

## Patientsäkerhetsberättelse

Malmskillnadsgatans särskilda boende, Norrmalms stadsdelsnämnd

År 2022



2023-03-01

Dnr: NORR 2023/110

Verksamhetschef: Charlotta Johansson

Medicinskt ansvarig sjuksköterska: Cajsa-Lena Vennström

Bitr enhetschef: Markus Dahlin

## 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

Patientsäkerhetsberättelse .....	1
Inledning.....	2
Innehåll.....	3
SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2022 var: .....	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Intern samverkan .....	8
Extern samverkan.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens .....	10
Patienten som medskapare .....	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Hälso- och sjukvårdsdokumentation.....	12
Loggkontroll Vodok 2.0 .....	13
Riskbedömning över fall, trycksår, nutrition och munhälsa .....	13
Basala hygienrutiner och klädregler.....	14
Extern granskning av läkemedelshantering .....	14
Kontroll av signerade läkemedelsinsatser .....	14
Kontroll av personbunden narkotika .....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	16
Har vården varit säker .....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	16
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system .....	16
Säker vård här och nu.....	17
Är vården säker idag.....	17
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling .....	17
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information .....	17
Avvikelse .....	18
Klagomål och synpunkter .....	19

Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	19
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden .....	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	19

## **SAMMANFATTNING**

Patientsäkerhetsarbetet har under året 2022 tagit ett stort kliv i sin utveckling. Flertalet rutiner kopplade till hälso- och sjukvård har upprättats eller reviderats. Stort fokus har legat på att implementera dessa rutiner och särskilt fokus har legat på rutinerna för avvikelser, läkemedel, delegering och egenkontroll.

Under våren har digital läkemedelssigenering införts i verksamheten, detta har varit ett stort stöd i att få syn på vilka områden läkemedelshandlingen behövde utvecklas i och givit hjälp i att åtgärda detta. Även den externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshandling belyste vilka utvecklingsområden som fanns och gav ett stöd i vad som behövde åtgärdas.

Egenkontroll i basala hygienrutiner och klädregler gav kunskap om att mer utbildning behövs samt att tvättstuga och förråd behövde organiseras om för att nå den standard som krävs.

Samverkan med andra vårdgivare såsom Väderkvarnens vård- och omsorgsboende där sjuksköterske- och rehabiliterings insatser köps från och Serafens psykosmottagning har säkrats i och med avtal om tjänsteköp från Väderkvarnen och samverkansrutin som upprättats med Serafens psykosmottagning. Från den 1 januari 2024 kommer ansvaret för hälso- och sjukvården föras över till LSS-hälsan och arbete med denna process kommer fortgå hela 2023.

De planerade utbildningarna i motiverande samtal (MI) och lågaffektivt bemötande har genomförts vilket stärkt medarbetarna i att utföra sitt uppdrag.

Vidare visar analys över året som gått att det fortfarande finns utvecklingsområden gällande dokumentation och i att erbjuda och utföra riskbedömningar i vissa vårdområden.

Under 2023 kommer fokus för utveckling av hälso- och sjukvården ligga på att fortsätta revidera och implementera hälso- och sjukvårdsrutiner, nå målet för andelen signerade läkemedel, utbilda medarbetare i diabetes och fortsätta utvecklingen av arbetssätten kring avvikelshantering.

## 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:

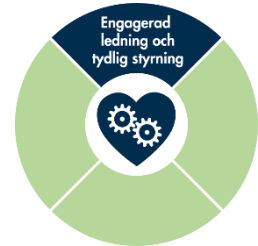
- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

### 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.

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.

Socialtjänstens övergripande mål är erbjuda social och ekonomisk trygghet samt aktivt deltagande i samhällslivet och att varje klient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Den vård som ges ska uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition<sup>1</sup>



### Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2022 var:

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

- Utveckla nya och uppdatera befintliga rutiner. Förstärka uppföljningen av rutinerna
- Förtydliga avvikelserutinen
- Kartlägga hyresgästernas vårdkontakter och utveckla samarbetet med psykiatrins öppenvård
- Vidareutbildning i MI (motiverande samtal)
- Utbildning i lågaffektivt bemötande
- Fortsätta utveckla de miljöterapeutiska arbetsätten

### 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 sjukvårdslagen<sup>2</sup>, för de verksamheter som bedrivs i egen regi 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.

