

Bilaga O5

Patientsäkerhetsberättelser
2022 Södermalm
entreprenader

Patientsäkerhetsberättelse för Sofiagården år 2022 och patientsäkerhetsplan för år 2023

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-23 Verksamhetschef: Karin Thune/Gruppchef för HSL: Fatemeh Asadi

(Diarienummer: Sofiagården SÖD 2022/249)

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Övergripande mål och strategier

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Struktur för uppföljning/utvärdering

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet Uppföljning genom egenkontroll

Samverkan för att förebygga vårdskador

Riskanalys

Informationssäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hantering av klagomål och synpunkter

Sammanställning och analys

Samverkan med patienter och närstående

Resultat

Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva verksamhetens patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Sofiagården är ett särskilt boende med totalt 50 lägenheter uppdelade på fem våningsplan. 20 av platserna har en somatisk inriktning och de resterande 30 har en demensinriktning. Sofiagården har sjuksköterskebemannning dygnet runt. Fysioterapeut och arbetsterapeut 0,8 tjänst vardera.

Under året har vi arbetat med patientsäkerheten och arbetat enligt Vardagas riktlinjer och styrdokument. Stort fokus har lagts på att:

- minska risker för smittspridning av Covid 19 genom att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt Vardagas styrdokument och rutiner gällande Covid 19. Vi haft enska perioder av Covid 19 smitta på vissa våningsplan på Sofiagården under 2022, men ingen smittspridning i huset. Arbetat med förebyggande åtgärder för smittspridning, med Kohortvård och testning vid minsta misstanke om smitta. Verksamheten har anpassat arbetssätt för aktiviteter för att förebygga smitta genom meningsfulla aktiviteter i mindre skala. Samtidigt har omvårdnaden hållit en god och säker kvalitet.
- hålla en god personalbemanning (trots antal korta sjukskrivningar)
- hålla dokumentationen och alla insatser enligt gällande lagar och krav, genom egenkontroller.
- hålla HSL-personal uppdaterade i dokumentationssystemet Vodok, genom deltagande i nätverksträffar som hålls av Vodokansvarig på Södermalms SDF.
- öka antal registrerade i kvalitetsregister, Senior Alver och Palliativaregister.
- minska risker för vårdskador genom regelbundna riskanalyser och via kvalitetsuppföljning på avvikelsemodulen Q maxit.

Teammöten har också varit en central del i kvalitetsarbetet under året. för att följa Vardagas rutin och fortsätta med att hålla strukturerade teammöten enligt det nytt sättet som implementerades under år 2021.

Vi har under år 2022 haft ett projekt i syftet att arbeta systematiskt för att höja kvaliteten inom palliativvård. Hela personalgruppen ingick i detta projekt, ledningen, gruppchefer, sjuksköterskor, rehab personal och alla undersköterskor, både fastanställda och timanställda.

Resultatet av projektet varit ett nytt sätt vid livets slutskede. 14 stycken palliativaombud har utbildats, representerade från dag/natt, sjuksköterskor, rehab samt undersköterskor. En

checklista arbetats fram för att kunna arbeta på ett strukturerat sätt vilket gör att alla yrkeskategorier är delaktiga och aktiva i den vård boende erbjuds i livets slutskede. Stor fokus är på symtomskattning och användandet av bland annat smärtbedömning genom validerade skala, som ”Abbey Pain Scale”. Samtlig omvårdnadspersonal är kan använda skalan.

Flera av nyanställda personal har gått Vardagas utbildning i Demens som hålls via Demensakademin. Detta genomfördes enligt plan i patientsäkerhetsplan för 2022

Avvikelsehantering:

Processen med avvikelsehantering görs via QMaxit, Vardagas kvalitetsystem.

All personal har tillgång till QMaxit, skriver avvikelser i systemet, åtgärder, uppföljning och förbättringsförslag.

Avvikelser och förbättringsförslag diskuteras på teammöten, kvalitetsråd och på HSL-möten.

Brister som uppdragets analyseras, handlingsplaner och tidsplaner upprättas och tidsplaner upprättas förbättringsloggen. Där arbetas löpande med förbättringsområdena.

En del av patientsäkerhetsarbetet under år 2022 har fortsatt varit inriktad mot att minska risken för smittspridning av Covid-19.

Handledning av omvårdnadspersonal i Kohortvård, användandet av skyddsutrustning och hygienrutiner, även omvårdnad och nutrition har varit under utveckling.

Verksamheten har arbetat konternuerligt med uppföljning av risk och konsekvensanalyser relaterade till snabba lägesförändringar, så som Covid, och ändrade restriktioner som krävs snabba omställningar i all arbetet kring boende, anhöriga, personal och hela verksamheten.

Sofiagården genomfört i enlighet med Vardagas styrdokument ;egenkontroll två gånger per år;.

Egenkontroll av HSL dokumentation genomförts 2 gånger i år av legitimerad personal.

Under 2022 har de vanliga tillsynerna från uppdragsgivaren utförts på plats, genom individuella uppföljningar av biståndshandläggare från olika stadsdelsförvaltningar, observation från Äldreförvaltningen.

Informationflödet till anhöriga har varit en del av våra prioriteringar relaterad till bland annat Covid 19. Vi på Sofiagården arbetat aktivt med att delge information och har regelbundna anhörigkontakter via veckobrev till anhöriga från gruppchefer, och månadsbrev från verksamhetschefen samt regelbundet telefonkontakt genom kontaktpersoner, sjuksköterskor och läkare vid önskemål, läkemedelsgenomgångar och förändring i hälsotillståndet/brytpunksamtal vid livets slutskede.

Vi har varit noggranna med att anhöriga alltid ska känna sig välkomna med både frågor och ideer. De kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till verksamhetschefen, gruppchefer, sjuksköterskor samt kontaktpersoner.

Vardaga har även en oberoende kundombudsman som boende och närstående kan vända sig till med frågor och synpunkter.

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Iver, säkerställer att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR. Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationsläckage.

Vardaga har dessutom styrande dokument för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvård enligt gällande lagar och krav på kvalitet och sekretes.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativaregistret. Vi har ännu inte systematiskt påbörjat arbetet med att registrera alla i BPSD.
- Patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. 14 stycken Palliativa ombud finns i verksamheten.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.

- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med ansvar för detta.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Mål:

Att bedriva en säker och högkvalitativ vård genom att följa Vardagas ledningssystem, styrdokument och checklistor samt identifiera, rapportera och utreda alla avvikelser.

Strategier:

Rapporteringskunskap: Via APT och utbildningar säkerställa att alla medarbetare känner till ledningssystemet och dess syfte.

Kompetensutveckling: Alla medarbetare gör Vardagas alla webbutbildningar en gång om året, speciella individuella kunskaper tas om hand och används i verksamheten. Tillgång till utbildning på Lära finns och tid ges för kompetensutveckling.

Webbutbildning i basala hygien rutiner görs av all personal en gång om året, uppföljning av följsamhet görs genom självskattningsblanketten och observationer av hygienombud en gång i månaden. Matrialet sammanställs av utsedd hygiensjuksköterska.

Preventivt arbete: Dokumentation enligt HSL innebär bland annat att göra riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion, Sunnås.

Riskbedömningarna uppdateras kontinuerligt, uppdaterad var 6:e månad eller vid behov genom uppföljning på teammöten. Upprätta kartlagt hälsotillstånd och skapa hälsoplaner där åtgärder har tidsbetämd uppföljning med utvärdering. Information och diskussion vid teammöten är viktig inte minst för genomförande och utvärdering av åtgärder.

Läkemedelshantering: Genomföra årliga individuella läkemedelsgenomgångar för varje patient. Vi har infört **Medview** i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Medview ska följas upp sex månader efter den årliga obligatoriska läkemedelsgenomgången.

Syftet med Medview är att optimera läkemedelsbehandling samt att minska läkemedelsrelaterade symtom hos vårdtagaren. Medview innebär att undersköterskorna deltar i processen genom symtombevakning och rapporterar till sjuksköterskan som tillsammans med läkare gör en läkemedelsöversyn. Eventuell förekomst av biverkningar dokumenteras och kontakt med ansvarig läkare tas för att åtgärder ska vidtas.

Målet med Medview är att öka patienternas välbefinnande och livskvalitet genom att observera, analysera samt åtgärda misstänkta läkemedelsrelaterade symtom. Enligt Socialstyrelsen (2014) behöver läkemedelsbiverkningar fångas upp innan de orsakar större skada.

Ansvarig sjuksköterska för respektive avdelning ansvarar för hög kvalitet på genomförandet av delgeringsförfarande till omvårdnadspersonal. Vid behov ska delegering återkallas.

Inkontinensvård: Tillsamman med kontaktperson ska ansvarig sjuksköterska med förskrivningsrätt se till att alla vårdtagare har individuellt utprovade inkontinensskydd.
Senior Alert: Vi började arbeta med att öka registrering av patienter i Senior Alert och göra riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar under år 2022.

Palliativ vård: Omvårdnadsplan upprättas vid palliativ vård i livets slutskede, brytpunktsamtal görs av läkaren tillsammans med sjuksköterska och kontaktperson om KP är i tjänst, alternativt GC eller en annan personal som känner patienten väl. Checklistor såsom symtomskattning, Abbey Pain Scale, används regelbundet/dagligen och våndschemata, munvård och vätskeregistrering används efter sjuksköterskas bedömning.

Vardagas checklistor för omhändertagande av kroppen vid dödsfall finns och används i verksamheten. Anhöriga erbjuds efterlevandesamtal i samband med dödsfallet och genomförs efter 4-6 veckor.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål.

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis. Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat

styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet- och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Verksamhetens strukturerade arbete för uppföljning och utvärdering av kvalitetsarbetet görs genom att samtliga medarbetare, legitimerad- som omvårdnadspersonal avvikelserapporterar i avvikelssystemet Qmaxit. I systemet graderas avvikelser utifrån en allvarlighetsgrad. Avvikelser med hög allvarlighetsgrad går direkt till övergripandechefen och företagets kvalitetsavdelning som följer upp och säkerställer att utökad utredning påbörjas.

Verksamheten har en mötesagenda enligt styrdokument, för team-möten, HSL möten, SSK möten, Rehab möten och Kvalitetsråd. Var och ett av dessa möten följer upp och utvärderar avvikelser och arbetssätt utifrån de olika nivåerna, individ, enhet och verksamhet. Enligt rutin har sjuksköterska ansvar för medicinavvikelser, rehab för fall avvikelser och gruppchefer för omvårdnad, bemötande och synpunkter, för att ta med sig till team mötena. Där utreds avvikelserna för vilka åtgärder som behövs vidtas för individen.

På HSL möten, utvärderas samarbetet för säkerställa en patientsäkersvård. På sjuksköterskemöten går vi igenom rutiner och styrdokument för ett säkert arbetssätt i alla arbetsområde sjuksköterska är ansvarig för. Rehabmötena följer upp arbetet med trygga förflyttningar och rätt hjälpmedel. Kvalitetsrådet analyserar avvikelserna för strategiska beslut och åtgärder. På Kvalitetsrådet upprättas risk och konsekvensanalyser. Under året har Covid-19 varit i fokus. Dels att säkerställa säker användning och tillgång av skyddsmaterial, dels arbetssätt som Kohort vård, socialsamvaro vid karantän och anhörig information för en säker och trygg vård för både boende och dess anhöriga.

Under året har verksamheten följts upp av Södermalms stadsdelförvaltning genom Stadens PPM mätningar och rapporterat till Södermalms stadsdelförvaltnings MAS.

Verksamheten fortsatt arbetat utifrån författning HSLF-FS 22017:37 för att säkerställa ordination och hantering av läkemedel.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Vårdgivarens oberoende kvalitetsavdelning har under året reviderat och implementerat nya riktlinjer, rutiner, blanketter och checklistor angående patientsäkerhet.

Dessutom har systematisk uppföljning av avvikelser genomförts och återkopplats till ansvariga för uppföljning av vidtagna åtgärder.

Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i ledningssystemet.

Verksamheterna registrerar i kvalitetsregister där samtycke finns och i Palliativregistret. Samtliga verksamheter ska delta i PPM-studier. Riskbedömningar för trycksår, fall, nutrition, munhälsa och inkontinens görs i Senior Alert.

Från Covid-19 pandemins start fattade företags Krisledningsgrupp beslut om hur arbetet skulle bedrivas på central och lokal nivå utifrån Folhälsomyndigheten, Regeringen och Socialstyrelsens beslut. Kvalitetsavdelningen har haft nära samarbete med alla Sveriges regioner, smittskydd och de kommuner där företaget har verksamheter. Samverkan med läkarorganisationen har också fungerat väl. En Coronasida på intranätet upprättades direkt med gällande styrdokument, checklistor och Q&A från Kvalitet (hälso- och sjukvård), HR och inköp. Digitala informationsmöten från Kvalitetsavdelningen tillsammans med HR och inköp hölls frekvent för alla chefer och legitimerad personal för att snabbt få ut nya styrdokument och aktuell information. Information har även kommit till verksamheterna utifrån regionala beslut från respektive region/kommun.

Gällande Covid 19 pandemin och följsamhet av basala hygienrutiner upprättade verksamheten risk och konsekvensanalyser som kontinuerligt följts upp.

Samtlig personal fick genomgå webbutbildningar i Basal hygienrutin samt Covid-19 utbildning 1+2. Ledning och HSL personalen hade Go to meeting för att få information.

Dagligen, vid morgonrapporter, team möten, planmöten, Kvalitetsråd och APT instruerade HSL personal och gruppchefer om basal hygien och om hur vi arbetar rätt och säkert med skyddsutrustningen.

Registrering i PPM-BHK=egenkontroll genom observation av basal hygien och kläder som registrerats i SKR databas, halvårsmäning vår och höst

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Utifrån en egenkontroll i företagets kvalitetssystem följs samtliga rutiner, policys, arbetssätt, samt följsamheten. Månatligt följs arbetet i förbättringslogg och avvikelssystem även upp centralt ifrån. På Sofiagården genomfördes två egenkontroller år 2022. Loggkontroller genomfördes på dokumentationssystemet Vodok på både vårdtagare och personal.

Dokumentationsgranskning av HSL dokumentationen har genomförts. Arbetet med registrering i Senior alert med riskbedömningar har förbättrats under året.

Utifrån avvikelssystemet och förbättringsloggen har avvikelser lett till både nya rutiner – och arbetssätt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad mellan Sofiagården och läkarorganisationen, Catio Legevesitten. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsgenomgångar, vaccinationer, läkemedelsanvändning, utfärdandet av remisser till andra vårdinstanser, samt medicinsk vårdplanering. Överenskommelsen om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Vid varje inskrivning hämtas samtycke till kontakt med andra vårdgivare in samt listning till läkarorganisationen, Catio Legevisitten.

Sofiagårdens läkare kommer regelbundet en gång i veckan för uppföljning och åtgärder verksamhetens vårdtagare behöver. Läkaren bunden till Sofiagården finns tillgänglig resterande kontorstid under måndag till fredag för rådfrågning och ordinationer per telefon. Resterande tid har jourläkare från Catio Legevesitten ansvarar för tillgodose behovet av läkarinsatser i verksamheten.

Under 2022 har behovet av samtal med läkare inte varit i samma nivå som år 2021 relaterad till minskad smitta av Covid 19 i huset och lindrigare symtom, tack vare vaccinationerna. Läkaren har varit tillgänglig och haft samtal med anhöriga, ordinerat testning för Covid 19 testning av patienter vid minsta symtom, följt upp testsvaren, och ordinerat behandling.

Samverkan mellan uppdragsgivare runt patienten

Under året har verksamheten haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren vid, avtal, kvalitet och hälso-sjukvård uppföljningar. Det har inneburit rapportering gällande Covid-19 smitta, skyddsutrustning, risk och konsekvesanalyser, kvalitetsuppföljning och stöd.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Vi har arbetat under 2022 med mera strukturerad kommunikation, överrapportering och olika mötes forum. Protokoll från olika möten finns tillgängliga för personal på gemensamma mappen.

Tvärprofessionella teammöten hålls var fjortonde dag samt reflektionsmöten en gång i månaden. Informationsöverföring sker under strukturerade former både muntligt genom morgonrapport, överrapportering vid arbetspassbyte och skriftligt genom dokumentation i SOL och Vodok. Riskanalyser och skattade risker är underlag för individuellt utformade handlingsplaner och hälsoplaner. I det dagliga arbetet sker överrapportering, dagligen mellan samtliga yrkeskategorier vid morgonplanering, arbetspassbyten och på teammöten.

Riskbedömningar

Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion har genomförts inom två vecka från inflyttning till Soflagården.

Munhälsobedömningar har genomförts av Oral care enligt avtal. Och Tandvårdsinsatser har gjort ut av Flexident.

Riskanalys av miljön görs för alla patienter, följs upp regelbundet samt på teammöten. Uppdatering av riskanalyser görs vid behov.

Samtliga patienter har under året fått läkemedelsgenomgångar genomförda.

Rehab-personal har systematiskt arbetat med att kvalitetssäkra hjälpmedel genom att regelbundet utvärdera, kontrollera och se över behovet. Nya madrasser, sängar och lyftar har köpts in för att ersätta sådant som inte hållit god kvalitet.

Utbildning i förflyttningsteknik har erbjudits i flera omgångar under året.

Ett fortsatt fokus har varit på arbete med skyddsåtgärder. Där teamet har bedömts att behovet finns samtycke till skyddsåtgärder hämtats, skyddsåtgärder satts in, dokumenterats och vidrare följs upp av teamet på teammöten enligt plan.

Klicka här för att beskriva mellan yrkesgrupper t ex. teammöten.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

På Sofiagården genomförs preventions- och riskbedömningar för varje vårdtagare vid inflyttning utifrån gällande rutin och riktlinje. Utifrån riskbedömningar upprättas hälsoplan i journalsystemet Vodok. Dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. För att säkerställa detta används checklista, vid in- och utskrivning. Likaså genomförs ADL- och förflyttnings status som även dessa uppdateras var sjätte månad och vid behov. Handlingsplaner tas fram i teamet runt vårdtagaren när risk föreligger.

Utifrån gällande riktlinjer, dokumenteras riskbedömningar i både Vodok och Senior alert, efter inhämtat samtycke.

Informationsöverföring sker under strukturerade former på teammöten men även i det dagliga arbetet mellan de olika yrkeskategorierna. Både muntlig och skriftlig överrapportering sker strukturerat över dygnet för en säker och trygg vård. Både kvalitetssystemet och dokumentationssystemet är känt för alla medarbetare. Rutin för dokumentation finns tillgänglig i skriftlig form samt dokumentationshandledare på varje våningsplan. Avvikelsehantering som tex lex Sarah och lex Maria finns som stående på punkt på APT och Kvalitetsråd samt diskuteras i det dagliga arbetet.

Ett kontinuerligt arbete kring arbetsmiljö pågår. Riskanalys för medarbetares arbetsmiljö görs för varje vårdtagare som följs upp regelbundet vid team mötena och uppdateras vid förändringar.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra.

Intern

revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Arbetet med informationssäkerheten, dvs granskning av dokumentationen görs genom egenkontroll, kvalitetstillsyn, checklista hälso- och sjukvårdsdokumentation

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9 5 kap. 4§

Rapportering av händelser/ Avvikelser

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Samtliga medarbetare har kunskap om Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser. Samtliga är skyldiga att rapportera i direkt anslutning av en händelse. Samtliga avvikelser registreras i Qmaxit. Alla medarbetare är medvetna om vikten av att aktivt arbeta med att identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker.

Samtliga avvikelser graderas utifrån alvarlighetsgrad. Avvikelser med hög alvarlighetsgrad går direkt till övergripande chef och företagets kvalitetsavdelning som följer upp och säkerställer att utökad utredning påbörjas.

Dessa rutiner om avvikelser och dess process är rutiner som ingår i introduktionen av nyanställda medarbetare.

Samtliga medarbetare har kännedom om hur Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar går till. Vid anställningstillfället lämnas information ut.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för synpunkter och klagomål.

Återkoppling sker enligt rutin till den som inkommit med synpunkt eller klagomål. Detta för att så snart som möjligt starta en dialog och eventuell utredning. Allvarligare synpunkter och klagomål rapporteras till verksamhetschef samt MAS och uppdragsgivare.

Synpunkter och klagomål riktade mot verksamheten diskuteras kontinuerligt i aktuella mötesforum, som ledningsgrupp, team möte, HSL-möte Kvalitetsråd och/eller APT. Vi lägger

stor vikt vid att bekräfta den enskildes upplevelse, för att kunna möta de förväntningar och behov som vårdtagaren har. Detta för att de, i sin tur skall uppleva att de är sedda och hörda så skapar vi dialog skyndsamt för utredning, handlingsplan samt uppföljning.

