

Varje månad skickar enhetschef närståendebrev med generell information. Närstående bjuds in vid flertalet tillfällen under året till anhörigfika på respektive avdelningar.

Hantering av synpunkter och klagomål sker kontinuerligt av biträdande enhetschefer, och utifrån allvarlighetsgrad skrivs avvikelser.

Allvarliga eller risk för allvarliga vårdavvikelser utreds av MAS/MAR tillsammans med biträdande enhetschef med HSL-ansvar. De åtgärder som vidtas förmedlas till berörd uppgiftslämnare. Alla andra avvikelser utreds av biträdande enhetschef med HSL-ansvar med berörd personal i verksamheten.

På Väderkvarnen finns ett kvalitetsråd bestående av kvalitetsombud och biträdande enhetschef med HSL-ansvar som träffas en gång i månaden. Vid kvalitetsrådet tas avvikelser upp, både som statistik och som underlag för gemensam utredning. På det sättet involveras medarbetare i utvecklings- och förbättringsarbete.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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 har genomfört egenkontroll enligt MAS/MAR riktlinjer:

Egenkontroller 2023	Omfattning	Källa
Dokumentation	Två gånger per år	Egenkontroll enligt framtagen struktur/mall
Loggkontroller	Månadsvis	Logglistor i Vodok 2.0
Riskbedömningar fall, trycksår, nutrition och munhälsa	Två gånger per år Samt oftare vid behov	Sammanställning i journalsystemet Vodok 2.0
Basala hygienrutiner och klädregler	Två gånger per år	Observation
Avvikelser	Månadsvis	Sammanställning i journalsystemet Vodok 2.0
Läkemedelshantering	En gång per år	Protokoll extern granskning
Kontroll av signerade läkemedelsinsatser	En gång per månad	APPVA
Kontroll av personbunden narkotika	En gång per månad och vid behov	Narkotika journaler

Under hösten 2023 har vi genomfört granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i Vodok 2.0, samt i Parasol gällande genomförandeplan och dagliga anteckningar.

Resultat av granskningen i Vodok 2.0 påvisar att samtycke gällande informationsöverföring, behandling m.m. inhämtas, som framgår av dokumentationen. Användning av analysverktyg i journalsystem under rubrik: Kartlagt hälsotillstånd har ökad, där behov/diagnos/risk framgår och ställningstagande till fortsatt vård antecknas.

Under 2024 behöver vi jobba med att vårdprocessen och dess följsamhet framgår tydligt samt att bara aktuell information finns i patientjournalen. Följsamhet i rutin för teammöte behöver framgå i dokumentation, både i Vodok 2.0 samt Parasol.

Av granskningen i SOL-dokumentationen framgår att genomförandeplanerna upprättas inom 15 dagar, löpande anteckningar finns, namngivna kontaktmän och vice finns beskrivet samt att det framgår beskrivning av livsstilsönskemål/aktiviteter etc.

Vi har konstaterat att det finns en del utvecklingsbehov i följande område: beskrivning av individuell måltidssituation, insatser nattetid, tydliga veckosammanfattningar, beskrivning hur munvård ska utföras.

Under 2024 fortsätter utveckling av dokumentationen, där risker och vård och omsorg kan följas i SOL- och HSL-system.

Loggkontroller görs av biträdande enhetschef med HSL-ansvar varje månad och har inte varit avvikande.

Riskbedömningar utförs var 6:e månad eller vid behov. Senior Alert används i större utsträckning jämfört med 2022. Både sjuksköterskor och fysioterapeut har behörighet för att registrera bedömningar.

Basala hygienkontroller och klädkontroller genomförs 2 gånger/år. Periodvis genomförs satsningar för att bibehålla och öka kunskap kring basala hygienrutiner i form av handledning av personalen på plats, genomgång av digitala utbildningar, skapande av diskussioner på APT, avdelningsmöte, hälso- och sjukvårdsmöte, information i veckobrev. Verksamheten minst 1 gång/vecka delar ut skyddsmedel, som munskydd, desinfektionsmedel m.m. till respektive enheter.