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

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 förordning<sup>3</sup>. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård- och omsorg och 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. Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen för Malmkillnadsgatan har från juni 2022 uppdragit till stadsdelsförvaltningens MAS att utföra dessa uppgifter.

#### *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans funktion är reglerad i lag och förordning<sup>4</sup> 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.

#### *Bitr enhetschef*

Bitr 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.

#### *Medarbetare*

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bland annat 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 uppgifter på delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med

---

<sup>3</sup> 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 §§

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

det ansvar som då följer. Verksamheten köper tjänsten sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut från Väderkvarnens utförarenhet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS 2011:94 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 slutna 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)

### **Intern samverkan**

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

*Omsorgsmöten:* Gemensamma veckomöten på onsdagar med sjuksköterska, arbetsgrupp och biträdande enhetschef. Mötet inleds med avstämning utveckling och förbättring av HSL-rutiner, uppföljning av avvikelser och digitala signeringssystemet APPVA. Därefter följer en genomgång av samtliga klienter på boendet med fokus på HSL samt deras psykiatriska mående. Före och efter helgen har sjuksköterska och de av arbetsgruppen som arbetar en kortare avstämning.

*Väderkvarnens vård- och omsorgsboende:* verksamheten har ett samverkansavtal med Väderkvarnens vård- och omsorgsboende gällande tjänsteköp av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Avtalet reglerar hur mycket av varje yrkeskategori som köps samt vem som gör vad. Under första delen av året var det flertalet bemanningssjuksköterskor som ansvarade för klienterna på Malmskillnadsgatan. Detta gjorde att viss uppföljning inte genomfördes av vården. Från september har bemanningen från Väderkvarnen stabiliserats och Malmskillnadsgatan har nu en ansvarig sjuksköterska som bedömer, följer upp och utvärderar vården.

### **Extern samverkan**

*Husläkarmottagning:* sjuksköterska kontaktar husläkarmottagning för symptombeskrivning och besvär. Boendestödjare bokar vid behov besökstider samt ledsagar klienter till mottagning.

*Serafens mottagning för psykossjukdomar:* en samverkansrutin har upprättats under året som reglerar vem som ansvarar för olika uppgifter och hur samverkan ska gå till.



*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, bitr enhetschef, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och några medarbetare. Samverkan med representanter från APPVA gällande utveckling och utbildning av systemet för digital läkemedelssigenering.

*Fotkonsulten i Stockholm:* de klienter som har fotsjukvård på remiss går till Fotkonsulten i Stockholm. Klientens kontaktpersoner hjälper till att hålla koll på bokade tider och ledsagar vid behov.

*Samverkan kring avvikelser:* 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.

*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.

## **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.

### *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 sjukvårdsdokumentationen*

Kontinuerliga loggkontroller genomförs i dokumentationssystemet Vodok 2.0 för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter.

## En god säkerhetskultur

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

Verksamhetens ambition är att ha ett klimat som främjar säkerhet och kännetecknas av ett engagemang för den enskilde patienten hos all personal. Engagemanget kommer bland annat till uttryck genom att avvikelser identifieras och påtalas, att avvikelser rapporteras och därefter utreds och effektiva åtgärder vidtas och följs upp.

Gällande riktlinjer och rutiner som rör avvikelshantering och utredning av negativa händelser utgår dessa från ett systemperspektiv med en strävan bort från syndabockstänkandet till öppenhet och transparens. Information om inträffade händelser uppmuntras. Det finns dock en underrapportering av avvikelser som tydligt framträder vid jämförande av antalet avvikelser i det digitala systemet för läkemedelssignering och antalet rapporterade avvikelser i avvikelsemodulen Vodok 2.0. Slutsatsen är att fortsatt arbete för att förbättra rapportering av avvikelser är nödvändigt.

En annan viktig del i en god säkerhetskultur är en fungerande teamsamverkan något som har identifierats behöver stärkas i vissa delar mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal.



## 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.

*Bemanning:* rutin för att säkra bemanning finns i verksamheten. Där beskrivs grundbemanning samt vem som ansvarar för bemanning i olika led och situationer samt vart man vänder sig för råd och stöd i denna fråga.