Information om ”blankett för synpunkter och klagomål” finns tillgängliga på anhörig tavlan, samt i mappen med inflyttningsmatreal. I det materialet ingår även information om kundombudsmannen som är en instans i företaget där vårdtagare och anhöriga kan vända sig till.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6§

Majoriteten av avvikelserna gäller fall (55%) följt av Läkemedelsavvikelser (20%). Dessa avvikelser har på teammötena varit underlag för analys och upprättande av åtgärder till vårdtagaren. Fallavvikelserna har genererats till största delen av 2 personer, det finns alla tänkbara åtgärder för dessa.

De vidtagna åtgärder kan bestå av bland annat, balansträning, stödhandtag, fallskyddsmatta, höftskyddsbyxor, halkstrumpor, mjuk hjälm till uppegående boende med stor fall risk, tillsyn dygnet runt, anpassad miljö och möbler osv. Lika så har läkemedelsavvikelserna analyserats för att hitta strategier för att undvika missar.

För utökad patientsäkerhet har vi haft stort fokus på stabilitet och kontinuitet i bemanning av omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och rehab personal. För smittförebyggande arbetssätt under Covid 19 pandemin har vi arbetat särskilt med följsamhet i basala hygienrutiner, hålla en god personalstyrka för att möta behovet i den dagliga arbete. Vid Covidsmitta har Kohort vård följts med extra personal.

Sjuksköterskeinsatser har också påverkats mycket av prioriteringar, ändrade arbetssätt och insatser pga Covid 19 pandemin. Det har varit i form av smittspårning, vaccinationer enligt rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, uppföljning och behandling relaterad till Covid 19.

Under år 2022 förstärktes stabiliteten i sjuksköterskebemanning genom anställning av omvårdnadsansvarig sjuksköterskor samt inarbetade timanställda sjuksköterskor för att skapa kontinuitet, trygghet hos boende, anhöriga och omvårdnadspersonalen. På så sätt lyckades vi under år 2022 betydligt minska behovet av inhyrda sjuksköterskor via bemanningsföretag.

Stabilitet i personalbemanning, och systematisk kvalitetarbete har gjort att det inte har förekommit några allvariga avvikelser eller bristande vård och omsorg.

Läkemedelsavvikelser åtgärdats omgående, åtgärder för säkrare läkemedelshantering har vidtagits i samband med kännedom om eventuella brister. Vidtagna åtgärder som till exempel, uppdatering av signeringslistor för överlämnande av läkemedel vid läkemedelsändringar, uppdatering/byte av läkemedelslistor vid alla medicinändringar, lika så med uppdatering av checklistor vid förändring av arbetsuppgifter, samt hålla rutiner levande och uppdaterade.

Att skapa en god arbetsmiljö genom att ha en öppen arbetsklimat, respektfull bemötande och leva upp våra värdegrunder har gjort att trots tuffa perioder har personalen upplevts arbetsglädje, gemenskap och positiv energi för att kunna erbjuda en god och säker vård till våra boende.

Samarbetet mellan alla yrkeshöjdskategorier, sjuksköterskor, rehab och omvårdnadspersonal förbättrats genom ett teambaserat arbetssätt där samtliga kategorier finns tillgängliga för varandra. Med strukturerade övrrapporteringar och kontinuerliga team möten ökar delaktighet och patientsäkerhet.

Ett stor fokus har varit på att skapa olika typer av aktiviteter för vårdtagarna, både gemensamma och enskilda, i små och större grupper. Det kan vara sittgymnastik, styreträning, balans träning, gångträning och dans.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende.

Närståenderådet har idag inga deltagare och startas upp så snart det går att uppbringa representanter.

Boråd per våningsplan med verksamhetschef och aktivitetsansvarig med dagordning. De fick upphöra vid pandemins början, men har återupptagits med en genomgång av brukarundersökningen.

Mat råd, med verksamhetschef och kostansvarig som även det fick upphöra vid pandemins men planeras återuppföras år 2023.

Under pandemin har informationsbrev från verksamhetschef sänts månadsvis samt vid förändringar, gruppcheferna har sänt veckobrev med vad som händer per våningsplan samt kontaktpersonen kontaktar närstående minst en gång i veckan, eller efter överenskommelse, vad som hänt specifikt med just dennes närstående. Det har varit ett stort behov av information till närstående vilket varit väldigt uppskattad.

Närstående/anhöriga bjudits in, vid läkemedelsgenomgångar då samtal förts med läkare och sjuksköterska. Och vid välkomstsamtal, vårdplaneringar, och uppföljningar eller vid behov om anhöriga har önskat det. I dessa möte har omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, gruppchef, fysioterapeut, arbetsterapeut och vid behov verksamhetschef deltagit .

Närstående/anhöriga/godman bjöds in två kvällar för genomgång av resultaten på boende- och närstående enkät, interna och externa enkäter.

På de kvällsträffarna kunde de både höra hur vi arbetar med patientsäkerheten och kunna framföra sina synpunkter till verksamheten, vilket var uppskattad av deltagande anhöriga/närstående/godeman.

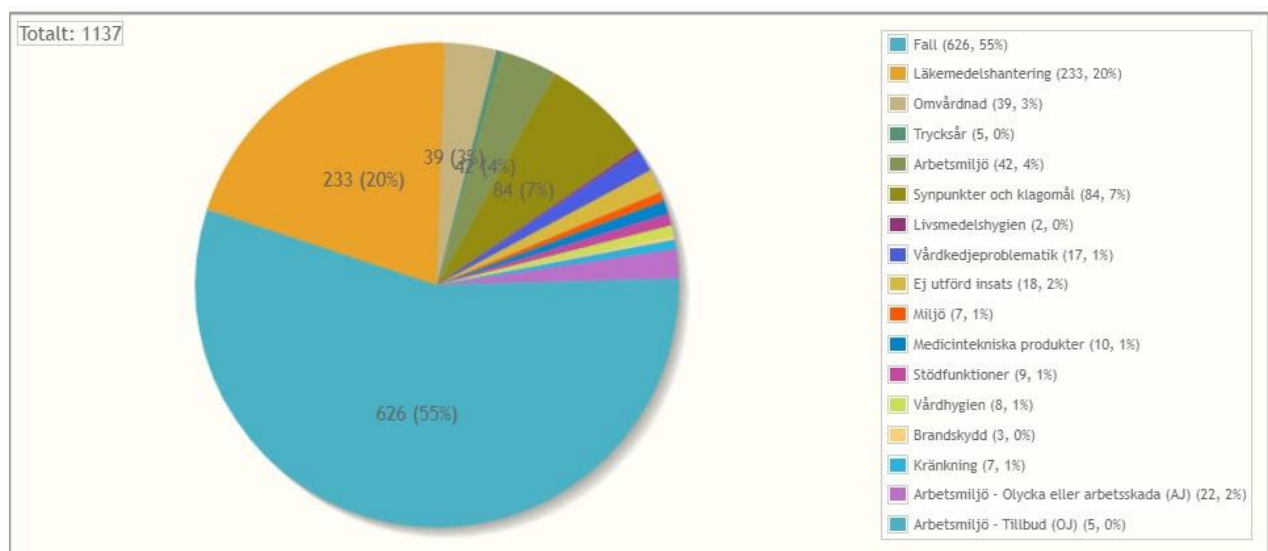
Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit år 2022.

Resultat 2022

Statistik från QMaxit:



Område:	Mål: Ge en säker och högkvalitativ hälso- och sjukvård som uppfyller de krav och mål enligt HSL	Strukturmått: Dessa förutsättningar behövs för att vi ska nå vår målsättning	Processmått: Processer och aktiviteter vi utfört för att nå vår målsättning	Resultatmått: Andel (%) av rapporterade avvikelser som medfört vårdskada som tex fraktur, smitta, sår.	Måluppfyllelse: Resultat kopplat till målet
Fall	<p>Att alla vårdtagare ska ha en aktuell fallriskbedömning.</p> <p>Nyinflyttade vårdtagare får en fallriskbedömning inom tre dagar</p> <p>Samtliga fall registreras i avvikelssystemet Qmaxit</p>	<p>Rutiner och styrdokument för fallprevention</p> <p>Avvikelsehantering</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>Ett systematiskt kvalitetsarbete, i teamet, för att förebygga fall och fallskador</p>	<p>Utföra fallriskbedömning vid inflyttning efter checklistan och utifrån riskbedömning upprättas hälsoplan</p> <p>Varje vårdtagare har en aktuell riskbedömning fall, som följs upp på team möten</p> <p>Fall avvikelser, relevanta för teamet analyseras gemensamt i det mångprofisionella teamet</p>	<p>55% av registrerade avvikelser har varit fallavvikelse där av det är två vårdtagare som stått för de flesta fallen</p> <p>De flesta fall avvikelser har varit:</p> <p>Ingen skada eller lindriga som sårskada</p> <p>8 st behövde sjukhus vård av olika slag,</p> <p>Tre frakturer övriga endast kontroll och omvårdnad</p>	<p>alla boende har en riskbedömning gällande fall.</p> <p>Riskbedömning har gjorts i samband med inflyttning men registrerades</p> <p>Inte inom 3 dagar i vodok, enligt mål</p> <p>Strävat efter att samtliga fall registreras i Qmaxit. Ökat</p> <p>antal registreringar av fallavvikelser</p> <p>visar på klart förbättring i detta område. Vi ser en minimal risk för mörkertal</p>

Basal hygien i vård och omsorg	Att följa basal hygien i vård och omsorg enligt författning, gällande meddelandeblad och styrdokument	Hygiensjuksköterska med hygienombud. Rutiner och styrdokument för basal hygien Kompetens hos all personal Handledning/utbildning	Samtliga medarbetare har gjort webb utbildningen Basala hygienrutiner samt Vårdhygiens digitala utbildning Genomgång, i hantering av skyddsutrustning och Kohort vård Självskattning och observation	Andel avvikelse gällande hygien 1%. Under årets börjag hade vi vissa problem med leveranser av handskar. Vi var aldrig utan men upplevelsen fanns där som en risk. Dagligen har hygienrutiner funnits på agendan, vid morgonrapport och teammöte Självskattning och observationer har genomförts Vi har följt region Stockholms rekommendationer under hela året. Haft dubbla barriärer vid smitta.	Året har i stort handlat om följsamhet till basala hygienrutiner. Det har inneburit att rutinen har ständigt/dagligen varit aktuell. Avvikelser har mestadels handlat om upplevd brist på handskar, vid leverans problem
Rapporterings-skyldighet	Samtliga medarbetare känner till och kan rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Rutiner och styrdokument för hantering av händelser.	Vid introduktion och minst en gång om året har verksamheten en genomgång av Lex Sarah och Lex Maria på APT	0%	Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder och snabba åtgärder innan allvariga händelser inträffar

			När en avvikelse öppnas för utökad utredning informeras medarbetarna genom Kvalitetsrådet, APT och morgonrapporter		
Läkemedels- hantering och delegering s- processen	Att medarbetare: <ul style="list-style-type: none"> kan överlämna läkemedel på ett säkert sätt En säker läkemedelshandling 	Korrekt delegeringsförfarande av leg personal Ett konstruktivt kvalitetsarbete kring läkemedelshandling	Vid anställning av en ny medarbetare meddelas det till omvårdnadsansvarig sjuksköterska för kommande delegering. Medarbetaren som inte har haft delegering tidigare, förbereder sig med att göra webb utbildningen, Säker läkemedelshandling, skriver ut sin diplom därefter bokas tid hos sjuksköterskan för kunskapstest inför delegering. Vid förnyelse av delegering, görs kunskapstest och sedan går sjuksköterska igenom svaren tillsammans med den personalen. Vid avvikelser har åtgärder vidtagits snabbt för att förebygga liknande händelser	20% av avvikelser handlade om läkemedelshandling. En stor andel av läkemedelsavvikelse rna handlade om uteblivna doser eller givna doser som ej blivit signerade.	<p>Analys av Läkemedelsavvikelse r visar på en minskning med 5%. Det intensiva arbetet under året med att få kontinuitet i personalgrupperna samt gemensamma rutiner ser ut att hjälpa till viss del.</p> <p>När avvikelser uppstått har den omgående tagits upp på morgonrapporter och på teammöten. Rutin har gått igenom och uppdaterats. Vid varje arbetspass har en person ansvar för kontroll av att alla vårdtagare har fått sina mediciner.</p> <p>Delegeringar har uppdateras regelbundet enligt styrdokument och rutiner</p>

<p>Trycksår</p>	<p>Att alla vårdtagare ska ha en bedömning av hud och eventuella risker för trycksår och förebyggande åtgärder ska sättas in omedelbart</p> <p>Samtliga sjuksköterskor ska kunna beställa madrasser på beställningsportalen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning • Utbildning i sårvård • Samverkan vid team möte 	<p>Riskbedömningar genomförs var sjätte månad och vid behov, dokumenteras i Vodok och Senior alert</p> <p>Hälsoplan upprättas och följs upp regelbundet av omvårdnadsansvarig sjuksköterska</p> <p>Vid behov förskrivs antidecubitus-madrass</p>	<p>Andel avvikelser gällande trycksår, 5 st 0%</p>	<p>Fortsätta arbetet med nolltolerans mot trycksår.</p> <p>sjuksköterskor kan beställa antidecubitusmadrasser På beställningsportalen, samt sätta in andra lämpliga åtgärder både förebyggande och behandlande.</p> <p>4 av vårdtagarna hade sår vid inflytt alternativt efter sjukhusbesök. Ett sår har uppkommit på boendet. När vårdtagare med sår flyttar in sätter vi in alla tänkbara åtgärder.</p> <p>Vi har haft bra resultat på två sår, den ena har läkt och den andra är klart förbättrat. De övriga såren har karaktär och bakomliggande orsaker som koplicerar läkning.</p>
<p>Dokumentation</p>	<p>Dokumentation enligt styrdokument, rutiner och krav på fullständigt dokumentation</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för hur man dokumenterar</p> <p>Handledning/utbildning</p> <p>Egenkontroll två ggr/år</p> <p>Loggkontroller</p>	<p>Dokumentationsstödja re finns för SOL och för HSL</p> <p>Finn även möjligheter till hjälp från Vodokhandledare på Stadsdelen</p> <p>Vid datorstop finns journalblanketter i</p>	<p>100% av alla journaler har registrerade riskbedömningar i MNA, Norton, ROAG, Downton, Nikola och sunnås hälsoplan finns relaterade i alla riskbedömningar</p>	<p>Förbättringar har gjort i dokumentation i Vodok så att 100% av alla journaler har registrerade riskbedömningar i MNA, Norton, ROAG, Downton,</p>

			<p>papper för manuell dokumentation</p> <p>Rutine och styrdokument finns för dokumentation</p> <p>Loggkontroller genomförs</p>		<p>Nikola och sunnås hälsoplan finns relaterade till alla riskbedömningar</p>
<p>Vård i livets slut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En ökad kompetens gällande vård i livets slut för att säkra den boendes sista tid. • Dokumentera i en vårdplan/NVP • Registrering i Palliativa registret 	<p>Rutiner och riktlinjer för vård i livets slut</p> <p>Utbildning för leg. Personal och palliativa ombud</p> <p>Använd palliativa registret</p>	<p>14st palliativa ombud finns utbildade, dag, natt i samtliga yrkeskategorier. Ansvarig palliativ sjuksköterska är utsedd.</p> <p>Brytpunktssamtal görs av läkare och sjuksköterska, KP är delaktig. Vårdplan upprättas för livets slutskede. Efterlevnadssamtal erbjuds till närstående/anhöriga</p> <p>Alla dödsfall registreras i paliativa registret</p>	<p>Ingen avvikelse är noterad gällande vård i livets slutskede. Under året skapades ett nytt strukturerat arbetssätt enligt NVP, all personal har genomgått utbildning i palliativvård, Webb utbildning och Workshop.</p>	<p>Palliativa ombud är utbildade till varje våningsplan, dag- och natt. Nytt strukturerat arbetssätt enligt NVP skapats under året, och all personal har genomgått utbildning i palliativvård, Webb utbildning och Workshop. Utsedd palliativsjuksköterska finns dag och natt Sjuksköterskan tillsammans med läkaren strävar efter att brytpunktsamtal görs, symtomskattningar görs i större utsträckning enligt validerade instrument, och dokumenteras i Vokdok och vårdplan upprättas samt registreras i palliativaregistret</p>

<p>MNA (kost/nutrition/vikt)</p>	<p>Alla vårdtagare ska ha en dokumenterad MNA bedömning och har hälsoplan för nutrition</p> <p>Nyinflyttade patienter ska kostregistreras i tre dygn</p>	<p>Rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Kompetens hos hälso- och sjukvårds- och övrig personal.</p> <p>Handledning/utbildning i klinisk nutrition</p>	<p>När en vårdtagare flyttar in görs en kostregistrering i tre dygn för att få insyn hur nutritionen för vårdtagaren ser ut varje dygn. Efter registreringen görs en rikbedömning kring nutrition</p> <p>MNA genomförs två gånger om året och vid behov. Hälsoplan upprättas enligt identifierade risker</p> <p>Vikt tas enligt rutin minst var tredje månad eller vid behov.</p> <p>Vårdtagaren har inte längre än 11 timmars nattfasta. Kväll, natt och tidig morgon erbjuds lämpliga mellanmål</p> <p>Logopedbedömningar samt dietistbedömning genomförs vid behov</p>	<p>0% rapporterade avvikelser</p> <p>Mat som hemma är konceptet för en god och näringsrik mat, De flesta boende äter med god aptit, måltidsmiljö anpassas efter individens behov och att måltiderna är en trevlig social samvaro på dagen</p>	<p>Alla vårdtagare har en dokumenterad MNA bedömning. Och hälsoplan.</p> <p>Det är ett ständigt pågående förbättringsarbete att hålla nattfastan till högst 11 timmar och att minska risken för undernäring Vid behov sätts vårdtagare på konsistensanpassad kost, näringsdryck som tillägg, samt anpassad måltidsmiljö.</p>
<p>Munhälsa</p>	<p>Alla patienter ska erbjudas en god munvård</p>	<p>Följa rutiner och riktlinjer för risk- och preventionsbedömning</p> <p>Alla vårdtagare ska ha riskbedömning enligt ROAG dokumenterad i Vodok och ha hälsoplan för munhälsa</p> <p>Registrerat i Senior Alert efter inhämtning av samtycke</p> <p>Handledning och utbildning i munvård</p>	<p>ROAG utförs och registreras i Vodok för samtliga vårdtagare</p> <p>All HSL-personal skall kunna delta vid måltiderna för att kunna utvärdera och säkerställa vårdtagarnas behov av insatser vid sin kosthållninge</p> <p>Oral care har erbjudit munhälsobedömningar under året, och Flexident har regelbundet följt upp munstatusen, bedömning av</p>	<p>0% avvikelse</p> <p>Oral care har gjort munhälsobedömningar under året, och Flexident har regelbundet följt upp munstatusen, bedömning av tandhygienist- och tandläkarinsatser. De är tillgängliga för akuta behov/insatser</p>	<p>Alla vårdtagare har en aktuell ROAG bedömning. Vid behov har tandläkare/tandhygienist blivit kontaktad. Den årliga munhälsobedömning har gjorts på samtliga vårdtagare av Oral Care. Och tandläkarinsatser är gjort av Flexident</p>

			tandhygienist/ tandläkarinsatser. De är tillgängliga för akuta behov/ insatser		
Inkontinens	Alla som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt utprovat och ordinerat inkontinensskydd av sjuksköterska med förskrivningsrätt	Följa styrdokument och utföra mätning för en individuell bedömning till rätt utprovat skydd	Mätning görs i två dygn enligt instruktioner och skydd prövas ut där hänsyn tas för bla kroppslig konstruktion samt mängd urin Ansvarig sjuksköterska för in resultaten i Guide med ordination	0% avvikelser Samtliga vårdtagare har fått individuellt anpassad inkontinensskydd genom skattning och praktisk erfarenhet Sjuksköterska med förskrivningsrätt ordinerar och för in vårdtagaren i Guide	Samtliga vårdtagare har en NIKOLA bedömning och har fått individuellt anpassad inkontinensskydd genom skattning och praktisk erfarenhet Sjuksköterska med förskrivningsrätt ordinerar och för in vårdtagaren i Guide
Samtycke till att registrering i kvalitetsregister	Alla som samtycker, ska registreras i kvalitetsregister	Följa styrdokument och riktlinje Dokumentera i Senior alert Paliativa registret	Vid inflyttningen inhämtas samtycke, enligt rutin och checklista	Samtycken inhämtas vid inflytt och dokumenteras i journalsystemet Vodok	Vårdtagarna får frågan om samtycke, detta dokumenteras i Vodok. Har arbetat med registrering i Senior alert och det har skett en stor ökning av registreringar sedan förra året. Alla dödsfall i huset är registrerade i Palliativa registret Har ännu inte registrerat i BPSD på ett strategiskt vis.