Avvikelse sammanställs av biträdande verksamhet med HSL-ansvar en gång/månad vid sammanställningsfunktion i Vodok 2.0, information gällande SOL-avvikelse i samråd med övriga biträdande enhetschefer, rapporter från digitalt signeringssystem i Appva. Detta presenteras på Kvalitetsrådet där möjliga orsaker diskuteras och goda exempel lyfts i syfte för kollegialt lärande. Under våren 2024 planerar vi stärka kvalitetsombudsrollen med nätverksträffar. En sjuksköterska i verksamheten har rollen som kvalitetsansvarig och kommer med en representant från rehab-gruppen stödjande biträdande enhetschef med HSL-ansvar vid utredningar och hantering kring registrerade hälso- och sjukvårdsavvikelse.

Läkemedelsgenomgång utförs under september-2023 i verksamheten som godkänns med mindre åtgärder som verksamheten har jobbat kontinuerligt under 2023 och fortsätter 2024. Nästa läkemedelsgenomgång utförs i april-2024.

Verksamheten har rutiner för kontroll av signerade läkemedelsinsatser i Appva och sjuksköterskor, omvårdnadspersonalen samt biträdande enhetschefer jobbar kontinuerligt för att minimera avvikelser. I slutet av 2023 sätts som mål att varje enhet uppnår 95 % i att signera aktiviteter för läkemedelshantering i tid. Detta kommer att fortsätta under 2024.

Under vår/sommar 2023 har kontroll av personbunden narkotika genomförs varje vecka. Detta p.g.a. det upptäcktes vid tidigare kontroller svin på mediciner.

Under uppföljning av dåvarande MAS kunde kontrollera har kunnat minskas till 2 gånger/månad och sedan december 2023 utförs kontroller 1 gång/månad. Inga mediciner saknas under utförda kontroller. Datum för när räkningen ska genomföras framgår tydligt av Att göra lista i Vodok 2.0 för sjuksköterskor.

I slutet av året införs ny mall för patientjournal för narkotikaklassade läkemedel.

Varje tjänstgörande sjuksköterska har personligt tagg för ingång till läkemedelsförråd samt digitala medicinskåp i förrådet samt hos patienter, som ökar spårbarhet och säker hantering av läkemedel. Vikarier och inhyrd personal har via inloggning i digitalt nyckelskåp möjlighet att hämta en tagg vid behov. Personliga taggar fungerar i 12 timmar och behöver aktiveras efter den tiden.



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

1. Identifiering

Under våren 2023 identifierade vi en stor del av patienter med behov av kontinuerliga behandlingsinsatser gällande sår, kroniska bensår. Planerade insatser utfördes flertal gånger per vecka. En stor del patienter kunde även identifieras med risk för undernäring och var i behov av samordnade insatser kring nutritionen.

2. Analys

Stor omsättning av sjuksköterskor under våren 2023, med flertal konsulter från bemanningsföretag under rekryteringstiden. Kompetensen i området varit varierande hos dem samt kontinuiteten av omvårdnadsansvar nedsatt. Det har varit svårt att följa vårdprocessen från aktuell funktionsbeskrivning till utvärdering av åtgärder, hälsoplaner skapades i mindre utsträckning trots identifierade behov/ problem.

3. Åtgärder

Rekrytering av omvårdnadsansvariga sjuksköterskor samt möjliggöra en längre introduktion enligt introduktionsmall för legitimerad personal. Vi har utökad sjuksköterskebemanning under maj-augusti månad under dagtid måndag-fredag. Vi har jobbat med att revidera rutiner för teamarbete och möjliggöra en fördjupad analys och sammanställning av varje patient genom att samordna Konferensdagar för hela team utifrån specifika boendeformer. Vi har jobbat med att stärka hälso- och sjukvårdsgruppen genom tydliga ansvarområden, planeringsdag samt utbildningsinsatser i psykisk ohälsa, BPSD, såromläggning samt dokumentationsstöd. Hälso- och sjukvårdsmöte genomförs varannan vecka.

Vid kroniska sår har läkaren involveras och remisser skickades till externa vårdgivare för konsultationer.

Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har jobbat med riskbedömningar och involverat teamet i resultaten. Dietisten konsulteras i de fall där specialist kompetens behövs.

Verksamheten planerat utbildningstillfälle för omvårdnadspersonal med dietist utifrån nutritionsbehandling för att bryta nattfasta. Det planeras insatser för att ge inspiration och kunskap kring mellanmål.