*Rutiner och arbetssätt:* nya rutiner och arbetssätt implementeras på gemensamma veckomöten alternativt planeringsdagar. Medarbetare ansvarar för att sprida denna kunskap vidare till vikarier och medarbetare som inte närvarat. Samtliga medarbetare som är tillsvidareanställda, samt vikarier har relevant utbildning för målgruppen och kunskaper för att utföra arbetet på ett patientsäkert sätt.



Ordinarie medarbetare har under året fått utbildning i APPVA och biträdande enhetschef har suttit med i en referensgrupp i samband med implementeringen. Vikarier får genomgång av APPVA via ordinarie medarbetare. Samtliga medarbetare samt vikarier som arbetat har fått utbildning för att kunna ge läkemedel på delegering. Hälften av personalgruppen har gått en tre-dagars utbildning i MI (motiverande samtal) och resterande personal får ta del av den under 2023. Syftet med MI utbildningen är bland annat att ge personal förutsättningar att kunna motivera klienterna att sköta sin hälsa.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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.



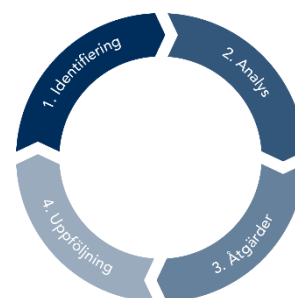
Klienternas kontaktpersoner är ett stöd i att uppmärksamma enskildas behov och önskemål. Det är en del av klienternas sjukdomsbild att inte alltid kunna föra fram sina behov självständigt och då hjälper kontaktpersonen till. I möjligaste mån ska klienterna själva stå för kontakter med hälso- och sjukvården men om de behöver stöd i detta hjälper kontaktpersonen till.

I samband med att en klient flyttar in samt årligen i januari delar medarbetar ut informationsblad om vart man vänder sig om man har synpunkter eller klagomål som man vill framföra. Verksamheten har utformat ett informationsblad som är anpassat för målgruppen och där står telefonnummer och kontaktuppgifter till berörda chefer samt kontaktuppgifter om man föredrar att vända sig till förvaltningen. Biträdande enhetschef ansvarar för att inkomna klagomål hanteras vid rätt instans samt att de åtgärdas och återkopplas inom 14 dagar till den som framfört klagomålet. Berör klagomål eller synpunkter hälso- och sjukvård rapporteras detta till sjuksköterska alternativt till MAS.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll är ett sätt att följer upp och analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet. Syftet är också säkerställa att vi gör det vi är ålagda att göra och identifiera utvecklingsområden samt brister som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvaliteten. Statistik över vad egenkontrollerna visat presenteras nedan. Varje område presenteras i fyra delar; resultat, analys/resonemang, åtgärder och uppföljning av åtgärd:



Egenkontroller 2022	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

### Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Syftet med egenkontroll av dokumentationen är att säkerställa att kontinuerlig dokumentation förs och att saklig information dokumenteras under rätt sökord i journalen. Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat görs två gånger per år.

#### Målet är att:

- alla klienter har en tydlig dokumentation som följer gällande lagar och riktlinjer,
- hälso- och sjukvårdens processer ska framgå tydligt,
- klientens önskemål och behov dokumenteras,
- god journalvård och
- sjuksköterska ska dokumentera händelser av vikt rörande hälso- och sjukvård i den sociala journalen. Syftet med det är att informationen från sjuksköterskan blir direkt och inte en andrahandsinformation.

**Resultat:** grunduppgifter finns med i alla journaler, men vårdprocessen framgår inte tydligt i alla journaler. Hälsoplaner har inte upprättats för alla delar av patienternas hälsoproblem. Patienternas önskemål och behov är inte alltid tydligt beskriven. Icke aktuella journalanteckningar behöver avslutas. Under hösten har omvårdnadsansvarig sjuksköterska börjat dokumentera händelser av vikt i den sociala journalen, fortsatt arbete att få till det arbetssättet kvarstår för övriga sjuksköterskor.