Samarbete och intern kommunikation	Ett ökat samarbete och en säkerställd intern informationsöverföring	Följsamhet till rutiner och styrdokument för informationöverföring, både muntlig och skriftlig. Team möten för att skapa forum för informationsdelning och samarbete mångprofessionellt	Rapport mellan arbetsskiften Morgonplanering Teammöten Plan möten Reflektionsmöten HSL möten Dokumentation möten	Mötesstruktur finns i årets mötesagenda Team mötena har utvärderats och uppdaterats Egenkontroll av dokumentation görs enligt rutin	Fortsatt förbättringsarbete med mer utförlig dokumentation Vi har fokuserat på ett strukturerat teammöte, framtaget av teamet Förbättring i dokumentation med en mer utförlig dokumentation och kopplade åtgärder till hälsoplan det genom dokumentationsstödjare på varje våningsplan. uppföljningar av SOLdokumentation Egenkontroll och uppföljning av HSLdokumentation av HSL-ansvarig (GC-HSL) sjuksköterska

Patientsäkerhetsplan 2023 för verksamheten

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dem.

Vardagas verksamheter ska under 2023 aktivt arbeta med patientsäkerhet, med utgångspunkt i:

Vårdgivarens områden för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål för 2023 och metod för att uppnå målen
<p>Risk och preventionsbedömningar – alla patienter ska ha en risk och preventionsbedömning gjord i samband med inflytt och över tid (minst var 6:e månad)</p>	<p>I samband med inflyttning preventionsbedöms vårdtagaren.</p> <p>Riskbedömningar görs enligt, Norton, MNA, Downton, RAOG, Nikola och Sunnås.</p> <p>Därefter följas de upp var sjätte månad eller vid behov</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab personal upprättar hälsoplan, vid samtliga bedömningar och arbetar förebyggande tillsammans med teamet.</p> <p>Vi registrerar alla boende efter samtycke i Senior alert, riskbedömningar och hälsoplaner samt uppföljning.</p> <p>Sofiagårdens mål är att upprätta full dokumentation med uppföljningar under året</p>
<p>Konstruktivt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient</p>	<p>Vid identifierade risker är hela det tvärprofessionella teamet delaktiga. Risker och planerade åtgärder/vidtagna åtgärder ska kunna ses som en röd tråd i dokumentationen både i HSL och SoL.</p> <p>Samt i Registrering i Senior alert och i paliativaregistret</p>
<p>Fallförebyggande arbete</p>	<p>Samtliga vårdtagare ska ha en aktuella förflyttningsstatus samt risk och preventionsbedömningar. Bedömningarna görs i samband med inflyttning och skall uppdateras var sjätte månad och vid behov.</p> <p>Registrering görs i Senior alert</p> <p>Aktiviteter för både enskild och i grupp med fokus på gångträning, balansövningar och styrka, som gymnastik, rörelse för gångare och dans</p>

<p>Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.</p>	<p>Samtliga medarbetare gör den webbaserade utbildningen basal hygien årligen, hygienombud är utsedda och gått webbutbildning för deras uppdrag.</p> <p>Ansvarig hygiensköterska har regelbundna möten med hygienombuden som protokallförs.</p> <p>Hygienombuden gör observationer en gång i månaden utifrån följsamhet till basalahygenrutiner</p> <p>Följsamhet till användandet av skyddsutrustning i verksamheten enligt nuvarande rekommendationer och styrdokument samt specifikt vid eventuellt Covid-19 smitta</p>
<p>Dokumentation – Alla patienter ska ha en korrekt patientjournal (utifrån ICF där det finns i systemet)</p>	<p>Samtliga sjuksköterskor dokumenterar i Vodok enligt ICF strukturen och sökord.</p> <p>Vi planerar in dokumentation i schemat</p> <p>Vi kommer fördjupa oss i ICF strukturen för gemensama sökord samt fler kopplade åtgärder</p> <p>Dokumentation är en alltid återkommande punkt på HSL mötena</p>
<p>Läkemedel- och delegeringsprocessen – Det ska vara en säker läkemedels- och delegeringsprocess</p>	<p>Inför delegering första gången ska omvårdnadspersonalen genomgå, webbutbildningen "jobba säkert med läkemedel" samt utifrån ett frågeformulär genomgå både teoretiskt och praktiskt förfarande vid medicingivning.</p> <p>Vid uppdatering/förnyelse av delegering görs kunskapstest för läkemedelsdelegering. Blanketten finns på intranät</p> <p>Läkemedels- och delegeringsprocessen skall ske på ett säkert sätt där det är viktigt att både sjuksköterska och omvårdnadspersonal är trygga.</p> <p>Läkemedelsavvikelse tas upp på teamöten, och på kvalitetsrådet, planerade och vidtagna åtgärder dokumenteras i förbättringslogg i QMaxit. Avvikelse av större vikt diskuteras även på HSL-möten samt APT.</p> <p>Att kunna använda digital signeringslista (som tex Appva) är en viktig fråga för oss, som gör det möjligt att utöka kvalitet i läkemedelshantering. Detta, när det finns budget för den.</p>

<p>Minska läkemedelsavvikelser</p>	<p>Omvårdnadspersonalens dagliga planering, i början av arbetspasset, planerar ansvarsfördelningen för överlämnande av läkemedel till alla vårdtagare.</p> <p>Vi har även en utsedd person för kontroll av att alla läkemedel är givna och signerade.</p> <p>Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är ansvarig för att ta med samtliga medicinavvikelser till morgonrapport och teammöte, för en gemensam analys i teamet</p> <p>Avvikelserna följs noga upp på Kvalitetsrådet.</p> <p>Att kunna använda digital signeringslista (som tex Appva) är en viktig fråga för oss, som gör det möjligt att utöka kvalitet i läkemedelshantering och minska läkemedelsavvikelser.</p>
<p>Rapportering av händelser – Vårdskada</p>	<p>Alla avvikelser skrivs in i avvikelssystemet Qmaxit. Där graderas avvikelserna utifrån allvarlighetsgrad. Vid hög graderig, allvarlighetsgrad gå avvikelserna direkt till övergripande chefer och kvalitetsavdelningen, MAS.</p> <p>Vid Allvarlig händelse påbörjas en utökad utredning skyndsamt av utsedd utredare i företaget.</p> <p>Uppdragsgivare informeras</p>
<p>Vård i livets slut –patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.</p>	<p>Palliativaombud är utsedda och har gått utbildning för sitt uppdrag. Utsedd sjuksköterska är sammankallande till möte med palliativa ombuden enligt årsplaneing.</p> <p>Vid livetslutskede upprättas vårdplan i Vodok och all dokumentation görs enligt plan, bedömning av smärta, oro, andning, munhälsa görs regelbundet och enligt rekommenderade validerade instrument. Samtlig omvårdnadspersonal har introducerats i det validerade smärtskattningsinstrumentet, Abbey Pain Scale. Fortsatt arbeta enligt det framtagna arbetsättet.</p> <p>Målet är att alla vårdtagare som befinner sig i livets slut skall få ett värdigt omhändertagande och att närstående upplever sig informationerade, delaktiga och trygga.</p> <p>Arbeta med hela det mångprofisioella teamet.</p> <p>Alla dödsfall i huset registreras i Palliava registret och kvalitet på vård i livets slutskede analyseras genom att ta fram statistik/spindel från palliativregistrets hemsida.</p> <p>Statistiken följs upp på HSL möten och Kvalitetsråd.</p>

Samtliga vårdtagare med skyddsåtgärder ska ha en aktuell hälsodplan (egen prioriterad punkt)	Hälsoplanen ska upprättas och följas upp av teamet på teamöten samt uppdateras vid behov.
--	---

Lägg in hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.

Patientsäkerhetsberättelse för
Guldbröllopshemmet
År 2022 och
patientsäkerhetsplan
År 2023



Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	35
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	36
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	36
Övergripande mål och strategier	36
Organisation och ansvar.....	38
Samverkan för att förebygga vårdskador	39
Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten	39
Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten.....	39
Informationssäkerhet.....	39
HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§.....	39
En god säkerhetskultur	40
Adekvat kunskap och kompetens	41
Patienten som medskapare	41
Samverkan med patient och närstående.....	41
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	43
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	44
Tillförlitliga och säkra system och processer	45
Säker vård här och nu	47
Riskhantering.....	50
Stärka analys, lärande och utveckling	50
Avvikelse	52
Klagomål och synpunkter	54
Öka riskmedvetenhet och beredskap	54
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	55
Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2023	55

SAMMANFATTNING

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL. Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Guldbröllophemmet är ett särskilt boende med fyra avdelningar och heldygnsomsorg som drivs på entreprenad. 33 platser fördelat på tre avdelningar är för personer med demenssjukdom. Elva platser på en avdelning har inriktning mot psykiatri.

Guldbröllophemmet har sjuksköterskebemanning dygnet runt. Sjukgymnast finns med 0,8 årsarbetare varav 0,3 är för aktiviteter och arbetsterapeut med 1,0 årsarbetare varav 0,5 av tjänsten är inriktad mot aktivitetsansvar

Under året har vi arbetat med att öka patientsäkerheten och sett till att arbetet bedrivs enligt Vardagas riktlinjer och styrdokument. Avvikeleshanteringen i Qmaxit, kvalitetsledningssystemet, är känd hos alla personal

Arbetet med att få alla medarbetare att registrera avvikelser och följa upp dessa i kvalitetsledningssystemet, samt registrera förbättringsförslag, pågår löpande i verksamheten.

Legitimerad personal arbetar fortlöpande med riskanalyser, kartlagt hälsotillstånd och hälsoplaner med kopplade ordinationer och åtgärder som följs upp för utvärdering och eventuell revidering. Alla patienter har aktuella riskbedömningar som följs upp på teammöten samt vid behov.

Dokumentationen sker i ParaSol och Vodok. Vodok följer det internationella dokumentationssystemet ICF

Fortsätta arbetet med att fullt ut implementera Visam i verksamheten.

Guldbröllophemmet genomför i enlighet med Vardagas styrdokument egenkontroll två gånger per år. Brister som uppdagats går igenom och handlingsplaner och tidsplaner upprättas i Förbättringsloggen och arbetas sedan med kontinuerligt i verksamheten.

Varje månad utförs av legitimerad personal en loggkontroll av HSL dokumentationen. Resultatet signeras och dokumenteras på för detta avsedd blankett.

Egenkontroll av HSL-dokumentation genomförs 2 gånger/år av legitimerad personal.

Uppföljningar av uppdragsgivaren av avtal och verksamhet har under 2022 skett både digitalt och fysiskt på plats.

Arbetet behöver fortskrida vad gäller:

att utöka antalet hälsoplaner att använda Visam fullt ut att

sjuksköterskorna ordinerar inkontinenshjälpmedel på korrekt sätt

att fortsätta arbetet med att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation

Guldbröllophemmet har som mål att de anhöriga som vill ska få vara delaktiga i omsorgen av deras närstående. Närstående bjuds in till vårdplaneringsmöten vid behov.

Under året har vi också haft tre anhörigcirklar för närstående genom Demensakademin

Vi arbetar aktivt med anhörigkontakter och är noga med att anhöriga och närstående alltid ska känna sig välkomna med både frågor och ideer. Anhöriga kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till verksamhetschef, gruppchef, sjuksköterska eller kontaktperson. Vardaga har även en oberoende Kundombudsman till vilken närstående kan vända sig till.

Guldbärshemmet har haft en apoteksgranskning under 2022. Ssk har arbetat med de synpunkter som uppkom.

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Ambea/Vardaga.

Ambea/Vardaga är ett företag som med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år i syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvård.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

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

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD (vid demens)
- Alla patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med ansvar för detta.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följ basal hygien i vård och omsorg

Mål:

Att bedriva en säker, trygg och kvalitativ vård vilken säkerställs genom att vi använder Vardagas ledningssystem och checklistor samt identifierar, rapporterar och utreder alla avvikelser. Att vi snabbt agerar om något avvikande upptäcks.

Strategier:

Säkerställa att alla medarbetare känner till ledningssystemet och dess syfte. Detta görs vid introduktion, APT och avdelningsmöten samt vid individuella mål- och uppföljningssamtal.

Förebyggande arbete: Dokumentation enligt HSL innebär bland annat att göra riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Riskbedömningarna uppdateras kontinuerligt vid behov. Upprätta kartlagt hälsotillstånd och vid behov skapa hälsoplaner där åtgärder har tidsbestämd uppföljning med utvärdering. Information och diskussion vid teammöten är viktig, inte minst för genomförande och utvärdering av vidtagna åtgärder.

Läkemedelshantering: Genomföra årliga individuella läkemedelsgenomgångar för varje patient. Vi har infört Medview i verksamheten för att stärka patientsäkerheten. Medview ska följas upp sex månader efter den årliga obligatoriska läkemedelsgenomgången vilket innebär att alla får minst två läkemedelsgenomgångar/år

Syftet med Medview är att optimera läkemedelsbehandling samt att minska läkemedelsrelaterade symtom hos patienterna. Medview innebär att undersköterskorna deltar i processen genom symtombevakning och rapporterar till sjuksköterskan som tillsammans med läkare gör en läkemedelsöversyn. Eventuell förekomst av biverkningar dokumenteras och kontakt med ansvarig läkare tas för att åtgärder ska vidtas.

Målet med Medview är att öka patienternas välbefinnande och livskvalitet genom att observera, analysera samt åtgärda misstänkta läkemedelsrelaterade symtom. Enligt Socialstyrelsen (2014) behöver läkemedelsbiverkningar fångas upp innan de orsakar större skada.

Ansvarig sjuksköterska för respektive avdelning ansvarar för hög kvalitet på genomförandet av delgeringsförfarande till omvårdnadspersonal. Vid behov ska delegering återkallas.

Inkontinensvård: Tillsammans med kontaktperson ska ansvarig sjuksköterska med förskrivningsrätt se till att alla patienter har individuellt utprovade inkontinensskydd.

Kompetensutveckling: Alla medarbetare gör Vardagas alla webbutbildningar en gång om året, speciella individuella kunskaper tas om hand och används i verksamheten. Tillgång till utbildning på Lära finns och tid ges för kompetensutveckling.

Vi är i gång med registrering i Senior Alert och Palliativa registret

Palliativ vård: Omvårdnadsplaner upprättas vid palliativ vård i livets slutskede och checklistor såsom vändschema, munvård och vätskeregistrering används. Checklistor för omhändertagande av avliden används. Anhöriga erbjuds efterlevandesamtal en månad efter dödsfall. Alla medarbetare har gjort webbaserad utbildning för Vård i livets slut.

Organisation och ansvar

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy. Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis. Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Guldbröllophemmet har Capio/Legevisitten som läkarorganisation. Verksamheten har sedan 2020 haft samma fasta läkarkontakt. Namngiven läkare besöker verksamheten varje vecka på fastställd dag samt vid behov. Övrig tid, årets alla dagar, kontaktas läkare enligt journalschema. Verksamheten har samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen. Vardagas organisation har haft samverkansmöten med Capio/Legevisitten under 2022. Verksamhetens sjuksköterskor har samverkan med slutenvården och övriga vårdenheter i samband med in- och utskrivning av patienter samt vid behov.

Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten

Samverkan med uppdragsgivaren har skett både digitalt och fysiskt under 2022 genom avtals- och verksamhetsuppföljning. Även husmöten med fastighetsägaren och uppdragsgivaren har skett både digitalt och fysiskt.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Ledningsgruppsmöten, avdelningsmöten, kvalitetsråd och arbetsplatsträffar hålls regelbundet enligt styrdokument.

Teammöten ska hållas minst var 14:e dag vilket har varit en utmaning då vi inte har haft fulltaligt av alla professioner.

Samarbete avseende tandvård och munhälsobedömningar sker med Oral Care och Flexident.

Vid behov sker överrapportering och samtal om patient med vårdgivare utanför Guldbrolophemmet. Tex sjukhus, logoped eller dietist och fotvårdare.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Guldbrölloppshemmet har arbetat med informationssäkerheten i form av dokumentationsgranskning genom egenkontroll två gånger/år gällande både HSL- och Social dokumentation. Verksamheten har använt sig av checklistor för hälso- och sjukvårdsdokumentation och permanentat detta som rutin genom att kvartalsvis granska under senare delen av 2022. Verksamhetens sjuksköterskor har läsbehörighet i Take Care.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig. Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Guldbrölloppshemmet har en tydlig rutin i hur och när avvikelser skrivs. All personal har tillgång till kvalitetsledningssystemet och avvikelssystemet Q-maxit. All personal kan skriva avvikelser och alla avvikelser går till verksamhetschef som också är den i verksamheten som beslutar om avvikelserna till exempel ska utredas som vårdskada. Sjuksköterskorna följer upp alla läkemedelsavvikelser och avvikelser gällande andra HSL-delar, paramedicinsk personal följer upp alla fall-avvikelser, gruppcheferna följer upp alla övriga avvikelser gällande deras avdelningar. Verksamhetschefen följer upp alla avvikelser och är också den som stänger avvikelserna när uppföljningen bedöms vara klar. Verksamhetschefen har möjlighet att returnera en avvikelse för ytterligare komplettering.

Vid kvalitetsråd gås statistik igenom gällande avvikelser från den gångna månaden samt i förekommande fall tittas närmare på öppnade utredningar.

Verksamheten genomför olika former av riskbedömningar både gällande patientens risker samt personalens arbetsmiljö. Dessa former av riskbedömningar gås igenom på teammöten, ledningsgruppsmöten och HSL-möten.

Verksamheten följer Vardagas års hjul där man månadsvis följer upp styrdokument, utbildningar, HR-delar, riskbedömningar, lagar som styr verksamheten tex styrdokument gällande misstanke om vårdskada enligt Lex Maria.

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.



Guldbrölloppshemmet har under året 2022 arbetat med utbildningsinsatser i demens genom Demensakademien för att stärka hela gruppens kompetens och samverkan mellan olika yrkesgrupper med reflektion och vägledning. Verksamheten har även fortsatt arbetet att implementera Vardaga Demensakademins arbetssätt under 2022. Verksamheten har även haft en utbildning för att stärka teamarbetet mellan undersköterskor och sjuksköterskor.

Guldbrölloppshemmets tillsvidareanställda omvårdnadspersonal är 97% utbildade undersköterskor.

Guldbrölloppshemmet har sjuksköterska på plats dygnet runt. Verksamheten har även haft webbrandutbildning samt praktisk släckningsövning.

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.



Samverkan med patient och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten har arbetat med boenderåd. Närstående rådet har ej blivit av under 2022 dels genom pandemin och dels genom bristande intresse. Närståendeträffar har ej hållits i egentlig mening pga bristande tillgång till lokal för att hålla avstånd. Under slutet av 2022 fick vi dock till demensutbildningar vid tre tillfällen för närstående.

Verksamheten har välkomstsamtal vid inflyttning med boende och deras närstående samt vårdplaneringar vid önskemål och behov.

Verksamhetschef skriver månatliga informationsbrev.

Sjuksköterskorna har löpande dialog med boende och deras närstående. Vid behov och efter önskemål kontaktar läkare närstående.

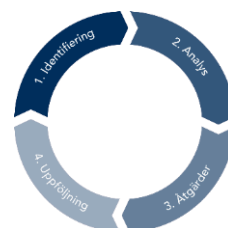
Vardaga har ett Kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från boende och närstående och är oberoende från verksamheten vilket kan möjliggöra ett stärkt inflytande på delaktighet och påverkan i patientsäkerhetsarbetet.

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 ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroll kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



för

Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Beskriv verksamhetens strategier och mål och koppla till egenkontroller som genomförts under år 2022 för ökad patientsäkerhet.

Guldbrölloppshemmet genomför varje år två stora egenkontroller, en i maj och en i november. Verksamheten fick lägre poäng i november 2021 i områden gällande hälso- och sjukvårdsdokumentation. Sedan dess har vi under 2022 arbetat fortlöpande med dessa frågor i Förbättringsloggen. I november 2022 hade resultatet förbättrats delvis på att vi anställt två OAS som kontinuerligt arbetat med att förbättra dokumentation och registrering i registren.

Verksamheten har fortsatt arbetet under året 2022 med att all personal kan och ska skriva avvikelser i Q-maxit som är vårt kvalitetsledningssystem för bland annat avvikelser och egenkontroller.

Verksamheten har under 2022 haft som mål att alla boende är registrerade i Senior Alert samt att alla boende har riskbedömningar gjorda direkt vid inflytt och över tid.