4. Uppföljning av åtgärd

Antal sår, som kräver kontinuerliga behandlingsinsatser har minskat under hösten/vinter jämfört med våren 2023. Följande troliga bakomliggande orsaker har identifierats:

Stabil sjuksköterskegrupp med tydlig ansvarsfördelning.

Stabil rehab-grupp i nära samarbete med övriga i team kring patienter.

Ökad kompetens gällande sårvård inom äldreomsorgen samt tidig identifiering av risker för patienter. Ökad tvärprofessionellt teamarbete, som behöver fortsätta att stärkas i alla leder under 2024.

Verksamheten har jobbat aktivt att uppmärksamma uppkomna sår under vårdtiden hos andra vårdgivare genom att skriva externa avvikelser.

Diagram nedan visar statistik över antal identifierade sår samt behandlande ordinationer med underrubrik: Sårvård. Första perioden omfattar 15-30/4 samt uppföljning under 15-30/11. Källa: anteckning i HSL-journal Vodok 2.0 över patienter som hade pågående vårdtid på Väderkvarnen under båda perioder.



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

Under året har en händelse anmälts till IVO enligt lex Maria gällande trycksår och kontrakturprofylax. Händelsen som anmälts till IVO handlade om att rutiner vid inflyttning inte följdes avseende riskbedömningar och åtgärder vid trycksår vilket ledde till att trycksår som patienten hade vid

inskrivningen förvärrades. Anmälan handlade även om bristande följsamhet till rutiner för delegering avseende kontrakturprofylax vilket ledde till profylaxen inte utfördes vilket hade kunnat leda till att patienten fått kontrakturer.

Bakomliggande orsaker kunde identifieras som bristande kunskap hos tjänstgörande sjuksköterska, som hade omvårdnadsansvar för patienten i samband med inskrivningen, gällande behandlande madrasser samt bristande följsamhet kring rutinen vid inskrivning och bristande dokumentation i system Vodok 2.0. i samband med upprättande av hälso- och sjukvårdsjournal. Det har även identifieras bristande följsamhet kring rutin för delegering av kontrakturprofylax.

Verksamheten har kontinuerligt jobbat med åtgärder, genom att implementera och säkra följsamhet i rutiner för inskrivning, överrapportering, delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser samt genom att säkra kontinuitet av omvårdnadsansvar och stärka tvärprofessionellt teamarbete.

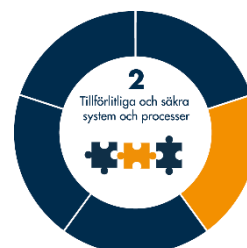
IVO bedömde att verksamheten har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelsen samt att vi har vidtagit och planerat att planera åtgärder för att hindra att något liknande inträffar.

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 under sommaren 2021. Hösten 2022 besökte inspektörer från IVO verksamheten, de intervjuade 2 patienter, 3 sjuksköterskor och ledning. Slutrapport har påvisat identifierade brister, som t.ex. den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften, den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning, dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk, det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. På Väderkvarnens utförarenhet har arbetet med åtgärder inkluderas i åtgärdsplanen.

Verksamheten har arbetat under 2023 för att säkerställa att omvårdnadspersonalen får kunskap kring hantering av läkemedel, utförande av hälso- och sjukvårdsuppgifter genom delegering. Introduktionen för nyanställda har skett enligt mall för introduktionen. Under våren 2023 anställdes en ny grupp sjuksköterskor, i majoriteten med stor erfarenhet av äldreomsorg samt dokumentationssystem Vodok 2.0. Hälso- och sjukvårdspersonalen har fått kontinuerliga genomgångar av dokumentation och vårdprocess i form av dokumentationsträffar. Detta arbete kommer att pågå under kommande år 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.



Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – QUSTA

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i verksamheten med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning

deltar chefer och legitimerad personal som presenterar sitt resultat av egenkontrollen och lyfter styrkor liksom utvecklingsområden. Resultatet bedöms av MAS/MAR och återkopplas till verksamheten. I årets upplaga har området psykisk hälsa lagts till, för att täcka in hela människan.