**Analys/resonemang:** journalsystemet Vodok 2.0 är ett relativt svårt system att lära sig. Det är inte självinstruerande och praktisk utbildning är av stor vikt för att kunna lära sig systemet. När många nya sjuksköterskor, både tillsvidareanställda och bemanningssjuksköterskor är inne i en verksamhet, är det av extra stor vikt att de lär sig dokumentationssystemet. Egenkontrollen visar att verksamheten Malmskillnadsgatan köper tjänsten av inte lyckats med att utbilda i tillräckligt stor utsträckning. Processledare för dokumentation finns och har utbildat många sjuksköterskor under året, men det har inte gett genomslag i den samlade bedömningen av journalerna. I september fick Malmskillnadsgatan en sjuksköterska som har omvårdnadsansvaret och i och med det har journalerna börjat få struktur och hälsoplaner skapats. Sjuksköterskan dokumenterar händelser av vikt i den sociala journalen, detta ökar patientsäkerheten eftersom information inte dokumenteras av boendestödare i andra hand.

**Åtgärd:** Ge kontinuerligt utbildning till hälso- och sjukvårdspersonal i dokumentationssystemet. Utbilda och följa upp att sjuksköterska dokumenterar i den sociala journalen.

**Uppföljning av åtgärd:** efter vårens egenkontroll vecka 10 2023, följa upp med Väderkvarnen vilka insatser som behövs för att fortsätta att säkra dokumentationen. Särskilt fokus vid egenkontrollen ska läggas på att följa upp att sjuksköterska dokumenterar i den sociala journalen.

## Loggkontroll Vodok 2.0

**Mål:** ingen obehörig personal läser i hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

**Resultat:** ingen obehörig har läst i hälso- och sjukvårdsdokumentationen under året.

**Analys/resonemang:** vi har säkra system för att avsluta behörigheter när personal slutar och den personal vi har följer rutiner, riktlinjer och lagkrav för vilka journaler som de får läsa i.

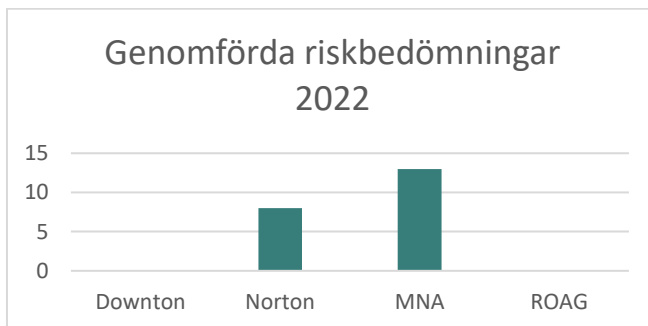
**Åtgärd:** fortsätta som tidigare att genomföra loggkontroll varje månad. Fortsätta arbeta utifrån de rutiner som fungerar väl gällande detta.

**Uppföljning av åtgärd:** varje månad när logg-kontrollen genomförs.

## Riskbedömning över fall, trycksår, nutrition och munhälsa

**Mål:** att alla patienter som önskar får en riskbedömning av fall (downton), trycksår (Norton), nutrition (MNA) och munhälsa (ROAG) vid inflytt och minst en gång per år.

**Resultat:** verksamheten har 16 platser och vi har inte nått målet att genomföra riskbedömningar på de patienter som tackat ja till att få en riskbedömning.



**Analys/resonemang:** anledningen till att riskbedömningar genomförs är att i tid upptäcka och förebygga risker. Det har funnits en otydlighet i att även patienter på socialpsykiatri ska erbjudas dessa bedömningar. Detta beror dels på rotationen av sjuksköterskor och att introduktionen för vad som gäller inom socialpsykiatri inte har varit tillräcklig tydlig.

**Åtgärd:** erbjuda och genomföra riskbedömningar för alla som tackar ja. Tydlig dokumentera de som tackar nej. Tydliggöra vid introduktion att samma regler gäller för socialpsykiatri som för äldreomsorg gällande riskbedömningar.

**Uppföljning av åtgärd:** MAS följer upp halvårsvis att riskbedömningar genomförs och introducerar detta till sjuksköterska när nya sjuksköterskor börjar.

## Basala hygienrutiner och klädregler

**Mål:** att alla följer basala hygienrutiner och klädregler i alla moment. Mätning genom observation genomfördes av två medarbetare i oktober.

**Resultat:** sju observationer genomfördes, den visade att alla var korrekt klädda både i omsorgsarbetet och vid matlagning. Några bar ringar och klockor, vilket inte är tillåtet och endast en person spritade händerna före hen tog på handskar. Alla spritade sina händer efter de använt handskar.