Guldbrölloppshemmet har även haft som mål under 2022 att alla boende har hälsoplaner utifrån riskbedömningarnas resultat. Stort arbete har gjorts under 2022 men verksamheten behöver fortsätta att arbeta vidare med uppföljningen av hälsoplanerna.

Verksamhetens paramedicinska personal ansvarar för att uppdatera MTP enligt rutin och inventera och kassera material. Paramedicinsk personal ansvarar även för att skapa hälsoplaner gällande rehabilitering utifrån patienternas behov. Sjuksköterskorna ansvarar för uppföljning av sina medicintekniska produkter.

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 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.

Ingen utredning om vårdskada har påbörjats under 2022. Diskussioner har förts på planeringsdagar om vikten av att skriva avvikelser och dokumentera uttömmande samt att alltid meddela sjuksköterskor om något avvikande har inträffat.

Ingen anmälan har gjorts till IVO om risk för vårdskada eller Lex Maria anmälan .



ökar

Öka kunskap om inträffade vårdskador

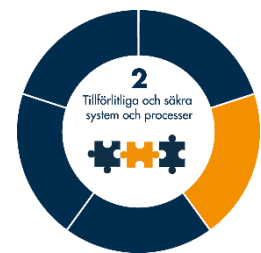
Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2022.

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av	Åtgärd & resultat 2022	Uppföljning aktivitet	Om-åtgärd &	Källa fattning
Avvikelsehantering	Att alla avvikelser skrivs i verksamhetens avvikelse system Q-maxit	Medarbetare registrerar avvikelser samt synpunkter och klagomål	Verksamheten har totalt registrerat 000 avvikelser under året	Utbildning i avvikelsehantering årligen samt på planeringsdagarna	Avvikelser följs upp varje vecka samt vid Kvalitetsråd varje månad	Skyldighet att registrera avvikelser omfattar alla medarbetare	Styr-dokument gällande avvikelser
Utredning av avvikelser/vårdskador	Utredning påbörjas alltid vid avvikelser som skulle kunna resultera i en vårdskada eller risk för vårdskada.	Verksamheten har påbörjat 2 utredningar om misstanke för vårdskada med de resulterade inte i någon anmälan till IVO	Verksamheten har utfört åtgärder utifrån avvikelserna.	VC har följt upp att åtgärderna har implementerats i verksamheten	Åtgärderna har gällt både individuella utbildningar och i grupp Klicka eller tryck här för att ange text.	Åtgärderna har gällt alla medarbetare kring aktuell händelse	Åtgärder registreras i Förbättringsloggen

Journalgranskning	Verksamheten har under 2022 kommit igång med systematisk journalgranskning enligt Vardagas rutin	Journalgranskning har utförts av tjugo sjuksköterskor och HSL ansvarig då VC inte är legitimerad	Verksamheten har utfört journalgranskning	Rutin för journalgranskning var tredje månad sedan efter sommaren 2022	Eventuella brister vid journalgranskning läggs i Förbättringsloggen	Under ett år ska alla journaler ha granskats	Styrdokument för journalgranskning
-------------------	--	--	---	--	---	--	------------------------------------

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.



del

Tillförlitliga och säkra system och processer

Tabell 2. Beskriv kortfattat vilka vårdprocesser, rutiner och verktyg som används i verksamheten under år 2022 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av aktivitet	Åtgärd & 2022	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Ömfattning	Källa
Palliativa ombud	God vård i livets slutskede. Palliativa ombud på varje avdelning.	År 2022 utbildades 4 medarbetare till palliativa ombud (1 per avd)	Målet uppfyllt.	VC har gett uppdrag till undersköterskor för särskilt mandat och ansvar som palliativt ombud. Palliativ utbildning ingår i kompetensutvecklingsplanen.	Uppföljning av kompetensutvecklingsplanen kvartalsvis av VC. Avstämning med palliativa ombud tillsammans med sjuksköterska och VC. Åtgärderna hade effekt och målet är uppfyllt.	Samtliga medarbetare omfattas av kompetensutvecklingsplanen. VC har gett uppdrag till undersköterskor för särskilt mandat och ansvar som palliativt ombud.	Verksamhetens kompetensutvecklingsplan. Kvalitetssystemet Qualimax
Läkemedelsgenomgångar Medview	Läkemedelsgenomgångar har genomförts	Resultatet följs upp av läkarorganisationen	Läkarorganisationen är informerad om syftet med Medview	Ssk förbereder inför läkemedelsgenomgångar	Ssk utför ordinerade mätningar och blodprov	Läkemedelsgenomgång av alla boende årligen och vid behov	Samverkan överenskommet med läkarorganisationen

	rts						
Svenska palliativregistret	Alla boende som har gett sitt godkännande registreras i Palliativa registret vid dödsfall.	Alla dödsfall ska registreras och användas i verksamhetens utvecklingsarbete	Arbete påbörjat med att använda resultat från Palliativa registret i utvecklingsarbetet	Pågående arbete under andra halvan på 2022 då fasta sjuksköterskor kom på plats.	Uppföljning på HSL möte och på Kvalitetsmöte på huvudkontoret	Alla boende som har gett samtycke ska registreras i Palliativa registret	Styrdokument för kvalitetsregistren
Senior alert	Alla boende registreras i Senior Alert	De som gett sitt samtycke registreras för riskbedömningar i Senior Alert	Vid inflytt genomför verksamheten mat- och vätskeregistrering under tre dygn. Regelbundna nattfastemätningar genomförs. Arbetet med Senior Alert har ökat	Verksamheten har arbetat aktivt med registrering särskilt andra halvan av 2022	Uppföljning löpande	Alla boende registreras och riskbedömningsarna används i det dagliga arbetet	Registrering i kvalitetsregistren
			gradvis under 2022.				
Delegerings process	Delegering enligt beslutad delegeringsprocess	Varje OAS ansvarar för att delegera sina medarbetare efter genomfört kunskapstest samt webb utbildning ”Jobba säkert med läkemedel” Bevis på delegering finns i pärm på ssk exp.	Målet uppfyllt under 2022	Verksamheten har en tydlig delegeringsprocess	Ssk följer upp sina delegeringar	Processen gäller alla delegeringar	Vardagas delegeringsprocess

PPM Basala hygienrutiner	Verksamheten har deltagit i mätningen.	Förbättringsområde vad gäller att sprita händerna inför användandet av handskar samt att komma bort ifrån att använda dubbla handskar	Fortsatt mål under 2023	Webbutbildning årligen i basala hygienrutiner Punkt på APT. Utifrån pandemin har verksamheten haft stort fokus på hygienrutiner.	Observer och självskattningar gällande basala hygienrutiner	Omfattar alla medarbetare Förbättringsområdet omfattar alla medarbetare	Utifrån PPM mätning och underlag för självskattning.
PPM trycksår	Verksamheten har deltagit i mätningen.	Verksamheten har under året haft 3 st boende med trycksår grad 2.	Fortsatt arbete med sårprebyggande arbete. Nya madrasser inköpta och verksamheten hyr antidecubitusmadrasser	Diskussioner kring trycksår	Fortsatt arbete i de befintliga forumen	Öka kunskap hos alla i det förebyggande arbetet	Styrdokument gällande förebyggande arbete med trycksår. Norton och Senior Alert
ViSam	Påbörjat införandet av Visam som arbetssätt	Infört Visam som arbetssätt men det är inte fullt ut implementerat	Versamheten behöver fortsätta implementeringen då nya ssk har tillkommit under 2022	Används vid tillfällen då man ska skicka in någon till sjukhus för att säkerställa att rätt beslut fattas	Uppföljning i HSL gruppen	Omfattar alla som ska skickas in till sjukhus	Vardagas rutin för Visam

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.



Säker vård här och nu

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten år 2022 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

Område Mål Resultat Analys av Åtgärd Uppföljning Om- Källa 2022 resultat och åtgärd och fattning

aktivitet aktivitet
2022

Förbättrad informationsöverföring mellan HSL och SoL via dokumentationssystemen Vodok och ParaSol	Förbättrad informationsöverföring mellan HSL och SoL Rapport hälso- och sjukvård via anteckningar av legitimerad personal i ParaSol används av alla yrkesgrupper		Utvecklingsområdet får legitimerad personal att skriva anteckningar till omvårdnadspersonalen i deras system ParaSol. Kvartalsvis granskning av dokumentation med checklista och av avvikelser visar att informationsöverföring mellan HSL och SoL för dag- till kvällspass och kväll till nattpass behöver stärkas.	Ssk granskar HSL och dokumentationstödjare SoL dokumentation kvartalsvis med checklista enligt gällande styrdokument. .	Då de båda systemen inte är kompatibla med varandra är aneckningar det enda man kan göra. Löpande påminnelser om vikten att dokumentera och att ha kontinuerliga rapportmöten mellan HSL och SoL medarbetare	Samtliga medarbetare har omfattats av utbildningstillfällen som genomförts 4 ggr under 2022	Avvikelsehantering i Qmaxit. Minnesanteckningar APT.
Samarbete och extern kommunikation med regionen (öppen och specialiserad vård)	Samarbete och extern kommunikation med öppen vård och specialister utifrån patienternas behov	Ansvarig läkare skriver remisser utifrån patienternas behov till specialistvård. Verksamheten har haft kontakt med logoped och dietist för konsultation	Boende har fått komma till andra vårdinrättningar vid behov.	Samarbetet med övriga vårdinrättningar såsom psykiatri, onkolog mm har fungerat tillfredsställande under året	Uppföljning av OAS gällande deras patienter. Läkaren följer upp.	Omfattar alla sjuksköterskor inom verksamheten	Lokal rutin för remisshantering. Lokal rutin för extern samverkan
Läkemedelshandling	Läkemedelshandling omfattar alla arbetsmoment från ordination till iordningställning	Ssk har ett ansvar att känna till och följa aktuella författningar, riktlinjer och skriftliga lokala rutiner för läkemedelshandlingen. Ssk ansvarar för samtliga avvikelser	Verksamheten har haft färre läkemedelsavvikelser under 2022 jämfört med 2021	Den som upptäcker en avvikelse avseende läkemedel ansvarar för att registrera denna. Ssk följer upp och VC läser alla samt avslutar avvikelserna.	Uppföljning sker på APT samt Kvalitetsråd och HSL möten	Läkemedelshandling berörs av ssk samt all delegerad personal.	Styrdokument för läkemedelshandling

		som rör läkemedel					
	lande, förvaringsamt administrering av dessa till patienten	både avseende registrering och uppföljning.		Diskussion förs på Kvalitetsråd			
Delegering och bemanning	Verksamheten bemannas så att en säker läkemedelshandling kan uppnås.	Ssk bevakar att alla medarbetarens delegeringar är aktuella.	Har fungerat väl under 2022. Inga avvikelser avseende delegering.	Uppföljning av delegeringar som finns i skriftlig form i pärm på ssk exp	Gruppcheferna tar hänsyn till vilka som har delegering så att ingen avdelning blir utan delegerad personal något pass. Skulle så ske får ssk gå in och ge medicin.	Omfattar alla pass dygnet runt då det alltid måste finnas delegerad personal	Styrdokument gällande delegering
Riskbedömning i arbetet med kund	Genomförs vid inflytt och uppdateras vid behov eller minst 2 ggr/år	Ssk genomför tillsammans med GC och medarbetare	Alla boende har en riskbedömning	Ssk följer checklista vid inflytt	Uppföljning av VC och GC inför de årliga egenkontrollerna och vid stickprov under året	Genomförs på alla boende	Rutin för riskbedömning
Riskbedömning arbetsmiljö	Genomförs vid inflytt och uppdateras vid behov eller minst 2 ggr/år	Kontaktperson genomför riskbedömning tillsammans med GC	Alla boende har en aktuell riskbedömning avseende arbetsmiljö	GC gör tillsammans med medarbetare.	GC och VC följer upp kvartalsvis	Omfattar alla boende	Rutin för riskbedömning i arbete med kund.

Egenkontroll i (EK) och kvalitetstillsyn	Verksamheten har genomfört två egenkontroller under året	Verksamheten har genomfört egenkontroller i maj och november	Klicka eller tryck här för att ange text.	Verksamheten har arbetat aktivt med de ej uppfyllda punkterna gällande HSL under året	Uppföljning av VC samt vice Regionchef	Åtgärder finns i Förbättringsloggen	Rutin för årliga egenkontroller.

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.

Alla medarbetare i har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag.

Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Guldbrölloppshemmet har en generell riskbedömning för hela verksamheten och innehåller bland annat risker vid strömavbrott, snökaos, utebliven matleverans, stort antal medarbetare som inte kommer till arbetet. Verksamheten gör också riskbedömningar i Senior Alert vid inflyttning samt uppföljningar vid behov eller minst var 6e månad. Riskbedömningar görs också utifrån arbetsmiljö samt utifrån patienten. Dessa uppdateras också minst var 6e månad. Avvikelse används också för att minimera risker i verksamheten genom att de analyseras och läggs vidare i Förbättringsloggen och arbetas med tills avslut kan ske. De frågor i egenkontrollen som inte blir uppfyllda går automatiskt över till Förbättringsloggen två ggr/år. Verksamheten arbetar sedan fortlöpande med dessa.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet 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 vårdskador minskar.



inom
för

Stärka analys, lärande och utveckling

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten ökat förståelsen för patientsäkerhet och på vilket sätt data samlas in, sammanställs, analyseras och används i ert förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbete under år 2022.

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2022	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Senior alert	Verksamheten har haft som mål att alla boende som har gett samtycke ska	Verksamheten har i slutet av året närmat sig 100%	Analys av resultat i HSL gruppen	Verksamhetens ssk har arbetat aktivt i Senior Alert andra halvan av året då fast anställda ssk varit på plats	Uppföljning inför egenkontrollerna i maj och november	Omfattar alla boende	Styrdokument för Kvalitetsregister

	registreras i Senior Alert						
Svenska palliativregistret	Alla boende som har gett samtycke ska registreras i Palliativa registret	Resultatet ska användas i verksamhetens utvecklingsarbete	Utveckla delaktighet av undersköterskorna i arbetet	Verksamheten har arbetat aktivt i Palliativa registret	Uppföljning på HSL möten	Omfattar alla boende i verksamheten	Styrdokument Kvalitetsregister
BPSD registret	Verksamheten har inte registrerat i BPSD registret						
Brukarundersökning och Enhetsundersökning	Använda resultaten från brukarundersökningar i verksamheten	Verksamheten deltar i enhets- och brukarundersökningen vid varje tillfälle samt Vardagas egna brukar- och närstående enkäter	Verksamheten har genomfört närstående- och brukarenkät under 2022 samt fått resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning	Genomgång av resultaten som resulterat i förbättringsområden	Uppföljning av resultaten i olika mötesforum	Omfattar alla boende i verksamheten	Socialstyrelsens årliga brukarundersökning

Avvikelse utredningar och förbättringsområde (FO)	Verksamheten arbetar med att registrera alla avvikelser och öppnar förbättringsområden utifrån åtgärder som ska genomföras	Avvikelse är till för att vi ska uppmärksamma brister i verksamheten. Genom att utföra utredningar om misstänkt risk för vårdskada lär vi oss att se och minska risken för att detta ska ske. FO säkerställer att alla medarbetare på ett enkelt sätt kan följa arbetet.	Alla i verksamheten registrerar avvikelser. VC ansvarar för att genomföra eventuella utredningar om vårdskada tillsammans med HSL ansvarig eller Regionens utredare	Verksamheten har ingen öppen utredning om misstänkt vårdskada	Uppföljning av avvikelser, utredningar och resultat vid verksamhetens Kvalitetsråd samt APT	Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser. LGR arbetar med FO	Styrdokument för avvikelser, systematiskt patientsäkerhetsarbete och Rapportering, utredning och anmälan av/risk för vårdskada
EK och FO	Två egenkontroller har genomförts under året. Om någon fråga är delvis uppfyllt kommer den	GBH hade något lägre resultat i maj än nov vilket innebär att arbetet har gått framåt	Klicka eller tryck här för att ange text.	Klicka eller tryck här för att ange text.	Egenkontrollen görs i maj och november varje år	Egenkontrollen omfattar alla områden i hela verksamheten	Styrdokument för genomförande av egenkontroll
	automatiskt över till FL som ett förbättringsområde						
Journalgranskning	Verksamheten har under 2022 kommit igång med journalgranskning då fasta ssk kommit på plats.	Patientjournaler ska granskas varje kvartal	Gås igenom på HSL möten	Verksamheten har kommit igång med att åtgärda brister i hälsoplanerna under 2022. Arbete kvarstår	Klicka eller tryck här för att ange text.	Granskningen omfattar alla patientjournaler under året	Styrdokument granskning av patientjournal

Avvikelse

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Medarbetare har haft genomgång och utbildningar i avvikelshantering på APT, enskilda genomgångar samt på avdelningsmöten och planeringsdagar. Verksamhetens avvikelssystem är digitalt och ingår i kvalitetsledningssystemet. Alla medarbetare, även timvikarier, har inloggning

till systemet och kan läsa och skriva avvikelser. Rutin är så att den som upptäcker en avvikelse ansvarar för att skriva in den i systemet. Avvikelse-systemet innehåller färdiga avvikelsekategorier och underkategorier. Personal som skriver en avvikelse svarar på frågor om vad som har hänt, hur, när och för vem. Personalen fyller i en händelsebeskrivning, eventuell skada, åtgärder och uppföljning. Avvikelsen skattas mellan 1 till 4 beroende på avvikelsernas allvarighet. Personalen som skriver avvikelsen kan samtidigt välja att öppna avvikelsen som en utredning om vårdskada. Verksamhetschef får meddelande per mejl om alla öppnade avvikelser i verksamheten.

Verksamhetschefen behöver följa upp alla avvikelser och är den som beslutar om en avvikelse ska utredas vidare som misstanke om vårdskada. Utredningar skrivs i samma system. När man öppnar en utredning om misstanke om vårdskada får verksamhetschef, regionchef, kvalitetsavdelningen på huvudkontoret och vd mail om en påbörjad utredning.

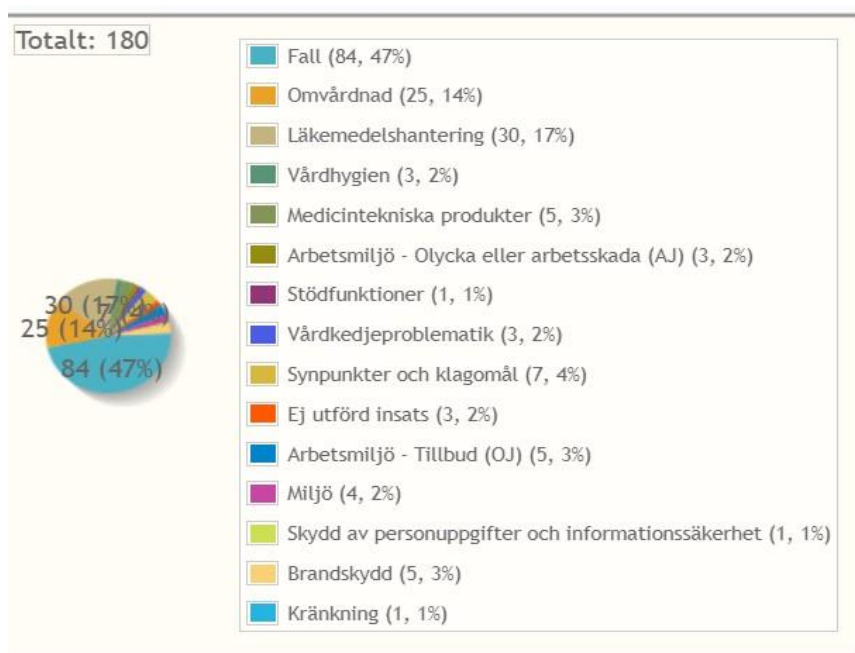
Guldbrölloshemmet har under året genomfört två utredningar om misstanke om vårdskada. Ingen utredning gick vidare till IVO

När en utredning om misstanke om vårdskada genomförs går utredningen och eventuella åtgärder igenom med medarbetare i olika mötesform.

Verksamheten har under 2022 haft 84 fall vilket är lägre än under 2021. Möjlighet finns att inte alla fall har registrerats till exempel när de glider ner från sängkanten och hamnar på golvet.

Under året har 30 läkemedelsavvikelser registrerats enligt statistiken vilket bör innebära att det finns en underrapportering även där. Tre avvikelser rörande vårdkedjeproblematik vilket också är färre än 2021 då vi hade 13 stycken. Även avvikelser rörande MTP är färre.

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål. Verksamheten registrerar synpunkter och klagomål i samma system som övriga avvikelser. Guldbryllloshemmet har även detta år arbetat med att försöka registrera alla synpunkter och klagomål även mindre som åtgärdats med detsamma. All personal kan skriva avvikelser utifrån synpunkter och klagomål och de ska skriva in de synpunkter som närstående framför vilket tyvärr inte ofta görs.

