

Bilaga O4

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Södermalms stadsdelsförvaltning –
vård- och omsorgsboenden egen regi

Innehållsförteckning:

Patientsäkerhetsberättelse MAS MAR Södermalm.....	s.02
Patientsäkerhetsberättelse Hornstulls servicehus.....	s.33
Patientsäkerhetsberättelse Dagverksamhet.....	s.52
Patientsäkerhetsberättelse Kulltorp vård och omsorgsboende.....	s.67
Patientsäkerhetsberättelse Nytorpgårdens vård och omsorgsboende.....	s.84
Patientsäkerhetsberättelse Magdalenagårdens vård och omsorgsboende.....	s.99
Patientsäkerhetsberättelse Katarinagårdens vård och omsorgsboende.....	s.129
Patientsäkerhetsberättelse Bergsunds vård och omsorgsboende egen regi from 231001.....	s.160

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska och
Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och
sjukvården
Södermalms stadsdelsnämnd
År 2023**



Datum 2024-02-26

Ansvarig för innehållet: Caroline Loogna, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Marie-Louise Carlström, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Diarienummer: SÖD 2024/188

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur förvaltningens MAS och MAR arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller också en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Läkemedelshantering.....	12
Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	13
Blåsdysfunktion.....	15
Skyddsåtgärder	16
Senior Alert	17
Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler.....	18
Multiresistenta bakterier	18
Funktionsbedömning ADL.....	19
Riskbedömningar (statistik från Vodok)	20
Palliativa registret- Vård i livets slutskede	21
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	22
Registrerade avvikelser	22
Tillförlitliga och säkra system och processer	24
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet, QUSTA	24
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDOKUMENTATION	25
MUNHÄLSOBEDÖMNING	26
Säker vård här och nu.....	26
Riskhantering.....	26
Stärka analys, lärande och utveckling	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	30

SAMMANFATTNING

Under 2023 (1 oktober) har Södermalms stadsdelsförvaltning övertagit driften för Bergsunds vård och omsorgsboende (VoB) till kommunal regi. Ytterligare övertagande av VoB är planerat till 1 februari 2024. Därmed har Södermalms stadsdelsförvaltning under 2024 sju Säbo i kommunal regi.

Under 2023 har det digitala signeringsverktyget Appva ytterligare implementerats i en verksamhet- Katarinagårdens vård och omsorgsboende. Det har gett en god effekt i den röda tråden, att följa läkemedlet som är ordinerat till att det givits enligt de rutiner och riktlinjer som finns. Verktyget ger också en tydlig digital överblick på de delegeringsbeslut som finns på varje sjuksköterska. Under hösten 2023 så anslöts även samtliga verksamheters arbetsterapeuter och fysioterapeuter in i det digitala signeringsverktyget Appva. De kan därmed delegera arbetsuppgifter enligt delegeringsprocessen i Appva samt även lägga in fysiskt aktivitet/träning samt rengöring av personligt ordinerade hjälpmedel, vilket då utförs av omvårdnadspersonalen.

Alla verksamheter, förutom Bergsunds vård och omsorgsboende, arbetar nu med det digitala verktyget "Att göra listan" som är kopplat till dokumentationssystemet Vodok och ger en tydlighet i de hälso och sjukvårdsinsatser som skall göras enligt ordination under ett dygn i verksamheten. Att göra listan kopplar ihop insatsen med dokumentationen på ett tydligt och patientsäkert sätt digitalt.

Alla verksamheter har nu digitala läkemedelsskåp i varje boendes lägenhet som öppnas med personlig tagg som är kopplad till befintlig delegering hos omvårdnadspersonalen. Även läkemedelsrum i alla verksamhet har digitalt lås som bara kan öppnas via personlig tagg av sjuksköterska.