**Analys/resonemang:** följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler behöver säkerställas, personal upplevde att de kunde dessa regler, men mätningen visade att så inte var fallet. Veckan efter mätningen fördes dialog med MAS om resultatet och åtgärder vidtogs direkt.

**Åtgärd:** genomgång och utbildning i basala hygienrutiner och klädregler genomfördes. Chef och samordnare kontrollerar regelbundet att ringar och klockor inte bärs i verksamheten.

**Uppföljning av åtgärd:** ny mätning våren 2023.

## Extern granskning av läkemedelshantering

**Mål:** i enlighet med HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ska verksamheter som hanterar läkemedel genomgå regelbunden extern kvalitetsgranskning. Syftet är att säkerställa att läkemedelshantering sker enligt gällande regler och föreskrifter.

**Resultat:** det var första gången extern kvalitetsgranskning genomfördes på Malmskillnadsgatan och läkemedelshantering blev inte godkänd, både när det gäller följsamhet till rutiner, egenkontroll och säker förvaring av läkemedel.

**Analys/resonemang:** avtalet som reglerar tjänsteköpet av sjuksköterska har tidigare varit otydligt, vilket gjort att verksamheten uppfattat att alla egenkontroller och rutiner kopplat till hälso- och sjukvård sköts av Väderkvarnen. Det är anledningen till att kvalitetsgranskning inte genomförts tidigare specifikt för Malmskillnadsgatan, samt att egenkontroller och uppföljning inte genomförts.

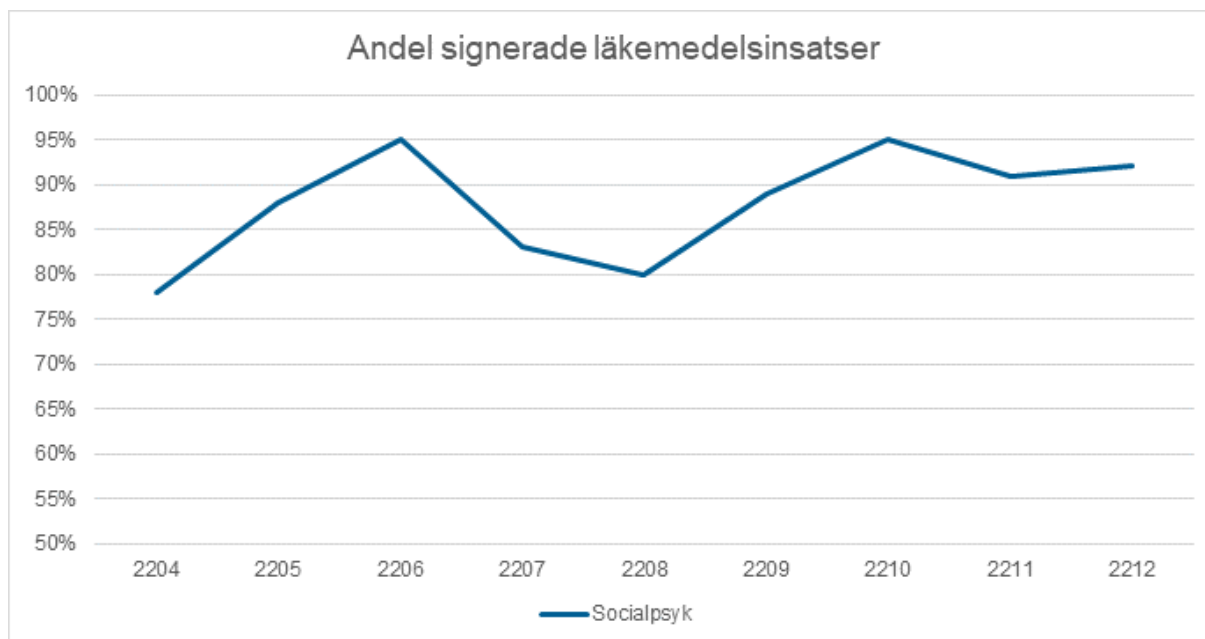
**Åtgärd:** verksamheten har bland annat fått åtgärda låsen till patienternas läkemedelsskåp, sjuksköterska delegerar inte längre insulingivning, egenkontroller genomförs specifikt för verksamheten och inte tillsammans med Väderkvarnen som tidigare förfarande var. Lex Maria över läkemedelshantering har anmälts av MAS på Malmskillnadsgatan, vilket beskrivs i avsnittet om vårdskador.