Verksamheten har arbetat aktivt under året för att införa säker rapportering och för att säkra upp dokumentationen.

Synpunkter och klagomål registreras i Q-maxit som avvikelse. Synpunkter och klagomål går igenom med berörd personal, åtgärdas om behov av åtgärd finns samt återkopplas till den som har lämnat klagomålet.

Guldbryllloshemmet har under året registrerat 7 avvikelser innehållande synpunkter-och klagomål vilket ligger på också är färre än 2021. Dessa klagomål är väldigt varierande allt från försvunna klädesplagg till önskemål om kock som ska laga mat, bemötande, städning samt önskemål om aktivitet

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.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 5. Beskriv kortfattat hur hälso- och sjukvården i er verksamhet under år 2022 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan..

Område	Mål 2022	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2022	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Säkerställd bemanning	Verksamheten anställer fortlöpande timvikarier för att kunna täcka bemanningsbehov när fast personal är frånvarande	Ingen brist på medarbetare har funnits under året	Verksamheten har kunnat bemanna efter behov	Uppföljning med GC månadsvis för inventering av personalbehov.	Rekrytering av nya medarbetare har skett löpande under året	Gäller både usk och ssk	LGR

Vårdbehovsmätning	Verksamheten gör vårdbehovsmätning vid behov	HSL tillsammans med VC diskuterar behovet	Mätningar görs för att säkerställa rätt bemanning	Kontroll av bemanning utifrån resultat av vårdbehov	Vid behov. Ssk eller GC initierar och VC följer upp och beslutar	Kan omfatta alla boende	Styrdokument för vårdbehovsmätning
IT-avbrott	Rutin för IT avbrott	Rutin för dokumentation i pappersform vid avbrott	Rutinen är välkänd av medarbetare i verksamheten	Genomgång årligen på APT	Rutin finns i Säkerhetspärmen. Verksamheten har inte drabbats under 2022	Omfattar hela verksamheten	Lokal rutin
Utbrott av smitta	Verksamheten har under 2022 haft utbrott av Covid. 26 boende blev smittade i olika omgångar	Det finns väletablerade rutiner vid utbrott av smitta	Verksamheten har bedrivit kohortvård vid utbrott	VC; GC och Ssk har ansvarat för uppföljning av rutiner	Uppföljning och uppdatering av rutiner har gjorts under året	Rutinen omfattar alla situationer vid utbrott oavsett smitta	Styrdokument och lokala rutiner
Strömavbrott	Inget strömavbrott under 2022	Inget längre strömavbrott	Rutin för strömavbrott finns i säkerhetspärmen där det beskrivs hur man dokumenterar på papper	Rutinen är känd av medarbetare	Uppföljning av rutin under året	Omfattar hela verksamheten	Klicka eller tryck här för att ange text.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2023

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.

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter och där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dessa. Vardagens verksamheter ska under år 2023 aktivt arbeta med patientsäkerhet med utgångspunkt i följande områden:

Vårdgivarens område för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål, strategier och planerade åtgärder för år 2023
---	---

Risk- och preventionsbedömningar. Alla patienter ska ha en risk- och preventionsbedömning gjord i samband med inflyttning och över tid (minst var 6:e månad).	Verksamheten gör riskbedömningar vid inflytt och uppföljning minst var sjätte månad. Fördjupad läkemedelsgenomgång görs vid inflytt samt löpande vid behov.
Systematiskt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient.	Att påbörja och upprätthålla hälsoplaner kopplat till ordination, riskbedömningarnas resultat och åtgärder
Fallförebyggande arbete.	Alla boende ska ha en riskbedömning utifrån fall och vid behov hälsoplan utifrån fall och fallförebyggande insatser. Att omvårdnadspersonal blir involverade i åtgärder. Följs upp vid teammöten
Basala hygienrutiner. Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.	Att alla medarbetare följer basala hygienrutiner och att alla gör utbildningen årligen samt vid behov. Att verksamheten ändrar sina arbetssätt kring hygien utifrån eventuella extra förhållningsrestriktioner.
Dokumentation. Alla patienter ska ha en korrekt hälso- och sjukvårdsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet).	Att alla boende har en korrekt och komplett hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån ICF
Säker läkemedelsprocess.	Följa Vardagas styrdokument för delegering och stärka säkra läkemedelsrutiner. Säkerställa att alla läkemedelsavvikleser registreras, följs upp och åtgärdas.
Minska läkemedelsavvikelser.	Utbildning av delegerade medarbetare. Tätare uppföljning på avvikelserna för att minska felaktig hantering
Säker delegeringsprocess.	Följa Vardagas styrdokument för delegering. Vid behov återkalla delegering
Rapportering av händelser och vårdskada eller risk för vårdskada.	Att alla medarbetare är medvetna om vikten av att rapportera alla avvikelser samt sin egen skyldighet att rapportera händelser som kan innebära vårdskada/risk för vårdskada. VC följer upp alla avvikelser och öppnar utredning vid misstanke om vårdskada.
Vård i livets slut. Brukare/patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.	Alla medarbetare gör webbutbildning om vård i livets slut. Se till att alla avdelningar har palliativa ombud som aktivt arbetar med frågan

Lägg in hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.

DNR; SÖD 2023/214



Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms Sjukhem År 2022



Februari 2023
Marianne Reimers
Chefläkare

Helen Berglund
Patientsäkerhetssamordnare

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
Mål för patientsäkerhetsarbetet 2023	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Vision och värdeord.....	5
Medicinsk revision	6
Organisation och ansvar	6
FoUUI	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	8
En god säkerhetskultur	9
Etikrådet	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Läkarinsatser i SÄBO	11
Centuri - dokumenthanteringssystem	11
Kvalitetsregister	12
Patienten som medskapare	12
Patienters upplevelse av vård och omsorg	13
Klagomål och synpunkter	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Egenkontroller	14
Läkemedelshantering	14
Livsmedelshygien	14
Säker vård här och nu	14
Riskområden	14
Vårdrelaterade infektioner	15
Riskbedömningar fall, trycksår, undernäring och munhälsa.....	15
Nattfasta - Undernäring	16
Vårdkvalitet	17
Stärka analys, lärande och utveckling	17
Avvikelse	17
Avvikelse inom Sjukvård	18

Avvikelser inom Äldreomsorgen	19
Utredning och händelseanalys	19
Lex Maria och Lex Sarah	20
Klagomål och synpunkter	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
Patientsäkerhetskultur	21

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

.....	22 Mål för patientsäkerhetsarbetet 2023
.....	22

SAMMANFATTNING

Stockholms Sjukhem är en stiftelse utan vinstsyfte. Stiftelsen grundades 1867 med ändamål att ge vård och omsorg till långvarigt eller obotligt sjuka. Vi har en bred verksamhet inom palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), geriatrik, rehabilitering, primärvårdsrehabilitering och äldreomsorg samt en enhet för forskning, utbildning och utveckling/innovation (FoUUI). Stockholms Sjukhem är kvalitets- och miljöcertifierat och är medlem i FAMNA, riksorganisationen för idéburen vård och omsorg.

Stockholms Sjukhems övergripande mål är att ge en god och säker vård och omsorg. Det innebär att den som vårdas eller bor hos oss inte ska drabbas av undvikbara skador. Vårt patientsäkerhetsarbete präglas av att vi ska ligga ett steg före, fatta faktabaserade beslut, samverka i team och tillsammans med patient, boende och närstående.

Under 2022 har återflytt/flytt till renoverade och nya lokaler på Kungsholmen samt renovering av lokaler i Bromma upptagit en stor del av verksamhetens fokus.

Renoveringsarbete samt omlokalisering av verksamheter har påverkat både medarbetare och patienter. Översyn av arbetssätt, rutiner, kompetens och utbildningsinsatser har genomförts för att detta ska ske på ett patientsäkert sätt. Pandemin har även i år fortsatt att påverka våra verksamheter.

Stockholm Sjukhem har under 2022 satsat på metoder och innovationer för att utveckla vår kvalitet. Inom äldreomsorgen har ett utvecklingsråd skapats där arbete initierats med hälsofrämjande OPEN-konceptet (daglig fysisk funktionsträning kombinerat med proteinrikt kosttillskott) med syfte att förbättra muskelfunktion, mobilitet och aktiviteter i det dagliga livet hos våra boende.

Det planerade strategiska patientsäkerhetsarbetet har bl. a omfattat etablerandet av kontinuerlig mätning av patientsäkerhetskulturen via en digital medarbetarenkät, en revidering av det vårdhygienska arbetet, implementering av ett instrumentregister för medicin-tekniska produkter, förberedelser för reformering av avvikelshanteringssystem och etablerandet av automatiskt mätbara parametrar för vårdkvalitet.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2023

Målen för 2023 är bland annat att resultat från patientsäkerhetskulturmätningarna samt Vårdkvalitet kommer att följas och analyseras kontinuerligt inom respektive verksamhet, med stöd av chefläkarkansliet. Implementering av en ny organisation för det vårdhygienska arbetet kommer att vidtas.

Implementering av det gemensamma avvikelshanteringssystem (Centuri) kommer ske inom alla äldreomsorgens enheter, sjukvårdsverksamheter samt stödfunktioner. Ett nytt journalsystem (Epsilon) kommer också att införas inom äldreomsorgen och ersätta det befintliga journalsystemet SafeDoc.

Fler patientsäkerhetsdialoger med medarbetare och chefer planeras kring patientsäkerhet. Samtalen kommer att integreras med mätningar av patientsäkerhetskulturen som startat 2022.



GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Stockholms Sjukhem är en stiftelse utan vinstsyfte. Stiftelsen grundades 1867 med ändamål att ge vård och omsorg till långvarigt eller obotligt sjuka. Vi har en bred verksamhet inom palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), geriatrik, rehabilitering, primärvårdsrehabilitering och äldreomsorg samt en enhet för forskning, utbildning och utveckling/innovation (FoUUI). Stockholms Sjukhem är kvalitets- och miljöcertifierat, och är medlem i FAMNA, riksorganisationen för idéburen vård och omsorg.

Stockholms Sjukhem är delägare i Marie Cederschiöld högskola, tillsammans med tre andra idéburna vårdgivare. Det ger oss möjlighet till att skapa närhet till forskning och utbildning med forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Tillsammans med andra idéburna vårdgivare och högskolan deltar vi i utvecklingsarbete kring exempelvis äldres vård och omsorg, palliativ vård, kvalitetsregister, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensförsörjning.

Stockholms Sjukhem är också medgrundare till ACT, akademiskt centrum för äldretandvård, där forskning och utveckling kring äldres tandhälsa genomförs.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Stockholms Sjukhems övergripande mål är att ge en god och säker vård och omsorg. Det innebär att den som vårdas eller bor hos oss inte ska drabbas av undvikbara skador. Vårt patientsäkerhetsarbete präglas ett förebyggande arbetssätt, faktabaserade beslut, samverka i teamet med patient, boende och närstående.

Områden av betydelse för patientsäkerhet (riskområden) bevakas särskilt av chefläkarkansliet som ansvarar för att övergripande vårdrutiner upprätta och förvaltas. Ledningens engagemang i patientsäkerhetsfrågor har stor betydelse för hur man ser på säkerhet i verksamheten och speglar den säkerhetskultur som finns.

Vision och värdeord

Stockholms Sjukhems vision är "Tillsammans gör vi vård och omsorg bättre för dig, varje dag". Tillsammans – vi arbetar teamorienterat och ser alltid Stockholms Sjukhem som en helhet. Vård och omsorg – vi ser till helheten och påverkar aktivt även i ett samhällsperspektiv. Bättre och varje dag – vårt mål är att ständigt förbättra, lära och utveckla. För dig – vi arbetar personcentrerat och inkluderande.

Engagemang, Kunskap och Omtanke (EKO) är värdeord som beskriver det som vi inom Stockholms Sjukhem alla arbetar, verkar och lever efter – i beteende och attityd. De formar vår kultur, hur vi möter dem vi finns till för – boende, patienter och närstående – och hur vi som medarbetare är mot varandra.

Medicinsk revision

Årligen genomförs medicinsk revision enligt anvisningar från Stockholm Sjukhems principaler där ledningen väljer ett eller flera områden för granskning. 2022 reviderades



evakuering av vårdavdelningar i samband med ombyggnation. Under 2023 kommer revidering ske av avvikelshantering inom SSH.

Organisation och ansvar

Stockholms Sjukhem har en tydlig organisation för patientsäkerhetsarbetet med roller och ansvar på olika nivåer. Verksamhetschefer och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvaret för att planera, leda och följa upp de egna verksamheterna samt tillse att gällande författningar, rutiner och riktlinjer efterlevs. Inom de sjukvårdsenheter där verksamhetscheferna inte är läkare finns det medicinskt ledningsansvariga läkare. Det dagliga patientsäkerhetsarbetet leds av chefer tillsammans med sina medarbetare som arbetar nära patienter och boende. Chefläkare har en rådgivande funktion i övergripande medicinska frågor.

Chefläkarkansliet bistår chefer och medarbetare i frågor om patientsäkerhet och består av chefläkare, bitr. chefläkare, MAS, patientsäkerhetssamordnare, kvalitets-, informationssäkerhet- och miljöansvarig samt apotekare.

FoUUI

Stockholms Sjukhem arbetar för kontinuerlig utveckling inom våra profilmråden som är äldreomsorg, palliativ vård, geriatrik och rehabilitering. Genom att ha ett välintegrerat och välfungerade system för forskning, utbildning, utveckling och innovation (FoUUI) kan vi säkerställa att långsiktigt kunna erbjuda våra boende och patienter en god och säker vård och omsorg. FoUUI-enheten tillsammans med våra tre forsknings-, utbildnings- och utvecklings/innovationsarenor på Stockholms Sjukhem erbjuder stöd i verksamhetens FoUUI-arbete. FoUUI-representanter ingår i sjukvårdsenheternas och omsorgens ledningsgrupper som i sin tur regelbundet möts över verksamhetsområdesgränserna i de tre arenorna. Stockholms Sjukhem är även en universitetssjukvårdsenhet och har ett nära samarbete med region Stockholm samt Stockholms medicinska fakultet, samt Karolinska Institutet. Inom äldreomsorgen finns ett utvecklingsråd som är en mångfasetterad arbetsgrupp där alla yrkeskategorier finns representerade. Rådet samlar in idéer och förbättringsförslag från verksamhetens medarbetare som sedan kan tas vidare till FoUUIs arenor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Det är väl känt att information om patient eller boende kan förloras i vårdens övergångar. Samverkan och dialog mellan vårdgivarna och boenden i patientens vårdkedja är därför väsentlig. Dialog sker på alla nivåer, mellan professioner, remittenter och remissmottagare samt mellan chefläkare och sjukhusledning. Samverkan med kommun och primärvård sker genom regelbundna möten som i vissa fall är avtalsenligt

LifeCare - Samordnad vårdplanering

Under året har ett nytt webbaserat IT-stöd (Lifecare SP) införts gällande samverkan vid utskrivning från slutenvård mellan sjukhus, kommun, primärvård och psykiatrisk öppenvård. Arbetsrutiner har tagits fram och utbildningsinsatser utfört under hösten 2022. Under 2023 kommer även äldreomsorgen ingå i denna samordnade vårdplanering. **Säker utskrivning**

Patienter som vårdats på geriatrisk vårdavdelningen och bedömts vara "extra sköra" inför utskrivning till bostaden erbjuds att höra av sig till avdelningen om utskrivningsplaneringen inte fungerar. Samordningsköterskan kontaktar patienten inom sju dagar med syftet att säkerställa att utskrivningsplanering fungerat. Vid behov kontaktas primärvård och biståndshandläggare eller att patienten återinläggs. **Samverkan – samordnad vårdkedja**

För patienter med förvärvad ryggmärgsskada finns ett regionalt vårdförlopp där Stockholms Sjukhem ger rehabilitering som en del i detta vårdförlopp. Kognitiv mottagning har samverkansavtal med stadsdelarna och kommunerna i Västerort. Primärvårdsrehabilitering samt neuroteam deltar i samverkansmöten med andra aktörer inom primärvårdsrehabilitering och slutenvård för att diskutera och skapa samsyn kring olika vårdförlopp. Samverkansöverenskommelse sker med vårdgivare för samordning av rehabiliteringsinsatser i vårdkedja.

Journalssystem

En patientsäkerhetsrisk är informationsöverföring i vårdens övergångar. Många av Stockholms Sjukhems patienter på sjukvårdsenheterna kommer från S:t Görans sjukhus. På grund av att S:t Göran och SSH inte har samma journalssystem finns risker för kommunikationsbrister. Vid inflyttning till vård- och omsorgsboende finns även risk för brister i informationsöverföring. Överrapportering i samband med inflyttning sker skriftligt via biståndsbeslut från biståndshandläggare på kommunen. Vid flytt från annat särskilt boende rapporterar ansvarig legitimerad personal muntligt och skriftligt. Olika professioner inom äldreomsorgen har även olika dokumentationssystem. Äldreomsorgens dokumentation sker i SafeDoc och läkarinsatser för dessa boende dokumenteras i TakeCare. Legitimerad personal inom äldreomsorgen har därför läsbehörighet till TakeCare samt tillgång till Nationell patientöversikt (NPÖ).

Riskanalys har utförts gällande begränsningar för Stockholms Sjukhems medarbetare gällande behörighetstilldelning till journalssystem Cosmic som används inom S:t Görans sjukhus. Ett samarbete planeras mellan verksamheterna under 2023 för att minska patientsäkerhetsrisken för informationstapp.

Medicinteknisk utrustning

För medicinteknisk apparatur har Stockholms Sjukhem avtal med MTA S:t Göran för service och underhåll. Under året har arbete pågått med att sluta avtal med annan leverantör för rehabiliteringsutrustning, som inte längre kommer att underhålls av MTA S:t Göran.

Under året har Stockholms Sjukhem infört det digitala instrumentregistret MOVOM för enheterna medicintekniska produkter som inte omhändertas av MTA S:t Göran. Detta säkerställer översikt av utrustning samt underhåll, service och information om produkterna. **Vårdhygien**

Stockholms Sjukhem samarbetar med Vårdhygien Stockholm i frågor som rör god hygienisk standard och smittskydd. Hygiensjuksköterskan fungerar som kontaktperson och bistår med råd och stöd utifrån enheternas specifika behov.

Den webbaserad utbildningen i basala hygienutbildningen är obligatorisk utbildning för medarbetare som deltar i patienters och boendes vård och ingår i introduktionsprogram för nyanställda. Inom äldreomsorgen har medarbetare även introducerats till SKR:s webbaserade utbildningen " Förebygg vårdrelaterade infektioner".

Informationssäkerhet

Stockholms Sjukhem upprätthåller ett systematiskt informationssäkerhetsarbete i enlighet med ISO 27001. Organisation, ansvar och roller är definierade och policy och riktlinjer har uppdaterats i enlighet med nya krav i dataskyddsförordningen. Förteckning över

informationstillgångar har upprättats och klassning av verksamhetskritiska informationstillgångar finns upprättade. Personuppgiftsbehandlingar är förtecknade och biträdesavtal tecknas med personuppgiftsbiträden.

Rapportering av informationssäkerhet ingår i ledningens genomgång fyra gånger per år, där svagheter identifieras och förbättringsåtgärder tas fram. Ett externt dataskyddsbud finns med uppgift att stödja och granska verksamheterna. Internt finns informationssäkerhetsombud med uppgift att bevaka informationssäkerhetsfrågor inom sina verksamhetsområden. Riskanalyser genomförs och utvalda fokusområden granskas löpande.

Personuppgiftsincidenter rapporteras och handläggs och vidtagna åtgärder syftar till att förebygga att incidenter upprepas. Allvarliga incidenter rapporteras till Integritetsskyddsmyndigheten, IMY.

Då Stockholms Sjukhem anses vara leverantör av samhällsviktig tjänst omfattas verksamheten även av NIS-regleringen. Allvarliga incidenter rapporteras till MSB och IVO är tillsynsmyndighet.

Antalet dataintrång ökar i vårt samhälle och vårdsektorn utsätts i allt större omfattning för riktade angrepp. Ett riktat dataintrång från en kompetent angripare tar generellt i genomsnitt cirka 200 dagar att upptäcka från det att angriparen fått ett första inbrott i målmiljön. Gemensamt för de allra flesta verksamheter som inte upptäcker dataintrång är att de nästan uteslutande förlitat sig på automatiserade verktyg för upptäckt. Anledningarna är dels att verktygen har svårt att identifiera sofistikerade angreppsmetoder på grund av deras dynamiska natur, men även att verktygen ofta genererar så pass många larm att utmaningen att skilja så kallade falska positiva från indikationer på verkliga hot blir för krävande. Stockholms Sjukhem använder sig med anledning av ovanstående av ett flertal olika metoder för att skydda sig mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem.