Eftersom covid pandemin officiellt är över så tar inte Covid 19 lika stort utrymme i verksamheternas vardag längre men provtagningar görs även fortsättningsvis på patienter med symtom efter ordination av läkare samt kohort vård gäller vid positivt svar. Vaccineringar av Covid 19 är nu en del av återkommande uppgifter under året i verksamheterna i samverkan med läkarorganisationen.

Uppföljningar och egenkontroller som inhämtats från verksamheterna under året visar att hälso- och sjukvården håller god kvalitet. Arbetssättet med regelbundna egenkontroller kring basal hygien behöver fortsätta. Tendenser finns att personal i vårdnära arbete har tappat delar av basal hygien arbetssättet, säkerligen relaterat till att covid inte länge är en del av allas vardag. Följsamheten kring basal hygien har minskat något visar våra externa hygienobservationer.

Under året återinfördes source control nivå 1, på rekommendation av Smittskydd Region Stockholm, i alla vårdnära moment, dvs. vid omvårdnadsnära arbete närmare än 2 meter. Det är även framöver ett pågående arbete med utbildning och uppföljning av basal hygien i alla verksamheter.

Under året har antalet biträdande enhetschefer utökats i verksamheterna, det ger en bra grund och möjlighet för fortsatt utveckling och förbättringsarbete.

Södermalms äldreomsorg är under 2024 i en period av omorganisering eftersom vi har vuxit och består av sju särskilda boende (Säbo).

Hornskrokens vård och omsorgsboende gick över till kommunal drift 240201 och kommer därför inte vara en del av Patientsäkerhetsberättelsen 2023. Inom den legitimerade gruppen har det främst varit inom rehab området som det varit omsättning av personal. Det finns i nuläget inga lediga sjukskötersketjänster – alla är tillsatta. Under 2023 har man succesivt minskat användande av bemanningsföretag.

Stort fokus har varit under 2023 att kvalitetssäkra läkemedelshanteringen i alla våra Säbo, som har skett via: digitala läkemedelslås, digital signering av läkemedel och i näst steg under 2024 följs detta upp med att kvalitetssäkra läkemedelsdelegeringar genom ny digital delgeringsutbildning samt kunskapstest för att förtydliga och göra uppgiften av läkemedelsdelgering synlig och så viktig som den är (HSLF- FS 2017:37).

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Södermalm.

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet inom stadsdelen genom att:

- Föra dialog med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal
- Använda kvalitetsinstrumentet QUSTA
- Verksamhetsuppföljningar, hälso och sjukvård enligt mall från Äldreförvaltningen
- inhämta resultat och analys av genomförda egenkontroller i verksamheterna
- stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation
- att det utförs punktprevalensmätning (mätning vid två specifika tillfällen) för utvalda indikatorer
- det genomförs punktprevalensmätning för basal hygien och klädregler
- inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
- följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelse
- följa registreringar i nationella kvalitetsregister
- genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna

2. Återkoppla sammanställt resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.
3. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att samverka med verksamheterna
 - samverka med ansvariga chefer för hälso- och sjukvården vid utredning av allvarlig händelse
 - medverka vid möten i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
4. Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad.
5. Samverka med externa aktörer och andra vårdgivare som har betydelse för patientsäkerheten.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vårdgivare är Södermalms stadsdelsnämnd. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan med läkarorganisationer
- Samverkan nutritionsbehandling

- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning för MTP
- Kostnadsfördelning av läkemedel
- Kostnadsfördelning förbruksprodukter

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* "Capio" och "Familjeläkarna i Saltsjöbaden" har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Södermalms vård och omsorgsboende. En samverkansöverenskommelse med respektive läkarorganisation har tecknats lokalt med stadsdelsförvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året. Samverkansmöten med läkarorganisationerna och ansvariga på respektive verksamhet har under vintern genomförts på plats med chef samt SSK och MAS.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering. Samtliga verksamheter i egen regi har under året kvalitetsgranskats av farmaceut/kvalitetsgranskare från Apoteket AB. MAS
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor. Oral Care utför munhälsobedömningar på Säbo enligt samverkansavtal med Regionen.
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar. Stadsdelen har utökat till tre dietister verksamma inom stadsdelens Säbo.
- *Säker dokumentation:* kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar med MAR/ MAS vid uppföljningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- *Stöd vid behandling med dialys:* Södermalm har tillsammans med Kungsholmen och Norra Innerstadens stadsdelsförvaltning en samverkansöverenskommelse med Dialys Dagvård PD Rosenlund. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvård. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har

avtal med enligt serviceförvaltningens upphandlade företag, *Fot och Hälsa AB* för den medicinska fotsjukvården.