**Uppföljning av åtgärd:** lex Maria med tillhörande åtgärder har redovisats i personalgruppen. Egenkontroller genomförs regelbundet av MAS. Ny extern kvalitetsgranskning av läkemedel ska genomföras våren 2023.

## Kontroll av signerade läkemedelsinsatser

**Mål:** att patienterna får sina ordinerade läkemedel enligt ordination. Riktvärde för givna läkemedel är mellan 95-100%.

**Resultat:** Resultatet av signerade insatser var för perioden 1 maj 2022 till 31 december 2022 var på totalen 89% signerade läkemedel. I grafen ses hur andelen givna läkemedel fluktuerat över tid.



**Analys/resonemang:** Införandet av digital läkemedelssigntering skedde i april, i början av ett införande får man räkna med att det under en period blir resultatet sämre än vad man förväntar sig. Det beror på att arbetssätt och kunskap om det nya systemet behöver arbetas in. För att säkra signteringarna de första månaderna gjordes dubbelsigntering, Det vill säga det signterades både i det digitala systemet och på papper. Det kan vara orsaken till att de första två månadernas låga resultat. Vi ser också en dipp under juli och augusti, vilket kan höra ihop med semesterperioden. Det finns också fortfarande ibland oklarhet i om läkemedel ska signtereras om de skickas med patienten. Ibland missas det också att läggas en frånvaro i systemet när en patient vårdas någon annanstans.

**Åtgärd:** fortsatt arbete med att implementera arbetssätt så att alla signtererar i det digitala systemet och att det används rätt. I syfte at undvika att det ser ut som att patienter inte får sina läkemedel, men att de i själva verket inte befinner sig i verksamheten.

**Uppföljning av åtgärd:** Bitr enhetschef ska fortsätta att varje månad följa resultatet och ta upp det på avdelningsmöten.

### **Kontroll av personbunden narkotika**

**Mål:** att det inte försvinner narkotiska preparat. Alla narkotiska preparat är inlåsta antingen i patientens eget läkemedelsskåp alternativt i digitalt låsbart skåp som finns i läkemedelsrummet på sjuksköterskeexpeditionen.

**Resultat:** det har under året försvunnit narkotiska preparat för tre patienter.

**Analys/resonemang:** trots tät kontrollräkning och digitala läkemedelsskåp har det försvunnit narkotika.

**Åtgärd:** narkotikasvinnet har polisanmälts. Narkotika kontrollräknas varje vecka för att snabbt se om det fattas något. Systemet för hur de narkotiska preparaten förvaras har organiserats om och handhavandet av blippen till de låsbara skåpen har säkrats upp.

**Uppföljning av åtgärd:** fortsatt tät kontrollräkning. De senaste månaderna har ingen narkotika försvunnit. Vid nya svinn tas återigen kontakt med polis.

## 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.



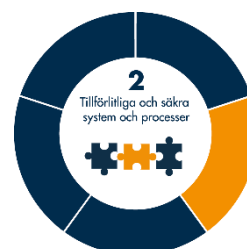
### Har vården varit säker

Den personal som upptäcker en avvikande kontaktar omedelbart tjänstgörande sjuksköterska för bedömning. Sjuksköterska kontaktar läkare vid behov. Den som upptäcker avvikelserna fyller i en avvikelseblankett som legitimerad personal därefter registrerar i den digitala avvikelsemodulen i Vodok 2.0. Finns risk för allvarlig vårdskada alternativt händelse som kunde ha lett till en allvarlig vårdskada kontaktar sjuksköterskan omgående ansvarig chef och MAS. Vårdskador som inte bedöms som allvarliga utreds av bitr. enhetschef tillsammans med personal och sjuksköterska. Händelsen analyseras och åtgärder vidtas. Detta dokumenteras i patientens journal och i avvikelsemodulen.

Avvikelse som bedöms vara allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada utreds av MAS alternativt MAR och bedöms ifall anmälan till IVO enligt Lex Maria ska göras.

## 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

En förutsättning för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är att hälso- och sjukvårdsrutiner finns och är kända i verksamheten, samt att egenkontroll genomförs. Under året har verksamheten arbetat med att utveckla befintliga rutiner och upprätta nya rutiner där det saknas. En systematik i de egenkontroller som genomförts har påbörjats och årshjul för dem finns.