Resultat: Uppföljningen genomfördes i november 2022. Sammanfattning av stadsdelens MAS/MAR har påvisat att verksamheten har i sin egenkontroll lyft fram sina styrkor där det bland annat framförs att verksamheten har bra rutiner att utgå ifrån, men att viss implementering kvarstår. De framhåller även att de gjort ett omtag kring delegeringsförfarandet. Hälso- och sjukvårdsgruppen lyfter att de har ett bra arbetsklimat och beskriver sina kollegor och baspersonal som kompetenta medarbetare.

Stadsdelens MAS och MAR bedömning är att Väderkvarnen har flera utvecklingsområden som alla är medvetna om. Generellt behöver verksamheten uppdatera sina lokala rutiner samt genomföra egenkontroller som sedan använder resultatet av. Verksamheten har höga ambitioner kring sitt utvecklingsarbete och bedöms ha goda förutsättningar att lyckas med dessa i och med att hälso- och sjukvårdspersonalen snart är fulltalig och att chef för hälso- och sjukvård endast ska arbeta med den arbetsgruppen.

Under 2023 har verksamheten förstärks med en ny grupp sjuksköterskor samt paramediciner, där biträdande enhetschef med HSL-ansvar är ledningsansvarig bara för hälso- och sjukvårdsgruppen. Kontinuiteten har varit bra sedan vår/höst 2023 där implementeringen och revidering av rutiner kunde fortsättas jobba med. Revidering av följande rutiner har gjorts: teamarbete, kvalitetsrådet, läkemedelshantering samt delegering. Nya arbetssätt har implementeras i verksamheten under 2023 och kommer fortsätta även under 2024, däribland tvärprofessionell teamsamverkan, stärka rollen av ombud, BPSD, utveckla användning av Appva. Verksamheten bedöms ha satt bra grund under hela 2023 för utvecklingsarbete som ska pågå framöver.

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.



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.

På Väderkvarnen har stor del av våren 2023 handlat om rekrytering samt introduktion av ny anställda sjuksköterskor samt att möjliggöra för de att utöva omvårdnadsansvar och ha samarbete med övrig personal i team kring patienter. Bristande kontinuitet, både i hälso- och sjukvårdsgruppen samt ledningen kan orsaka risker för att systematiskt kvalitetsarbete inte utförs och detta påverkar patientsäkerheten.

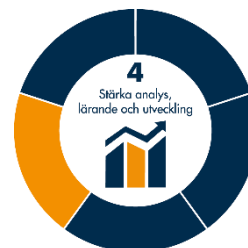
Vid behov av externa sjuksköterskor från bemanningsföretag har vi satsat på kontinuitet och försökt anställa egna vikarier under längre sjukskrivningsperioder eller vid pågående rekryteringar under höst 2023.

Vi har kunnat bemanna i stor utsträckning genom att utfärda reservkort samt ordna med nödvändiga behörigheter samt åtkomst till våra gruppdiskar. Dock har vi identifierat några risker, där sjuksköterskor med behörighet i olika stadsdelar kunde inte få ett konto hos oss. Detta har uppmärksammat till förvaltningens IT-system i stadsdelen samt hälso- och sjukvårdsledningen i förvaltningen. Eventuellt införande av vikariekort kommer att provas under 2024.

Sjuksköterskeexpedition i entréplan gjordes om till gemensam plats för hela hälso- och sjukvårdsgruppen, där paramediciner fick sina arbetsplatser flyttade dit. Det skapades särskilda arbetsplatser för sjuksköterskor på avdelningen för att ha närhet till patienter, anhöriga samt omvårdnadspersonal. Vi fortsätter under kommande år att flytta aktskåp till varsin avdelning med hälso- och sjukvårdspärmar. I sjuksköterskerollen ingår omvårdnadsansvar över boende, samt handledning av övrig personal utifrån sin kompetens. Genom att möjliggöra närhet och kontinuitet har verksamheten kunnat minska risken för allvarliga skador och vårdskador hos patienter. Efter önskemål från sjuksköterskegruppen har även omlägningsförråd flyttat för att underlätta åtkomsten av material vid behov samt att vi har bättre kontroll över beställningar som görs.

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.