Automatiska verktyg

- Brandvägg med omfattande skydd (flera skyddssystem) mot kända och avancerade hot, bland annat mot skadliga och ihållande malware-attacker. Åtkomst över nätverk är spårbar genom att trafiken kan analyseras.
- SOC, Security Operations Center köps in som tjänst och är en säkerhets- och övervakningscentral med främst automatiska verktyg, men även manuell hantering förekommer.
- Den personliga IT-arbetsplatsen på Stockholms Sjukhem är standardiserad och skyddad. Antivirusprogramvara på samtliga klienter för att skydda enheterna mot virus, spionprogram, malware och andra internethot.

Teknisk design

- Nätdesign, segmentering dvs separering av nättrafik så att information i system och utrustning kan skyddas på rätt nivå. Tekniska lösningar för identitets- och autentiseringshantering som motsvarar informationens skyddsbehov som t.ex. tvåfaktorsinloggning med E-tjänstekort och kod för alla användare eller AD (active directory) med behörighetsstyrning samt synkronisering med EK (elektronisk Katalog hos Region Stockholm) vilket t.ex. innebär att om en medarbetare slutar sin tjänst så stängs den automatiskt ut från all access och åtkomst till system.

Övervakning och uppföljning

- Loggkontroll och dokumentationsgranskning inom vårdens verksamhet. Granskning sker genom stickprovskontroller (10 % av alla anställda) 1 ggr per månad.
- Övervakningstjänst köps in som tjänst från IT-säkerhetsleverantör. Tjänsten syftar till att ytterligare stärka Stockholms Sjukhems förmåga att detektera riktade angrepp och dataintrång. IT-säkerhetsleverantörens analytiker övervakar aktivt och kontinuerligt aktiviteter som rapporteras från olika sensorer i Stockholms Sjukhems IT-miljö. De aktiviteter som misstänkts kunna vara en del av ett intrång eller riktat angrepp analyseras av ett team bestående av områdesexperter och analytiker. Tjänsten innefattar även beredskap för hantering av eventuella intrång eller angrepp.

En god säkerhetskultur

Medarbetare på Stockholms Sjukhem rapporterar vårdavvikelser där patienter eller boende kommit till skada eller riskerat komma till skada. Vårdavvikelser rapporteras elektroniskt i systemet HändelseVis (hälso- och sjukvård) och SafeDoc (vård- och omsorg). Kompetenta och riskmedvetna medarbetare bidrar till ett proaktivt arbetssätt för att minska risk för att patienter och boende utsätts för vårdskada. Att rapportera risker och tillbud bidrar till det förebyggande arbetet.

När en negativ händelse inträffat utvärderas och analyseras händelsen för att sedan tillse lämplig åtgärd för att minska risk att det inträffar igen. Transparens kring risker, tillbud och negativa händelser eftersträvas för att skapa möjlighet till lärande och resiliens i organisationen. Detta sker bland annat i form av återkoppling, diskussion och reflektion om avvikelser vid exempelvis APT-, professions- och kvalitetmöten. Vid allvarliga/betydande händelser delges MAS, verksamhetschef och i vissa fall chefläkare.



Avvikelse rapportering stödjer ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och en aktiv avvikelserapportering med hög rapporteringsnivå kan ses som att enheten har en god patientsäkerhetskultur. Enheter med lägre rapporteringsfrekvens av avvikelser identifieras och följs upp. Att verksamheten har ett gott omhändertagande av patienter, boendes och närståendes synpunkter och klagomål är även viktig för patientsäkerhetskulturen.

Organisationens och medarbetares säkerhetskultur är viktig del för att skapa en god patientsäkerhet. Patientsäkerhetskultur har under året mätts regelbundet varannan vecka genom att medarbetarna har besvarat frågor, kopplade till patientsäkerhetskultur, i samband med pulsmätning i Winningtemp. Resultaten återkopplas och diskuteras på möten med medarbetare.

Patientsäkerhetsdialog med medarbetare och chefer, som varit pausat under pandemin, har återupptagits under året. Sjukhusdirektör, chefläkare och patientsäkerhetssamordnare har mött medarbetare och chef för samtal kring patientsäkerhet och resultat av mätningar patientsäkerhetskulturen. Dessa dialoger har upplevts givande av de involverade.

Stockholms Sjukhems har beslutat att byta system för avvikelshantering för att få ett gemensamt system inom hela organisationen. Under hösten har ett nytt avvikelshanteringssystem skapats som kan inkludera äldreomsorgen och sjukvårdsenheterna men även stödfunktioner inom SSH.

Inom äldreomsorgen har MAS samverkat med chefer och legitimerad personal i syfte att belysa avvikelseprocessen och få en samsyn på avvikelser samt en källa till förbättringsarbete. Samverkade mellan handläggare av avvikelser har minskat hanteringstiden samt förbättrat bedömning av allvarlighetsgraden.

Etikrådet

Stockholms Sjukhems satsar på att stärka och utbilda våra medarbetare i etiskt förhållningssätt. Vi har ett etikråd med representanter från alla verksamhetsområden och yrkeskategorier som bidrar med kompetens kring etiska frågor. Etikrådet träffas regelbundet och utbildas i etiskt tänkande och lär sig hålla i etikronder på sina verksamheter. Etikronder är tillfällen då medarbetarna på en enhet samlas där alla tillsammans reflekterar över etiskt komplicerade situationer. Inom äldreomsorgen är även kurs i etik en del av introduktionsutbildningen. Stockholms sjukhem har även i år anordnat etikutbildning för ST-läkare.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Arbete fortlöper utifrån framtagen strategi för kompetensförsörjning där analys av behov och nuläge ger underlag för verksamhetens kompetensförsörjningsplan men även medarbetarnas kompetensutvecklingsplan.



Under året har en kartläggning gällande behov av utbildningar som medarbetare bör genomgå utifrån profession och verksamhet. En förteckning över våra egna utbildningar och länkar till externa utbildningar finns tillgängliga för alla medarbetare, på Stockholms Sjukhems intranät. Nya medarbetare får professions- och verksamhetsspecifik introduktion.

Inom äldreomsorgen omfattar kompetensutveckling och kompetenshöjande aktiviteter exempelvis: Att förebygga och minska risk för vårdskador - Socialstyrelsen, reflektionsgrupper utifrån den nationella värdegrundens värdeord med utbildade värdegrundssambassadörer, konceptet "Stjärnmärkt" för en personcentrerad omsorg och skapa delaktighet för boende och närstående samt utbildning i förbättringskunskap.

"Ett gott hem" är Stockholms Sjukhems äldreomsorgs koncept. Ett koncept är en övergripande idé och en genomgående röd tråd och som visar vår stiftelses personlighet. Konceptet bygger på den lagstiftning och den nationella värdegrund, som vår verksamhet grundar sig på. Med "Ett gott hem" tydliggörs hur vi arbetar för att de boende ska erbjudas ett gott hem, god vård och omsorg och en vardag som ger en känsla av sammanhang och meningsfullhet. "Ett gott hem" används även för att sammanfatta och tydliggöra våra arbetsätt.

Läkarinsatser i SÄBO

Stockholms Sjukhem är vårdgivare för hälso- och sjukvårdsinsatser inom äldreomsorgen. Under året har en läkare anställts med ett uttalat ansvar för boende inom Äldreomsorgen. Detta har skapat kontinuitet, kunskap samt ökad kännedom om de boende. En sammanhållen vård ger oss möjlighet att erbjuda våra patienter en mera tillgänglig, patientsäker och effektiv

sjukvård och omsorg. Som ideell vårdgivare utmanar vi de givna gränserna och vill tänka innovativt för kunna erbjuda en mera säker hälso- och sjukvård för våra patienter.

Centuri - dokumenthanteringssystem

Centuri är ett verktyg för att säkerställa att dokumenthantering uppfyller kraven på dokumentstyrning, dvs att dokumenterad information skapas, hanteras, arkiveras och gallras. Dokumenthantering i Centuri innehåller styrande, stödjande och redovisande dokument och möjliggör spårbarhet och versionshantering. Alla medarbetare har tillgång till systemet och ger där tillgång till bland annat rutiner, riktlinjer, policys, minnesanteckningar och agendor.

Kvalitetsregister

Under 2022 rapporterade verksamheterna i följande register:

- Senior Alert,
- Svenska Demensregistret - SveDem,
- Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens - BPSD,
- Svenska palliativ registret.
- Svenskt register för Rehabiliteringsmedicin - SveReh
- Svenska aortaregistret - (tidigare BOA)

Resultatet från dessa kvalitetsregister återkopplas och ger kunskap till verksamheten för att förbättra patienters och boendes vård, omsorg och behandling.

Patienten som medskapare

Patienter och närståendes delaktighet är en viktig utgångspunkt för all vård och omsorg. Vården blir säkrare om patienten eller boende är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

För patienter inom våra sjukvårdsenheter skapas individuella vårdplaner tillsammans med patienterna. Under året har införandet av Nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) planerats.



Närstående är en viktig resurs framför allt inom äldreomsorg eller för patienter med begränsad möjlighet att föra sin egen talan. Äldrevården involverar närstående i boendes vård samt i planering och utformning av verksamhetens innehåll. Arbetet med närstående kännetecknas av närhet, trygghet, kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn. Nyckeln till delaktighet och bekräftelse är god dialog, gott bemötande och tydlig information. Boende och närstående bjuds in till olika forum och sammankomster exempelvis boråd, närståendemöten och närstående råd. I samband med att flytt till äldreomsorgen erbjuder vi boende och/eller närstående att skriva ner en levnadsberättelse. Den informationen ger stöd för medarbetare och bidrar till ökad förståelse och inkännande gentemot boenden som individ. Genomförandeplanen skapas tillsammans med boende och/eller närstående. En genomförandeplan innehåller en överenskommelse om vad som ska göras, målsättning för insatserna, när och hur insatserna ska utföras samt hur resultatet ska följas upp. Planen beskriver hur omsorgsinsatserna ska utformas samt hur boendes egna resurser ska tas tillvara för att upprätthålla självständighet och integritet.

Personer med egen erfarenhet av sjukdom eller funktionsvariation, patientföreningar eller närstående är också en viktig del i vår strävan att förbättra verksamhet samt ge stöd för våra patienter och boende. Dessa kan även vara ett stöd och rådgivande vi framtagande av utbildningar, informationsmaterial samt vid förbättringsarbeten. En uppsökarverksamhet har även etablerats där personer med egen erfarenhet av funktionsvariation, besöker patienter som vårdas inom SSH med förvärvade ryggmärgsskador.

Patienters upplevelse av vård och omsorg

Utöver den nationella patientenkäten (SKR) och brukarenkäten (Socialstyrelsen) genomför Stockholms Sjukhem regelbundna undersökningar av patienters upplevelse av sin vård. Resultatet återkopplas i realtid till enheten där patienten vårdas och används för att förbättra verksamheten (figur 1). "Låt oss veta" kampanj genomfördes under våren 2022 som ett led att fokusera på patienten och boendes upplevelser samt inbjuda till dialog för en säkrare och förbättrad vård.



Figur 1: Resultat kundnöjdhet 2022, Stockholms Sjukhem övergripande nivå, n=1332

Klagomål och synpunkter

Stockholms Sjukhem har ansvar att hantera patienters, boendes och närståendes klagomål och synpunkter. Det finns olika vägar för patienter, boende och närstående att lämna synpunkter och klagomål på vård och omsorg. Klagomål och synpunkter kan ges muntligt, skriftligt, digitalt via extern hemsida samt via 1177 vårdguiden. Det går även att vara anonym, men då kan inte verksamheten besvara ärendet. Ansvaret för att analysera, åtgärda och återkoppla ligger på den enhet som berörs.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Transparens och återkoppling gällande inträffade vårdskador eller risk för vårdskada är viktig för att undvika att dessa inträffar igen. Avvikelser redovisas och diskuteras på olika nivåer inom Stockholms Sjukhem som APT möten, professionsmöten till olika lednings forum. Inom äldreomsorgen rapporteras vårdskador och risk för vårdskador direkt till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).



Sedan tidigare genomförs vid behov utredning av händelser enligt metoden

”händelseanalys”. Under 2022 har utredning av allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada kompletteras med metoden ”utredning av allvarlig vårdskada” Denna förändring möjliggör fler snabbare och mindre resurskrävande utredningar för att snabbare skapa lärande och åtgärder för att minska risken liknande händelser. Denna förändring görs i enlighet med SKR:s publikation Utredning av allvarliga vårdskador (2021).

Den mer djupgående analysen händelseanalys beslutas av chefläkare där en djupare förståelse eller mer verksamhetsövergripande analys krävs.

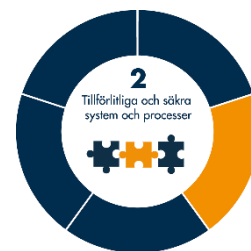
För att möjliggöra transparens och lärande inom verksamheten har en mall för dokumentation av analys eller utredning tagits fram.

Fall med skada är fortsatt en återkommande händelse där utredningar har utförts. Ett antal aktiviteter och förbättringsåtgärder har tagits fram och genomförts. En händelseanalys har påbörjats gällande brister i läkemedelsadministrering.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Egenkontroller

Under 2022 har inte de övergripande punktprevalensmätningar genomfört inom SSH. Dock planeras dessa att återupptas 2023.



Inom verksamheterna sker dock ett stort antal egenkontroller och vi arbetar ständigt med att utifrån resultat analysera brister och identifiera förbättringsområden. Kontroller utförs och dokumenteras löpande under året. Exempel på dessa är Skydds rond, Brandkontroll, Defibrillatorkontroll, MTP, journalgranskningar, läkemedelsöversyn.

Läkemedelshantering

På Stockholms Sjukhem strävar vi ständigt förbättra kvalitet, säkerhet och effektivitet i läkemedelshantering, genom gemensamma rutiner och arbetssätt. Vår farmaceutiska enhet med två apotekstekniker och en apotekare är ett stöd i detta arbete genom rutiner för kontroller, beställning och kassation samt utbildning och kunskapsstöd.

Livsmedelshygien

Stockholms Sjukhem har en egen kostenhet för tillagning av patienters och boendes mat samt en restaurang som är öppen för allmänheten. Kostenheten använder livsmedelshygieniska egenkontrollprogram och extern kontroll sker även av miljöförvaltningen och Anticimex.

Säker vård här och nu

Riskområden

Inom Stockholms Sjukhem har ett antal riskområden identifierat. Till dessa räknas fall och fallskador, undernäring, sår och trycksår, vårdrelaterade infektioner med särskilt fokus på vårdrelaterade urinvägsinfektioner samt munhälsa. Även medicintekniska produkter och läkemedel är identifierade riskområden som hanteras inom verksamheterna.

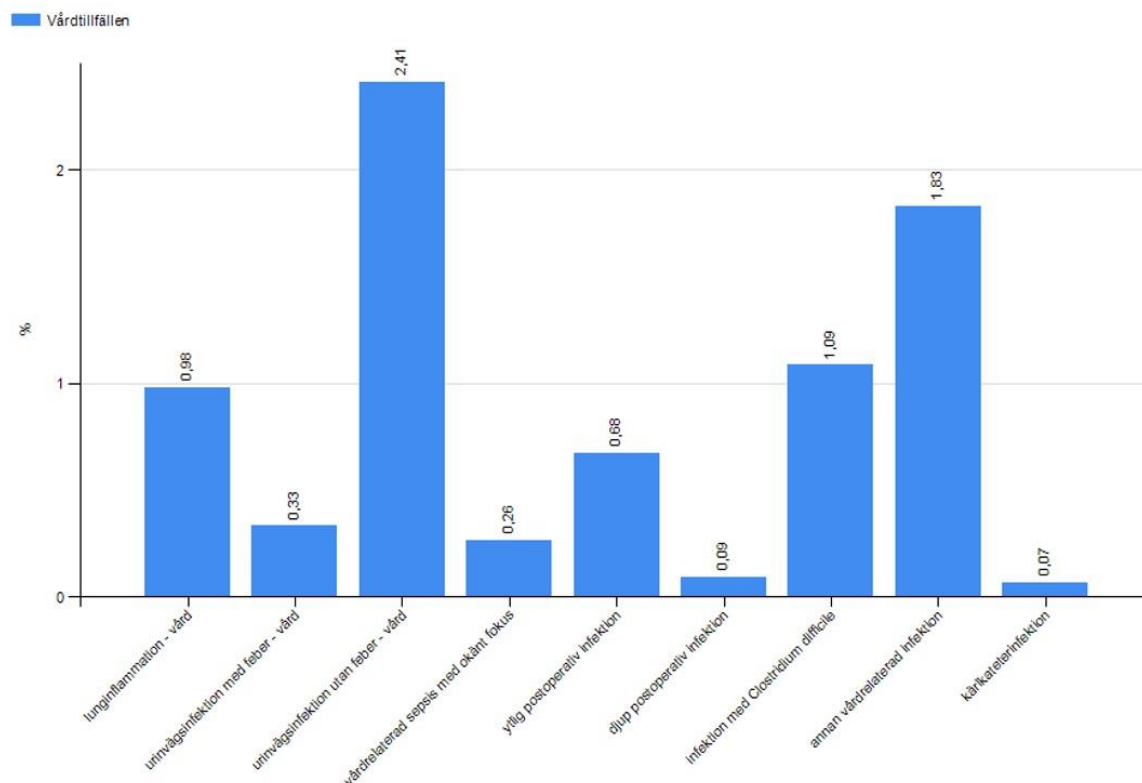


En aktivitet för att minska risker kring läkemedel är enkel läkemedelsgenomgång som utförs vid inskrivning i slutenvård. Inom äldreomsorgen sker en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning samt en fördjupad läkemedelsgenomgång genomförs därefter varje år.

En ökad brist på medarbetare och då framför allt sjuksköterskor har varit en utmaning under året. Inhyrning av sjuksköterskor har på vissa enheter och perioder varit hög. Detta följs regelbundet och olika åtgärder har utförts och planeras för att minska behovet av inhyrd personal. Utvärdering och avtalsgenomgång av inhyringsföretag har utförts.

Vårdrelaterade infektioner

Gällande vårdrelaterade infektioner har verksamheten infört infektionsverktyget och inrapportering i verktyget har kvalitetsgranskats. Under året har resultat återrapporterats till aktuella enheter och åtgärder utförts för förbättrad registrering. Resultatet av andel vårdtillfällen med vårdrelaterad infektion var 7,3% (553/7549) 2022. Vanligast förekommande VRI var urinvägsinfektion utan feber.



Figur 2: Andel vårdtillfällen med antibiotikabehandlad vårdrelaterad infektion 2022

Riskbedömningar fall, trycksår, undernäring och munhälsa

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och undernäring i samband med inskrivning i slutenvården eller vård- och omsorgsboende, följs regelbundet. En hög följsamhet till riskbedömningar kan ses inom flera områden. Skapade aktivitetsplaner vid identifierade risker samt uppföljning av dessa har inom vissa delar ett förbättringsutrymme (figur 3) Inom Äldreomsorgen följs dessa riskbedömningar i Senior Alert (figur 4).



Figur 3: Andel dokumenterade riskbedömningar, aktivitetsplaner och uppföljning i TakeCare 2022

Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde
Vallgossen	80	97% 93 av 96	97% 90 av 93	98% 91 av 93	74% 64 av 86	17 14 personer	29 personer	8 7 personer	40 personer	⬆️
Trycksår		47% 45 av 96	96% 43 av 45	96% 43 av 45	73% 30 av 41					
Undernäring		75% 72 av 96	100% 72 av 72	100% 72 av 72	72% 40 av 56					
Fall		92% 88 av 96	100% 88 av 88	100% 88 av 88	76% 61 av 80					
Munhälsa		52% 50 av 96	98% 49 av 50	100% 50 av 50	78% 40 av 51					
Hornskroken Stockholms sjukhem	62	83% 102 av 123	95% 97 av 102	98% 100 av 102	40% 40 av 101	3 3 personer	32 personer	7 3 personer	23 personer	⬆️
Trycksår		21% 26 av 123	100% 26 av 26	100% 26 av 26	46% 13 av 28					
Undernäring		56% 69 av 123	99% 68 av 69	100% 69 av 69	55% 36 av 66					
Fall		63% 77 av 123	99% 76 av 77	100% 77 av 77	40% 31 av 78					
Munhälsa		38% 45 av 119	93% 42 av 45	96% 43 av 45	29% 12 av 42					

Figur 4: Andel riskbedömningar i Senior Alert 2022 inom Vallgossen och Hornskroken

Nattfasta - Undernäring

Inom äldreomsorgen har granskning av boendes nattfasta genomförts som under hösten. Denna mätning visade ett något sämre resultat jämfört med föregående. I samarbete med dietist har åtgärder vidtagits i form av information till medarbetare och samt även reviderad kost- och vätskelistan.