Utöver de områden som identifierats och beskrivits i egenkontroll avsnittet så har målgruppen behov av suicidriskbedömningar. I och med samverkansrutinen med Serafens psykosmottagning är rutinen att när en ny suicidriskbedömning görs från deras sida så skickas handlingsplan/krisplan till verksamheten.

Genomgång av lokalerna har visat på att renhetskedjan i tvättstugan behövde förbättras och tvättstugan med förvaring av personalkläder har renoverats och organiserats om.

Implementeringen av digital läkemedelssigntering startade i februari med utbildning och att få testa sina behörigheter. Delegeringar förbereddes. I april startades signteringen upp. Användandet av digital och mobil signtering ger förutsättningar till en högre patientsäkerhet med mindre risk för vårdskador.

Från och med 1 januari 2024 kommer hälso- och sjukvårdsansvaret för all socialpsykiatri övergå till annan vårdgivare, LSS-hälsan. Detta i syfte att skapa en likställighet av den vård som ges till dem som



bor på särskild boende inriktning socialpsykiatri. Det är av stor vikt att överföringen av ansvaret går till på ett patientsäkert sätt. Erfarenhet finns redan på LSS-hälsan att ta över hälso- och sjukvårdsansvar sedan tiden för bildandet av LSS-hälsan 2015.

## 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.

Det digitala systemet för läkemedelssignering innebär en enklare spårbarhet av signering på utförda och ej utförda hälso- och sjukvårdsinsatser som är användbart vid kvalitetsarbete och uppföljning. För legitimerad personal har processen förenklats och för hänsyn till miljön pappersbesparande.

Utmaningen med att rekrytera och behålla sjuksköterskor för den verksamhet Malmskillnadsgatan köper tjänsten av är stor. Malmskillnadsgatan ska fortlöpande följa upp avtalet för tjänsteköpet och underlätta med bra introduktion för de sjuksköterskor som kommer gällande de hälso- och sjukvårdsrutiner som gäller för Malmskillnadsgatan.

## Riskhantering

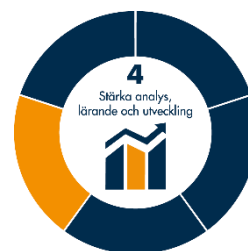
*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

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.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheten för ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas.

## 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 arbetsätt utifrån tillgänglig information

Resultaten från årets egenkontroller har analyserats och använts under året. Dokumentationsgranskning visade att sjuksköterska behöver dokumentera sina insatser även i den sociala journalen, vilket påbörjats och fortsätter arbetas med 2023. Arbetet med att erbjuda alla patienter som önskar riskbedömning inom olika vårdområden har påbörjats. Mätningen av basala hygienrutiner och klädregler gav kunskap om att mer utbildning i ämnet behövdes och utbildning gavs. Det gav också en förståelse för att hanteringen i tvättstugan behövde förändras.

Den kontinuerliga statistiken över signerade läkemedel har gett oss ett redskap för att lätt upptäcka luckor i signeringen. Det gör att vi snabbt kan ta upp det på avdelningsmöte för diskussion över varför läkemedel inte signeras och vad vi ska göra för att ändra på det. Delegeringsutbildning har utvecklats och breddats i och med införande av digital läkemedels signering och information som kom fram i den externa kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering.

Under 2022 genomfördes den första extern kvalitetsgranskningen, den gav oss kunskap om och hjälp till att utvecklas i hanteringen av läkemedel. Det visar att systemet med att få extern granskning är bra och en hjälp i verksamheten.

## Avvikelser

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

**Mål:** att alla avvikelser och händelser som sker i verksamheten uppmärksammas, rapporteras och utreds.

**Resultat:** nedan redovisas antalet rapporterade avvikelser i avvikelsemodulen Vodok 2.0. utöver dessa har en lex Maria anmälts under året.