Avvikelser

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

Utifrån informationen av sammanställning av avvikelser i verksamheten under 2023 framkommer följande:

- Fall: 90 händelser i Avvikelsemodulen i Vodok och i slutgiltig bedömning att 1 har lett till en allvarlig skada
Verksamheten har uppmärksammat att processen vid hantering av avvikelser behöver säkras och att alla fallavvikelser registreras i modulen.
- Läkemedel: 29 händelser i Avvikelsemodulen, ingen lett till allvarlig vårdskada
Fåtal avvikelser gällande läkemedel registreras i modulen och verksamheten kommer att fortsätta uppmärksamma avvikelser utifrån statistik i Appva-signeringsverktyg
- Specifik omvårdnad: 5 händelser i Avvikelsemodulen
1 av händelser har lett till vårdskada, avslutas utan anmälan till IVO
1 händelse anmäls till Ivo, som avslutar ärendet (se Ivo anmälan)
- Trycksår: 2 avvikelser i Avvikelsemodulen
1 av händelser anmäls till Ivo, som avslutar ärendet
- Vårdkedja: 4 avvikelser i Avvikelsemodulen
Verksamheten har under året arbetat med att uppmärksamma händelser som kunde leda till risk för- eller allvarlig vårdskada, registrera de samt ta upp på individ-, grupp- och

organisationsnivå. Kvalitetsrådet har sedan mars skett regelbundet och under 2024 är redan planerat i verksamhetens kalender varje månad.

Kvalitetsombudens roll kommer att stärkas genom nätverksträffar ca 2-3 gånger per termin. En sjuksköterska har roll som kvalitetsansvarig och en representant från paramediciner samverkar under Kvalitetsrådet. Ett nytt arbetssätt införs under våren 2024 med sammanställningar av avvikelser i operativ ledningsgrupp (biträdande enhetschefer) för att kunna ha en övergripande information över händelser samt att kunna följa åtgärder och utreda händelser.

Målsättning för 2023:	Resultat av utförda insatser:	Åtgärd för vidare arbete 2024:
Appva-fortsatt utveckling och egenkontroll. Utökning med aktiviteter och utevistelse.	Införandet klart. Ökad följsamhet i rutin för delegering samt signering	Implementering av signeringslistor kring insatser/åtgärder Samverkan med systemansvariga 2 g/år
Säkerställande av följsamhet till de basala hygienrutinerna genom regelbundna egenkontroller	Behov av att påminna att följa basala hygienrutiner, ge goda exempel och vara en förebild.	Återkommande obligatorisk web utbildning för samtlig personal. Stärka hygienombudens roll
Fortsätta arbetet med dokumentation i Vodok utifrån vårdprocessen samt att det finns en röd tråd i HSL och SOL-journal. På boende där man finner risk ska en hälsoplan upprättas och kontinuerligt följas upp och revideras	Egenkontroll i HSL-journal påvisar styrkor i personalens kontinuitet samt utvecklingsområde i att jobba utifrån vårdprocessen och ”städa” journalen. Egenkontroll dokumentation, sk ”röda tråden” påvisar att det finns vissa brister, särskilt där det finns risker för patient och detta uppmärksammas inte i genomförandeplan.	Hälso- och sjukvårdsgruppen har utbildningstillfälle och handledning i dokumentation av varandra och biträdande enhetschef med HSL-ansvar. Processledare har börjat på förvaltningen, som kan stödja verksamheten. Teammötesstrukturen har anpassats och sammankallande är sjuksköterska samt biträdandechef. Mötena planeras för hela terminen och meddelas till övriga i team.
Fortsätta att aktivt arbeta med uppföljning och revidering av enhetens rutiner	Revidering har skett och implementering under hälso- och sjukvårdsmöte. All hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till gemensamma diskar, vikarie får åtkomst och introduceras utifrån rutiner.	Fortsätta att gå igenom aktuella rutiner och förankra i HSL-gruppen samt revidera till ny mall.