Vårdkvalitet

Under året har arbete pågått för att kunna följa vårdkvalitet inom våra verksamheter. Under 2023 kommer detta följas via utdataverktyget QlikView. Resultat hämtas automatiskt från

journalssystemet TakeCare och uppdateras dagligen. Syftet är att resultaten ska användas för att bibehålla och förbättra kvaliteten för att ge god vård med hög kvalitet, för patienternas bästa, medarbetarnas arbetsglädje samt minska risken för fel. 7 parametrar har valt enligt figur 5 nedan:

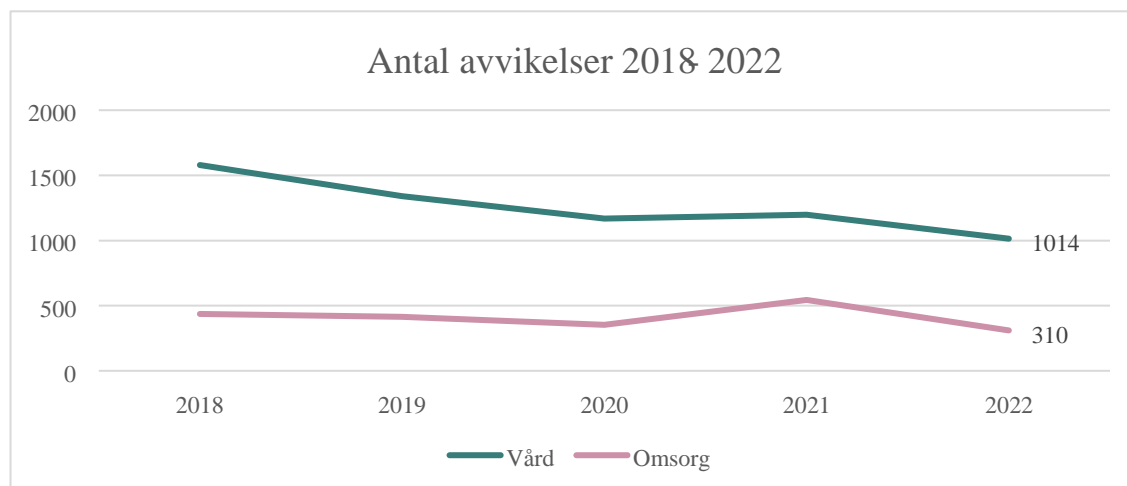


Figur 5: Vårdkvalitet SSH övergripande resultat för perioden 220215–230215

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelse

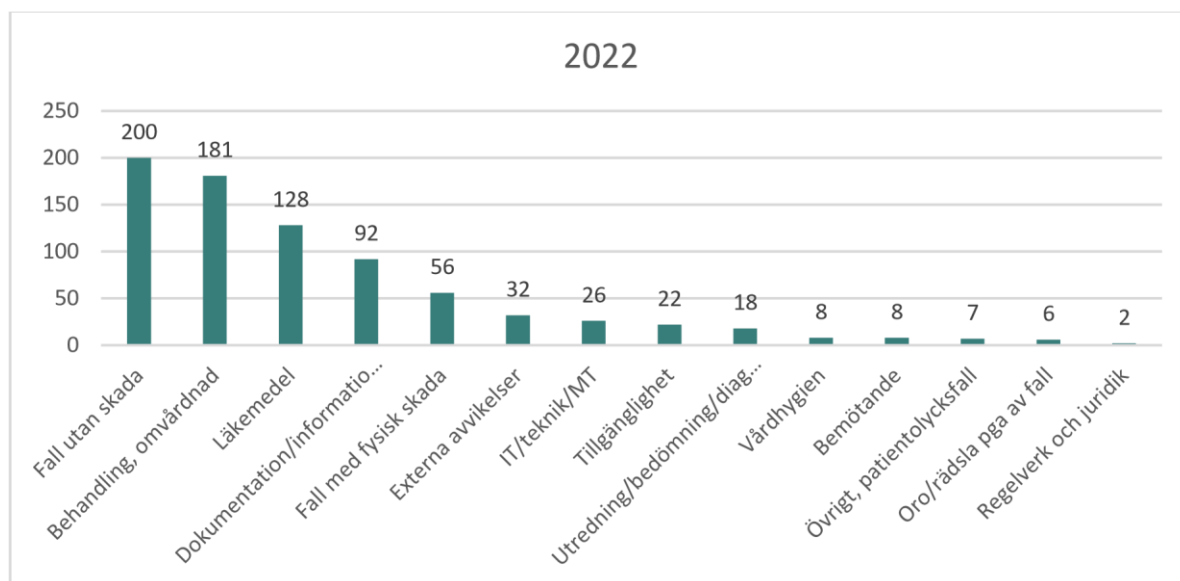
Under 2022 har rapporteringen av avvikelser och förbättringar minskat något jämfört med tidigare år och totalt har 1324 vårdavvikelser rapporterats inom sjukvård och omsorg (figur 6).



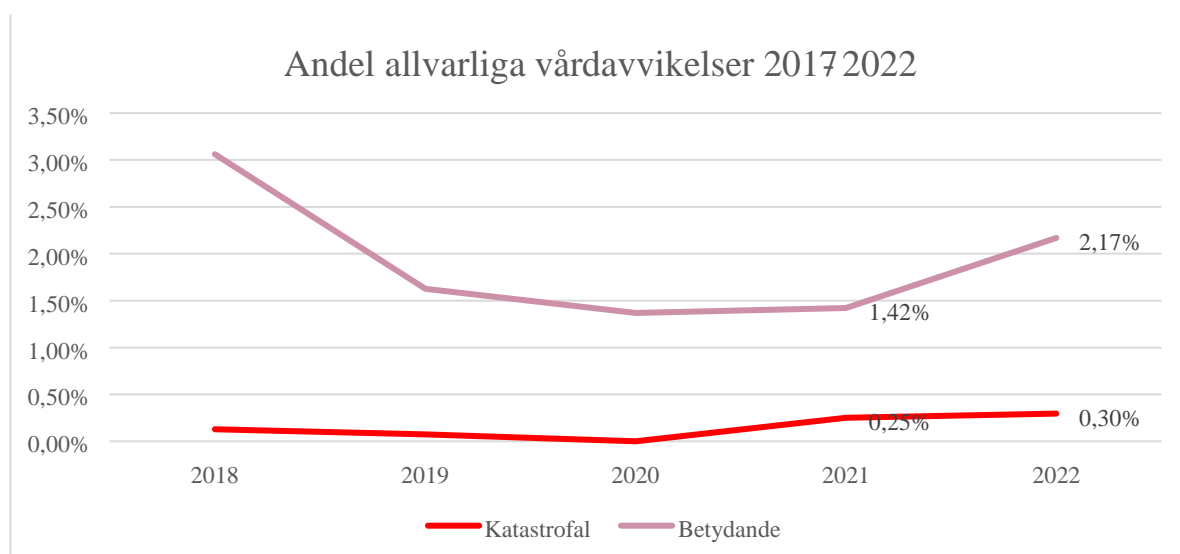
Figur6: Avvikelser, risker och förbättringar 2018–2022

Avvikelser inom Sjukvård

Av de vårdavvikelser som rapporterades inom sjukvård var de tre vanligaste kategorierna patientolycksfall, behandling/omvårdnad samt läkemedel (figur 7). Alla händelser riskvärderas och avvikelser med katastrofal/betydande risk, dvs med vårdskada eller risk för vårdskada, utgjorde 0,3%, (3/1014) och 2,17% (22/1014) av de bedömda rapporterna (figur 8).



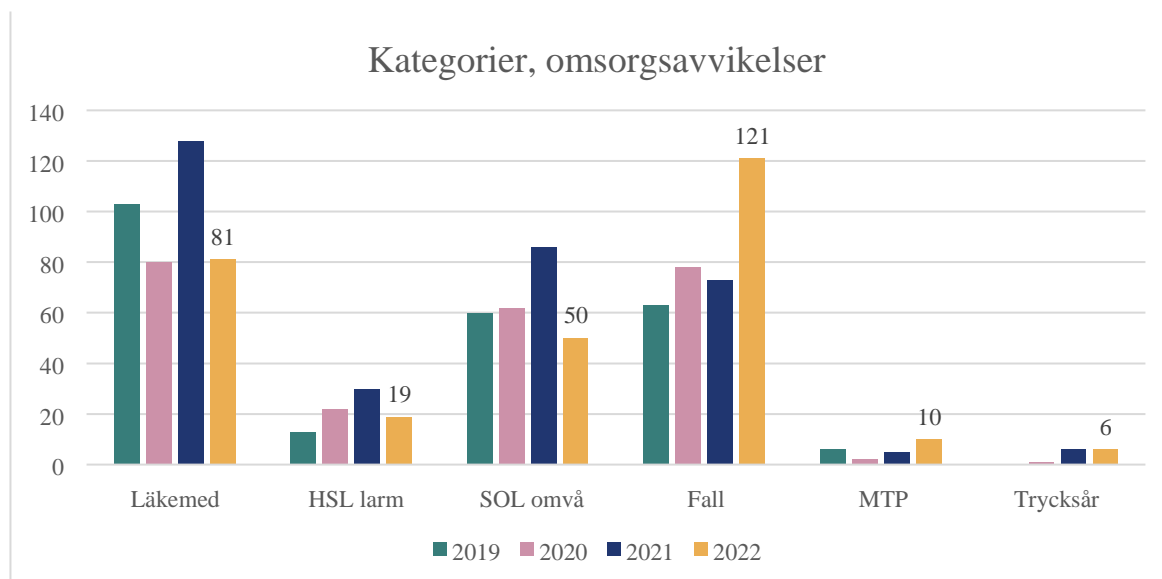
Figur 7: Kategorier av vårdavvikelser inom sjukvården 2022



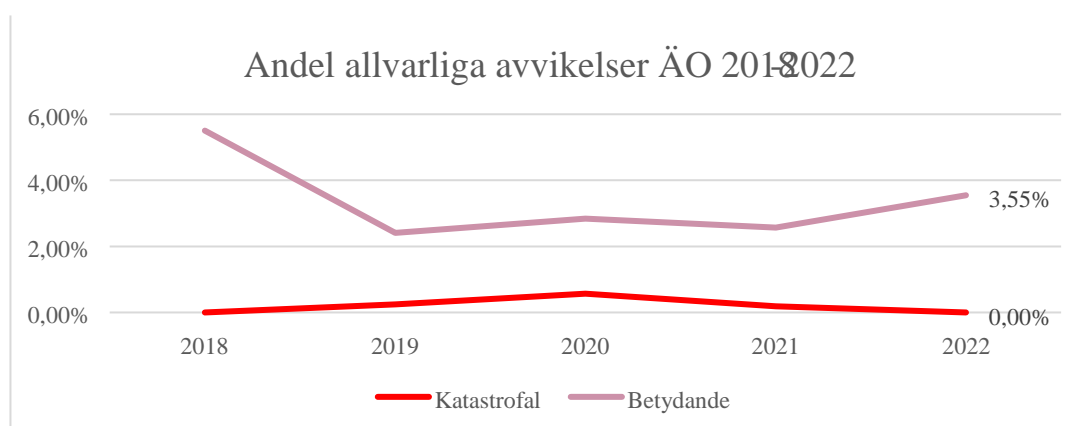
Figur 8: Avvikelser, risker och förbättringar 2018–2022

Avvikelser inom Äldreomsorgen

Under 2022 har 310 omsorgsavvikelser inrapporterats i journalsystemet SafeDoc och på pappersblanketter. De vanligaste kategorierna var även här fall, läkemedel och omvårdnad (Figur 9). Riskvärdering avseende allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning visar att 0% (0/310) var med katastrofal risk och 3,55% (11/310) var med betydande risk (figur 10).



Figur 9: Kategorier av vårdavvikelser inom äldreomsorgen 2019 - 2022



Figur 10: Andel allvarliga avvikelser inom Äldreomsorg 2018–2022

Utredning och händelseanalys

Under 2022 har Stockholms Sjukhem, i enlighet med SKRs rapport Utredning av allvarliga vårdskador, i första hand utfört utredningar vid vårdskador som krävt analys. Dessa har främst analyserat fall under vårdtiden.

Den mer omfattande händelseanalysen har utförts gällande trycksår samt en analys har påbörjats som berör läkemedelsbehandling.

Utredningarna och analys har använts som underlag för förbättringar i verksamheten, men också som underlag för beslut om anmälan enligt Lex Maria och Lex Sarah.

Lex Maria och Lex Sarah

Under året har 2 beslut om Lex Sarah tagits. Dessa rörde missförhållande respektive boende som avvikit. Båda anmälningarna har avslutats från IVO utan ytterligare åtgärd. Inga beslut om Lex Maria har tagits.

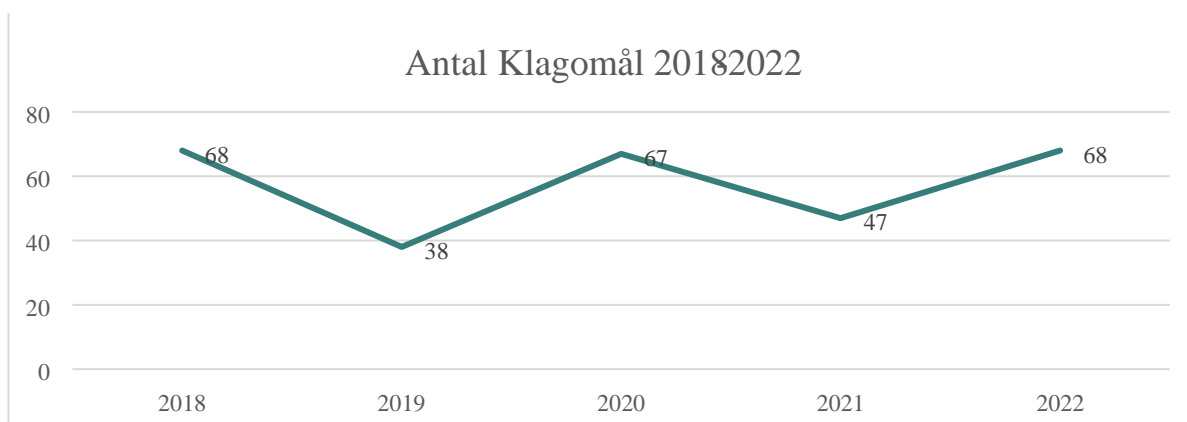
Klagomål och synpunkter

Stockholms Sjukhem under har under 2022 behandlat 68 klagomål och synpunkter, varav 4 från IVO, 35 till och via Patientnämnden, 24 som lämnats direkt till verksamheten samt 5 via 1177 (Tabell 1).

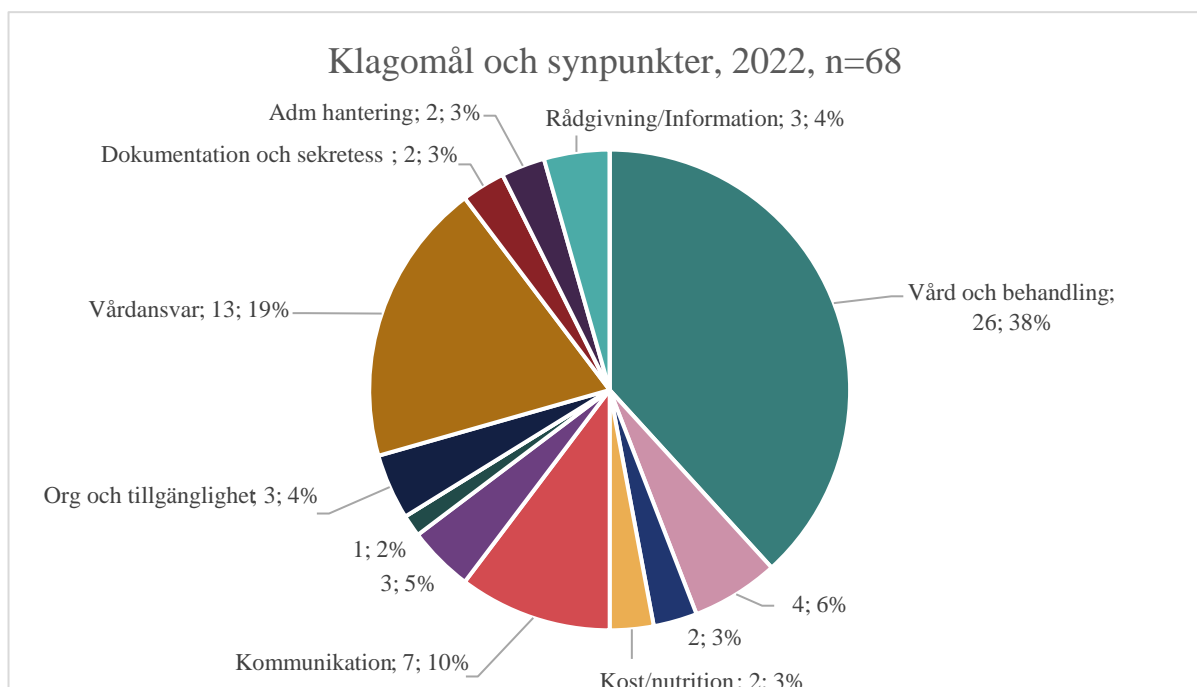
Antalet klagomål och synpunkter har ökat jämfört med föregående år (figur 11). Utifrån kategorier av klagomål visar det att huvuddelen, 38%, rör vård och behandling (figur 12).

Tabell 1: Klagomål och synpunktsärenden 2022

Ärenden från	2021	2022
Patientnämnden	19	35
Klagomål registrerade i HändelseVis och synpunkt@ssh.se	12	24
1177 Vårdguiden Klagomål och synpunkter	6	5
Klagomål överlämnat av IVO	10	4



Figur11: Antal klagomål och synpunkter inkomna till Stockholms sjukhem under åren 2018–2022



Figur 12: Klagomål och synpunkter under 2022 uppdelad i kategorier, n. 68.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Planering pågår för att under 2023 skapa kliniska träningslokaler på både Bromma och Kungsholmen. Detta möjliggör att medarbetare och studenter kan träna specifika moment, exempelvis förflyttningsteknik och HLR, i en utbildningslokal anpassad för detta.



Etikrådet och etiska ronder är ett stöd och ett verktyg för att skapa en beredskap vid komplexa fall och oväntade händelser samt minska etisk stress som kan uppkomma hos medarbetare. Den webbaserade patientsäkerhetsutbildningen ingår även i introduktionsprogrammet för flera professioner.

Patientsäkerhetskultur

Under 2022 har medarbetarna svarat på frågor kopplade till patientsäkerhetskulturen. Dessa besvaras varannan vecka i samband med pulsmätning. Resultatet för verksamheterna samt per fråga kan ses i tabell 2 och 3.

Tabell 2: Resultat gällande patientsäkerhetskultur 2022, per VO

Patientsäkerhetskultur	
Stockholms Sjukhem	7,8
Äldreomsorg	7,9
Geriatrisk	7,4
Palliativ vård	8,2
Rehabilitering	7,9

Tabell 3: Resultat Stockholms Sjukhem uppdelat per fråga, gällande patientsäkerhetskultur för 2022

Resultat per fråga	
Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	8,4
Jag vågar prata om mina misstag	8,0
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	7,2
Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats	7,1

De senaste årens pandemi samt uppkomna och hotande läkemedelsbrister, har tydliggjort behov av att skapa lager för skyddsutrustning och läkemedel. Utifrån de statliga och regionala kraven på beredskapslager för läkemedel har förberedelser startat för att kunna finnas på plats 2023.

Under 2022 har riskanalyser genomförts. Dessa har bland annat rört:

- Behörighetstilldelning till journalsystem Cosmic
- Återflytt till renoverade lokaler
- Helgtjänstgöring för paramedicinska resurser
- Jourtjänstgöring
- Behörighetsprofiler i TakeCare

- Organisationsförändringar

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2023 fortsätter renovering och modernisering av lokaler i Bromma vilket påverkar medarbetare och patienter i form av buller och evakuering/flytt av verksamheter m.m. Ett nytt vård- och omsorgsboende (Mosaiken) kommer att öppna i Brommas lokaler samt fortsatt inflyttning av boende på det vård- och omsorgsboende (Nyckelharpan) som öppnade november 2022. Översyn av arbetssätt, rutiner, kompetens och utbildningsinsatser kommer att genomföras för att detta ska ske på ett patientsäkert sätt. Utifrån de statliga och regionala kraven på beredskapslagrade för läkemedel, kommer dessa att skapas på både Bromma och Kungsholmen under 2023.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2023

Målen för 2023 är bland annat att resultat från patientsäkerhetskulturmätningarna samt Vårdkvalitet kommer att följas kontinuerligt och analyseras inom respektive verksamhet med stöd av chefläkarkansliet.