**Analys/resonemang:** det är tydligt att verksamheten har en under rapportering av avvikelser. Sammanlagt för året finns 15 registrerade avvikelser. Det låga antalet registrerade läkemedelsavvikelser följer inte resultatet i det digitala läkemedelssigneringssystemet. Där ses en större differens av givna läkemedel. Varje missad signering är en avvikelse. Att det enbart finns två registrerade fall under året kan stämma, då målgruppen är yngre och har en bättre balans än om man jämför med äldreomsorgen. Avvikelsen i vårdkedjan har gällt samarbetet med öppenvården, den avvikelsen var starten på att upprätta en samverkansrutin med Serafens psykosmottagning. Den stora omsättningen av sjuksköterskor kan också ha bidragit till att avvikelser inte rapporterats in i systemet. I början av året har en kunskapslucka identifierats i hur chef hanterar avvikelsemodulen.

**Åtgärd:** utifrån den anmälda lex Marian har verksamhetschef enligt HSL uppdragit till MAS att fullfölja vissa ledningsuppgifter. Ansvar ligger kvar på verksamhetschef, MAS utför bland annat egenkontroller. Övriga åtgärder som vidtogs i utifrån lex Marian var att låsen till patienternas

läkemedelsskåp byttes ut, sjuksköterska har slutat att delegera insulingivning, börja göra egenkontroller.

Åtgärder utifrån rapporterade avvikelser är att bitr enhetschef utbildats i hur registrerade avvikelser hanteras i systemet. Förtydligande i rutinen om vem som gör vad i utredningsskedet. Kompetenshöjande insatser till baspersonal i vad som är en avvikelse samt vem som kontaktas och hur det ska registreras. Utveckling av processen i hantering av avvikelse samt återföring av resultat till berörd personal samt verksamheten.

**Uppföljning av åtgärd:** egenkontroller har utförts. Efter dessa åtgärder ses en förbättring i processen och hanteringen av avvikelser. Kvarstående är att uppmärksamma och rapportera fler avvikelser. Samverkansrutinen med Serafen har följts upp och fungerar väl.

### Klagomål och synpunkter

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

Personal som muntlig tar emot synpunkt eller klagomål ska skriva ner klagomålet och lämna det till närmaste chef. Klagomålet diarieförs och i övrigt följs förvaltningens rutiner för hanteringen av klagomål och synpunkter. Skriftliga klagomål som kommer till verksamheten diarieförs i sin helhet. Klagomålen diskuteras med berörda parter och på verksamhetsmöten var efter eventuella åtgärder vidtas och skriftlig återkoppling sker till den som lämnat klagomål senast inom 14 dagar.

Om klagomål eller synpunkter berör hälso- eller sjukvård rapporteras detta till ansvarig sjuksköterska och MAS. Inga klagomål på hälso- och sjukvården har kommit under året.

### 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

Fortsatt och kontinuerlig egenkontroll är något vi kommer fortsätta med för att utveckla och förfinna våra arbetssätt och rutiner. Läkemedelshanteringen kommer följas nogsamt och utbildning i läkemedelshantering och vissa sjukdomstillstånd är något vi ser att vi behöver arbeta mer med. Fortsatt arbete med att upptäcka och rapportera avvikelser är ett stort utvecklingsområde där vi planerar att arbeta med avvikelsekulturen i verksamheten samt utbildning i hur man praktisk går tillväga i att hantera avvikelser.

Samverkan med andra vårdgivare för att bidra till omställningen till Nära vård är ett prioriterat område för 2023. Särskilt viktigt är att följa och utveckla samverkansrutinen med Serafens psykosmottagning.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2023 kommer vi att:

- fortsätta revidering och upprättande av hälso- och sjukvårdsrutiner,

- särskilt fokus på fortsatt förbättringsarbete gällande informationsöverföring mellan sjuksköterska och personalgrupp samt inom personalgruppen gällande HSL-frågor,
- säkerställa implementering av de nya rutinerna genom att ta upp dessa på planeringsmöten samt alternativa informationsvägar för vikarier och personal som inte närvarar på mötet,
- fortsätta säkerställa signering av läkemedel genom att aktivt kontrollera hur statistiken ser hur och snabbt sätta in åtgärder för att uppnå målet på signering 95-100%,
- delta och samarbeta med LSS-hälsan inför den kommande omorganisationen av hälso- och sjukvårdsinsatsen inom socialpsykiatri,
- systematiskt arbeta med rapportering och utredning av avvikelser,
- utbilda personal i diabetes och
- undersöka möjlighet att i samverkan med öppenvårdspsykiatri utöka personalens kunskaper om psykofarmaka och andra mediciner kopplade till psykisk ohälsa.