<p>Fortsätta arbeta med utveckling av vården i livets slutskede med fokus att utveckla det palliativa teamets roll i verksamheten</p>	<p>Nätverksträffar har skett under 2023. 2 undersköterskor har blivit specialistutbildade inom palliativvård.</p>	<p>Fortsätta med nätverksträffar samt formulerar ansvar och använda specialkompetensen hos undersköterska.</p> <p>Utbilda fler av personalen i palliativ vård samt att samtala om döden.</p>
<p>Kompetenshöjande insatser för legitimerad personal i delegering, handledning, förskrivning av inkontinenshjälpmedel och nutrition, sårvård, BPSD</p>	<p>Sjuksköterskorna har fått individuella ansvarsområden.</p> <p>Utbildning av BPSD klart.</p> <p>Delegeringar ordnas och följs upp av legitimerad personal.</p> <p>Utbildning i sårvård för sjuksköterskor klart.</p> <p>Handledningsutbildning pågående.</p>	<p>Delegeringsrutinen ses över av stadsdelens MAS med möjlighet att ge utbildning via apotekets utbildning.</p> <p>Handledningsutbildning- ska fortsätta med stepping stone av legitimerad personal.</p> <p>Inkontinenshjälpmedel- planerat genomgång med produktspecialist från Tena med sjuksköterskor samt omud.</p> <p>Flera av legitimerad personal ska utbildas i BPSD.</p> <p>Öka samarbete med stadsdelens dietist kring konsultation kring patienter, workshop och utbildningsinsatser.</p>

Verksamheten arbetar riskförebyggande och har system för patientsäkerhetsarbetet inom följande områden:

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete:	Analys/beskrivning:	Utförande:	Uppföljning:
Säker läkemedels- och narkotikahantering	Verksamheten ska följa de riktlinjer som finns upprättade för att ha en säker hantering av samtliga läkemedel	Genomgång av reviderad rutin för läkemedelshantering. Veckovisa kontroller av narkotikaklassade preparat har minskat svinn. Årlig apoteksgranskning Säkerhantering av personliga läkemedel som förvaras i patientens lägenhet i digitalt medicinskåp med åtkomst för personal med delegering och personlig inloggning.	Verksamheten har inget svin i narkotikaklassade preparat och gör kontroll 1 gång/månad Verksamheten har bra spårbarhet och behörighet till läkemedelsrummet och mediciner ges individuellt med personligt tagg. Årets apoteksgranskning visade att verksamheten behöver se över rutiner och säkerställa att delegeringsordningen sker på ett säkert sätt.
Följsamhet till basala hygienrutiner	Finns digital utbildning som är obligatorisk för alla.	Informationen mailas ut till samtlig personal i veckobrev när det är dags för digitala utbildningen.	Efter genomgången utbildning lämnas diplom till ansvarig chef. Uppmärksammas vid behov på APT, avdelningsmöte och goda exempel uppmärksammas
Fall	Fall ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och hantering av avvikelser.	Varje händelse tas upp i teamet runt patienten. En gång per månad tas övergripande information kring avvikelser på kvalitetsråd.	Fallavvikelser tas upp på flera nivåer och sammanfattas på Kvalitetsrådet. Teamet jobbar enligt rutiner för hantering kring avvikelser.

Undernäring	Undernäring ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och registreras i form av riskbedömningar.	Risken bedöms utifrån bedömning som görs var 6:e månad eller vid behov. Var riskbedömning tas upp i teamet runt patienten där man planerar åtgärder. Vid behov tillkallas dietist.	Uppföljningen sker utifrån planerade insatser på individnivå.
Trycksår	Trycksår ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och hantering av avvikelser.	Bedömning av risk för trycksår görs var 6:e månad eller vid behov. Förankras i teamet runt patienten där man planerar insatser. Behandlande madrasser används vid behov samt lägesändring och andra individuellt anpassade insatser.	Uppföljningen sker utifrån planerade insatser på individnivå.
Kontinens	Bedömning av blås- och tarmfunktion ingår i systematiska kvalitetsarbetet.	Bedömning av risk görs var 6:e månad eller vid behov.	Uppföljningen sker utifrån planerade insatser på individnivå. Utbildningsinsats planeras under 2024.
MTP	Service och kontroll sker kontinuerligt enligt rutin för MTP.	Extern service via Etac sker varje och vartannat år (för sängar). Periodisk inspektion görs var 6:e månad av legitimerad rehab.personal. Inventarieförteckning finns.	Uppföljning sker enligt rutiner.
Informationsöverföring mellan olika vårdgivare	Skер vid överrapportering, vid ronder, vid teammöten.	Finns en checklista för att säkerställa att informationsöverföring sker på ett korrekt sätt.	Uppföljning sker enligt rutin. Samverkan mellan verksamheten och läkarorganisation sker kontinuerligt och vid behov.
Kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare	Skер vid ankomstsamtal, teammöte, vårdplanering,	Rutin finns för intern och extern samverkan.	Uppföljning sker enligt rutin. Dokumentation sker regelbundet.