Implementering av det gemensamma avvikelshanteringssystem (Centuri) kommer ske inom alla äldreomsorgens enheter, sjukvårdsverksamheter samt stödfunktioner. Ett nytt journalsystem (Epsilon) kommer också att införas inom äldreomsorgen och ersätta det befintliga journalsystemet SafeDoc.

Fler patientsäkerhetsdialogerna med medarbetare och chefer planeras kring patientsäkerhet. Samtalen kommer att integreras med de utvecklade Patientsäkerhetskulturmätningarna som startat 2022.

Patientsäkerhetsberättelse för Bergsund År 2022



Datum: 2023-02-24

Ansvarig för innehållet: Ymer Ilirzon

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



2022 används ”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. Ansvar och Omsorg AB har som verksamhetsområde att bedriva särskilt boende med vård och omsorg riktat mot äldre. Några av verksamheterna har en speciell inriktning mot demens. Inom några av verksamheterna förekommer även korttidsplaceringar vid behov av fortsatt rehabilitering, vård och omsorg inför hemgång efter inläggande sjukhusvård. A&O bedriver verksamheter runt om i Sverige med ansvar för 1446 upphandlade platser för särskilt boende, fördelat över 25 enheter.

Bergsund vård- och omsorgsboende ligger på Södermalm Hornstull i Stockholm, Folkskolegatan 30. Bergsund har 123 särskilda boendeplatser varav 16 platser är med demensinriktning. Bergsund delas

på 2 hus 4 våningar på varje hus. Lägenheterna består av pentry, stort hygienutrymme och de flesta lägenheterna har egen balkong. Vi har en egen stor innergård där utevistelse är avsedd för boendes bruk samt en träffpunkt med dagliga aktiviteter.

På Bergsund hålls kvalitetsråd varje månad tillsammans med sjuksköterskor, verksamhetschef, enhetschef, rehab personal och utsedda kvalitetsombud från varje våningsplan. Där lyfts kontinuerligt alla avvikelser från föregående månad för diskussion, men även de delar i enkätundersökningen, Socialstyrelsens brukarundersökning, som påvisar utvecklingsbehov för verksamheten.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Egenkontroll	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15
Mål	15
Resultat	15
Analys av resultat	15
Åtgärder	16
Uppföljning	16
Rapportering i kvalitetsregistret	16
Analys	16
Uppföljning.....	16

SAMMANFATTNING

Kvalitetsledningssystemet är grunden för kvalitetsutveckling och medför att verksamheten systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra kvaliteten. Kvalitetsledningssystemet Stratsys kombinerat med företagets eget verksamhetsstöd ligger till grund för att systematisera uppföljningar och tillgängliggöra rutiner och riktlinjer för så väl ledning som medarbetare.

Kvalitetsarbetet struktureras efter årshjul framtagna för respektive professionsområde, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal samt ledningsfunktioner.

Det viktigaste kvalitetsåtgärder som vi har gjort under 2022

- 2022 präglades av ett fortsatt arbete med att minska smittspridningen av Covid-19, följsamhet till basala hygienrutiner, source control samt att erbjuda vaccinationer till boenden.
- Vi har haft övergripande möten i olika former.
- Kvalitetsråd varje månad.
- Registrering i kvalitetsregister
- Avvikelsehantering och analysering
- Utredningar och analys av synpunkter och klagomål.
- Hygien observationer, diskussioner mm.

Det viktigaste fokusområden under 2022

- Fallprevention
- BPSD kvalitetsregistrering
- Läkemedelsgenomgångar, kontinuerlig av en boende ansvarig läkare □ Måltidsobservationer, nattfasta-mätningar samt uppföljningar och åtgärder.
- Olika ombudsområdets diverse möten
- Dietisten har haft olika utbildningar för samtliga i teamet
- Ergonomi och förflyttningsteknik
- Engagerad personal pro aktiv arbete med Covid-19

Under 2022 kommer vi fortsätta att arbeta med samtliga områden och sträva efter att uppnå tillfredsställande resultat.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

På Bergsunds förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar även utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård.

Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet.

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

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

A&O planerar och skapar strukturen för patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vård skada”.

A&O ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetssätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser. Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. A&O vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt identifiera risker samt förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas.

Utifrån nationella och företagsövergripande mål har Bergsund brutit ner följande verksamhetsmål.

Tabell 1. Översikt mål

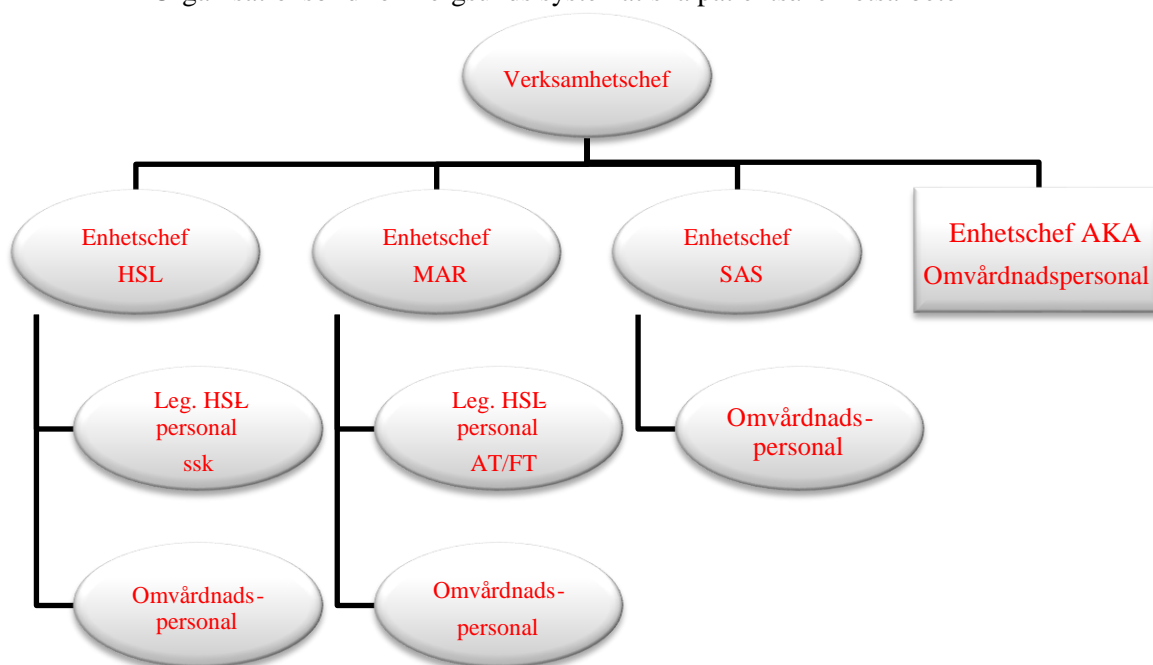
Nationell Vision och Mål	Övergripande mål för A&O	Bergsunds mål
--------------------------	--------------------------	---------------

God och säker vård överallt och alltid	God patientsäkerhetskultur i vården	Vi har arbetat med teamforum där sjuksköterska kallar in teamet som består av rehab personal, dietist, kontaktperson, kurator samt vid behov aktivitetscoach. Vi har haft vårdplaneringar där boende, närstående, chefen samt teamet har deltagit. Vi har även haft SIP där även PAL har deltagit.
Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada	Att vi arbetar aktivt i våra kvalitetsregister	Vi har registrerat i senior alert, palliativ register samt BPSD problematik på demensavdelningen.
Säkerställa god och kvalitativ vård	Upprätta vårdplaner	Vi arbetar kontinuerligt med vårdplaner. I vårdplanen beskrivs problemet, åtgärder och uppföljningar.
Säkerställa kvalitativt arbetssätt	Avvikelsehantering och analysering	Vi har haft både läkemedelsavvikelser och fallavvikelser som först tas upp på avdelningsmöte och sedan följs upp på kvalitetsråd med teamet.
	Utredningar och analys av synpunkter och klagomål	Ledningen har tagit emot synpunkter och klagomål, utrett skyndsamt, analyserat och gjort bedömning enligt lag och upprättat åtgärdsplan och följt upp.
Säkerställa nattfasta	Dietist upprättar mätninginstrument/material	Nattfastemätningar har gjorts samt uppföljningar och åtgärder har gjorts. Vi inskaffade blenders för att göra energirika smoothies. Dietisten har även haft utbildning för teamet.
Fall prevention	Fysioterapeut och arbetsterapeut inventerat behov av förflyttningsteknik och ergonomi. Rehabteamet gör individuella rehab planer och åtgärdsplaner.	Vi har utbildat nyanställda samt har påbörjat och fortgår utbildning för tillsvidareanställda personal. Samtliga boenden görs individuellt ADL bedömning och åtgärdas utifrån bedömningsresultatet.
Hygien riktlinjer följes	Att man följer årliga rutinen	Vi har gjort hygienobservationer och självskattning. Vi har även hygienombudsmöten där vi diskuterar vikten av hygienrutin. Samtliga personal har gjort webb baserat basala hygienutbildning. Tack vare rutiner och source Control har vi lyckats minimera covid – 19 fall.

Organisation och ansvar

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

Organisationsbild för Bergsunds systematiska patientsäkerhetsarbete



Verksamhetschef (VC) har enligt (4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. VC har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav om god och säker vård. VC ansvarar även för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare samt arbeta riskförebyggande utifrån respektive kompetensområden. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i enlighet med rådande lagstiftning och att fortlöpande bidra till utvärdering av måluppfyllelse inom verksamheten.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen tillsammans med företagets värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningssätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter kopplade till hälso- och sjukvårdsinsatser, fullbordas enligt instruktion och fastställda krav samt rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser lever upp till kraven om god och säker vård. Ansvarsområdet regleras utifrån gällande avtal och utförs genom samverkan med Södermalm stadsdel, MAS, MAR och Kvalitets utvecklare (KU) anställda inom A&O har ett övergripande utredningsansvar inom företaget.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att undvika vårdskador arbetar Bergsund aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet. Målsättningen är även att

riskbedömning ska göras utifrån våldsprevention på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg. Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarigare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitetsutvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Samverkan för att förebygga värdeskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser med

- Primärvårdsansvar, läkarinsatser (Legevisitten läkarorganisation med rond två ggr i veckan)
- Munvård, munhälsobedömningar och uppsökande tandvård (Flexident och Oral care kommer till boenden)
- Medicinsk fotvård, (Fothälsan kommer till boenden)
- Regionen, överrapportering vid inflyttning (HSL-teamet får rapport av legitimerad personal både från sjukhus och hemsjukvård)
- Samverkan med BPDS-teamet
- Logoped och audionom
- Bårtransporter och ambulanspersonal
- Stockholms stad

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

Inom Bergsund förekommer följande systemstöd Vodok och Paraply för journalhantering. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Svensk E-identitet för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna.

Övergripande företagsrutiner finns för egenkontroller, loggning angående datainträng i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister.

En god säkerhetskultur

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

I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur som bidrar till ett lärande arbetar Bergsund med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder. Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar eller avdelningsmöte.



Adekvat kunskap och kompetens

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

Bergsund arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chef stöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar. För att erhålla tillsvidareanställning krävs formell kompetens. Inom verksamheten erbjuds möjlighet till fortbildning bland annat genom vi anlitar som utbildar teamet till exempel munhälsovård, inkontinensmedel, värdegrundutbildning, läkemedel mat och måltid mm.



Patienten som medskapare

Boendes/patientens och närståendes delaktighet är viktig för att skapa förutsättningar till en god och säker vård. Patienten och närstående erbjuds därför möjlighet att medverka i samband med upprättande av vårdplaner, genomförandeplan samt att utforma hur åtgärder utförs på sätt för den enskilda individen.

Grunden till detta arbete inleds direkt i samband med inflyttning, då boende och närstående bjuds in till ett välkomstmöte som initieras av sjuksköterska och utsedd kontaktperson.

Utöver detta inbjuds till boenderåd samt anhörigträffar vilka anordnas inom verksamheten. De boende och närstående erbjuds även möjlighet till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar i enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).



bästa

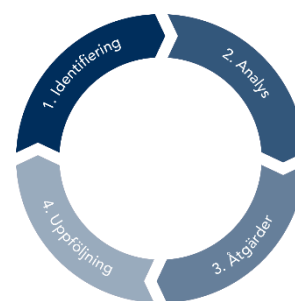
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Bergsund tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul.

Inrapportering sker via ledningssystemet Stratsys.

Verksamhetsuppföljning och kvalitetskontroller genomförs även genom fysiska besök samt genom analyser av inrapporterade data.



Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och återrapportera efterfrågad hälso- och sjukvårdsuppföljning till Stockholms stad.

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.



I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets KU, MAS eller MAR.

Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso- och sjukvård.

Allvarlighetsgrad, definition	Omvårdnad	Läkemedel	Fall	Klagomål och synpunkter
1 Mindre obehag eller obetydlig skada	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MARansvarig (Leg. AT/FT)	VC
2 Måttlig Övergående funktionsnedsättning	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MARansvarig (Leg. AT/FT)	VC
3 Betydande Bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
4 Katastrof Dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning	KU, MAS /MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR

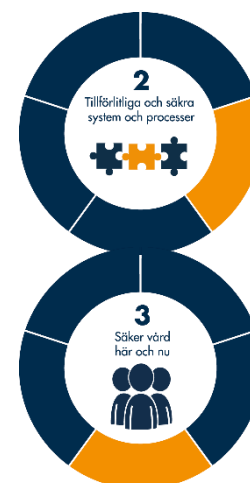
Tillförlitliga och säkra system och processer

För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till ett gemensamt verksamhetsstöd. I verksamhetsstödet presenteras nationella företagsgemensamma riktlinjer för att sedan kunna anpassas till lokala rutiner på Bergsund. **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.

Under 2022 har det identifierats risker, gällande kompetensförsörjning, i till följd av Covid-19 och en rörlig arbetsmarknad. Utmaningar och risker kopplat till kompetensförsörjning har identifierats på olika nivåer.

Kompetensförsörjningen har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt ledningsfunktioner.



och

Både

Riskhantering

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

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat,

- Smitta och smittspridning
- Följsamhet till basala hygienregler
- Kompetensförsörjning vid manfall, pågående smitta

Utöver dessa sker inrapportering av avvikelser utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp eller individnivå i tillgängligt systemstöd Vodok och Parasol.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).



deras

Informationen om detta ges i samband med att en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande.

Informationsskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

I Verksamhetsstödet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys. Tabellen nedan redovisar registrerade händelser under gångna året.

Avvikelser upprättat inom verksamheten	Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
362	1	2	1

Upprättade avvikelserrapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. En viktig del i analysprocessen är att identifiera

bakomliggande orsaker samt föreslå åtgärder för att minska risken för återupprepande. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar samt avdelningsmöten.

Klagomål och synpunkter

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

Boende och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten via formuläret *Hjälp oss bli bättre*. Verksamheten tar även emot synpunkter och klagomål som lämnats av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Tabellen nedan redovisar registrerade mottagna klagomål och synpunkter under gångna året

Klagomål/ synpunkter lämnade direkt till verksamheten	Klagomål och synpunkter överlämnade av patientnämnden	Klagomål/ synpunkter överlämnade av Inspektionen för vård och omsorg
12	0	2

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Bergsund under 2022 har fokuserats på:

- Övergripande möten i olika former
- Kvalitetsråd varje månad
- Avvikelsehantering och analysering

* Analys av synpunkter och klagomål

* Hygienobservationer, hygienuppföljningar, hygiendiskussioner med fokus på Covid-19



Egenkontroll

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

Tabell 2. Översikt för övergripande egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystem
Klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Verksamhetsstöd

Rapportering i kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert BPSD Palliativa registret
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	1 gång per månad	Narkotika journaler och följesedlar
Läkemedelsgenomgång	Löpande	Journalgranskning
Vårdrelaterade infektioner	månadsvis	PPM-databasen/ Protokoll
Följksamhet till basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år 2 gånger år	Protokoll PPM
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Inkontinens ombudsmöte	3 gånger per år	Protokoll
Dokumentations ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Palliativa ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Kost ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	SeniorAlert/PPM
Nattfastemätning	2 gånger per år	Protokoll
Kvalitetsråd	1 gång per månad	Protokoll
Kontroll medicintekniska produkter	1 gång per år	Protokoll
Journalgranskning	2 gånger per år	Protokoll
Questa kvalitetsuppföljning	1 gång per år	Protokoll

Fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, redovisas utifrån en förbättringsmodell, vilket är viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Minskad smittspridning av Covid-19 inom verksamheterna

Under 2022 har verksamheterna fortsatt påverkats av den pågående pandemin av Covid-19.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2023

- Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister
- Utveckla processen för interna löpande kvalitetsuppföljningar
- Översyn kompetensförsörjning
- Mat och måltidssituationer
- Övergripande värdegrundsarbete för omvårdnadspersonal

Arbetet planeras att genomföras genom:

- Se till att ansvarig personal har rätt förutsättningar och utbildning. Arbeta aktivt med alla olika ombudsfunktioner.
- Dietisten fortsätter med adekvata utbildningar som berör mat och måltidssituationer. Måltidsobservationer kommer göras av ett team bestående av olika yrkeskategorier. Dietisten kommer också ingå i teamforum där man går på djupet med varje enskild boende.
- Kurator kommer veckovis hålla i värdegrundsarbetet. Tvärgrupper som kommer diskutera olika case som berör verksamheten samt rollspel.
- Personalen följer gällande kompetensutvecklingsplan och genomför tilldelade utbildningar.

Mål

Målet har varit att uppnå minskad smittspridning inom verksamheten.

Resultat

Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccinationer för Covid-19, dos 1-5 vilket bedöms ha medfört att boende som infekterats trots att de varit vaccinerade inte utvecklat allvarliga symtom.

Pandemin har under året främst begränsat möjligheten till gemensamma meningsfulla aktiviteter för boenden samt påverkat konkreta arbetssätt för personal.

Det har även förekommit perioder med ökad arbetsbelastning orsakad av en hög sjukfrånvaro bland medarbetarna. Under året har verksamheten genomfört extra kontroller av följsamhet till basala hygienrutiner. Vissa brister har identifierats genom egenkontroller ffa ojämnheter kring följsamhet till source control.

Analys av resultatet

Förekomsten av allvarlig sjukdom till följd av covid-19 har uppnåtts på en samhällsövergripande nivå, relaterat till bland annat en vaccinationseffekt. Verksamheten behöver därför fortsatt arbeta med kontinuerlig samverkan mot regionen för att kunna erbjuda vaccination i enlighet med rekommendationer. Under året har följsamheten till source control varierat. Omsättning av personal kan vara en bidragande orsak, men även att det medfört en inverkan på de anställdas arbetsmiljö. Det har varit och är så väl fysiskt som psykiskt ansträngande att bära skyddsutrustning under hela arbetspassen, vilket anses ha bidragit till att öka risker till förekommande avsteg.

Åtgärder

Kommunikation och information om vikten till följsamhet.

Tillgängliggöra webbaserade utbildningar för att bibehålla kunskap samt introduktion till nyanställda. Närvarande ledarskap och täta egenkontroller.

Uppföljning

Inför 2023 så fortsätter arbetet med source control endast vid konstaterad smitta, detta efter nya direktiv från staden. Provtagning fortsätter tills vidare vid misstanke om smitta.

Rapportering i kvalitetsregister

Bergsund har inte uppnått sina egna mål i relation till registrering i aktuella kvalitetsregister

- Palliativa registrering
- SeniorAlert
- BPSD
- Questa

Analys

Resultaten visar på bristande kontinuitet och arbetssätt som främjar att uppgifter registreras. I flera genomförda stickprover och kontroller (PPM) identifierades bristande individuella riskbedömningar som en bidragande orsak till det inträffade. Systemstöd för att göra efterfrågade riskbedömningar finns i så väl Senior Alert som BPSD, varför det bedöms krävas övergripande åtgärder.

Bidragande orsaker till det negativa resultatet kan vara förändrade arbetssätt, arbetsbelastning som den pågående pandemi har medfört. En annan orsak kan även vara personalomsättning som medfört att kompetens och behörigheter behöver uppdateras.

Åtgärder som planeras är

- Översyn av behörigheter på samtliga enheter.
- Tätare uppföljning av KU
- Utbildningsinsatser

Uppföljning

Åtgärderna planeras att följas upp under 2023 på både lokal och företagsövergripande nivå.