	samverkan med andra vårdinstanser.		
Specifik omvårdnad/rehabilitering	Sker vid individuell bedömning av legitimerad personal.	Bedöms utifrån patientens individuella behov och funktioner. Kan delegeras vid behov till omvårdnadspersonal efter individuell bedömning och i enlighet med riktlinjer.	Uppföljning sker utifrån planerade insatser t ex specifik funktionsträning.

Klagomål och synpunkter

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

Förvaltningen har en rutin för hantering av inkomna klagomål och synpunkter. Klagomål och synpunkter kan komma från boende, närstående antingen direkt eller via IVO (Inspektionen av vård och omsorg) eller Patientnämnden. Alla som tar emot ett klagomål och arbetar i egen regi ska diarieföra, utreda och besvara klagomålet på lämpligt sätt. De klagomål som inkommit till Väderkvarnen har berört brister i medicinska beslut och läkemedelsbehandling samt svårigheter i kommunikation och informationsöverföring. Alla klagomål har utretts och den klagande har fått ett svar.

Enhetschef har det övergripande ansvaret för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. Återkoppling med redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder lämnas inom 14 dagar till den som inkommit med synpunkt/klagomål.

Verksamheten har tagit emot 3 stycken synpunkter/klagomål från närstående som handlade om nedsatt kommunikation eller informationsöverföring mellan verksamhet och dem vid förändring av patient hälsotillstånd m.m. Det handlade även om utebliven kontakt med ansvarig läkare, trots önskemål.

Alla synpunkter besvarades av verksamheten och kunde åtgärdas med gott resultat och samarbetet mellan verksamheten och berörda personer har kunnat förbättras.

Verksamheten jobbar kontinuerligt med att uppmärksamma och agera på synpunkter och klagomål, som en del av systematiskt kvalitetsarbete. Anhöriga och närstående bjuds in till verksamheten genom anordnade anhörigräffrar samt månadsbrev. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har regelbundet kontakt och vårdplanering erbjuds efter inflyttning samt som uppföljning av vårdtiden.

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.

På Väderkvarnens utförarenhet har vi arbetat med riskmedvetenhet genom att diskutera risker vid olika mötesstrukturer samt genom att göra riskanalyser vid utvecklingsarbete, t. exempel när sjuksköterskeexpeditioner skulle flyttas till avdelningar.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Verksamheten kommer fortsätta arbetet med att bibehålla och utveckla kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal genom utbildningsinsatser, workshop, studiebesök och nätverkande med andra verksamheter inom stadsdelen.

Vi kommer att fortsatt stärka tvärprofessionell teamwork samt öka samverkan med ansvarig läkare genom t. exempel att kalla läkaren till teammöte kring specifika risker/problem/diagnoser.

Samverkan mellan legitimerad personal och biträdande chefer ska fortsatt utvecklas och stärkas under kommande året.

Vi ska arbeta utifrån resultat av egenkontroller samt följa upp regelbundet våra arbetssätt med målet att arbeta utifrån individens behov och önskemål.

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.

1. **Mål:** bidra till ökad patientdelaktighet vid utformande av vårdinsaster
Strategier: jobba utifrån rutiner vid inskrivning, vårdprocess och röda tråden i HSL och SOL-dokumentation
Aktiviteter: teamet träffas innan inflyt, bedömningar erbjuds inom 14 dagar samt vårdplanering
2. **Mål:** Ökad kunskap kring allvarliga händelser samt systematiskt förebyggande arbete inom hälso- och sjukvårdspersonal och övrig personal
Strategier: jobba utifrån rutiner för Kvalitetsrådet, avvikelshantering, systematiskt kvalitetsarbete ska genomsyras på alla nivåer och vara en del av det dagliga arbetet
Aktiviteter: Kvalitetsrådet, nätverksträff för ombud, avdelningsmöte, dokumentationsträffar för SOL och HSL-personal.