- *Samverkan GSA (geografiskt samordnar ansvar)*- under året har vi haft fortsatt samverkan med Södermalms primärvård vid gemensamma möten 2 gånger per termin. Ett förslag på Samverkansöverenskommelse har tagits fram av MAS Södermalms SDF. Mötena är placerade på Caphio Ringens vårdcentral.
- *Samverkan mellan Södermalms SDF- (MAS) och Södersjukhuset* har etablerats under året. Målet är att få fram snabba kontaktvägar mellan stadsdelens verksamheter och Södersjukhuset, främst för att undvika onödiga inläggningar av våra boende i slutenvården. MAS har initierat en rutin för kontaktperson i avvikelser vårdkedjan mellan vårdgivarna.
- *Vårdkedja korttid*- primärvårds rehab: Under året så har MAR initierat och startat upp samverkan vid in och utskrivning mellan korttid och primärvårds rehab på Södermalm.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av verksamhetschef enligt framtagen riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under 2023 så har samtliga arbetsterapeuter och fysioterapeuter har fått tillgång till NPÖ och kan också därmed säkra vårdkedjan och information mellan region och kommun. Sjuksköterskor hade redan tidigare denna åtkomst.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av nya system som hälso och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud. Samt revideringar av informationsklassningar på övriga redan etablerade system har genomförts.

En god säkerhetskultur

MAS och MAR arbetar för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- ta del av avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder
- ha regelbunden dialog med verksamheterna om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- stödjer verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas
- anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO och återge IVO's beslut till verksamheten



Under 2023 har två anmälningar av Lex Maria gjorts till IVO av MAS.

Lex Maria anmälan 1: handlar om MRSA smittspridning inom Hornstulls servicehus. I anmälan redogjordes för åtgärder och handlingsplan för hur verksamheten skall åtgärda de brister som uppmärksammades i utredning av MAS. IVO har avslutat ärendet då man är nöjd med de åtgärder som redovisades i anmälan och menar att anmälaren fullgjort sin skyldighet att anmäla och utreda händelser enligt PSL 2010:659 kap 3 § 2-5. Anmälan och åtgärdsplanen har följts upp i verksamheten av MAS ett halvår efter avslut från IVO. Återkoppling av ärendet och åtgärdsplan har skickats till Vårdhygien och Smittskydd.

Lex Maria anmälan 2: handlade om bristande hantering av nyckelkort till de digitala personbundna läkemedelskåpen. Man hade i verksamheterna inte säkrat hanteringen av nyckelkorten utan nyckelkoret fanns tillgängliga även för odelegerad persona. Man kunde inte säkra spårbarheten kring användandet av dessa opersonliga nyckelkort. IVO har avslutat ärendet då man bedömde att verksamheten anmälaren fullgjort sin skyldighet att anmäla och utreda händelser enligt PSL 2010:659 kap 3 § 2-5.

En anmälan till Patientnämnden har inkommit och har hanterats i den berörda verksamheten. Inga vidare utredningar har inkommit i det ärendet.

MAS har under året gjort två **oanmälda** besök till stadsdelens fem verksamheter. Det först besöket handlade om uppföljning av hantering av nyckelkort till digital läkemedelsskåp, efter Lex Maria anmälan om brister i hanteringen. Det andra besöket gjordes under sen vintern i samtliga fem verksamheter och då kontrollräknades all narkotika i läkemedelsrum. Återkoppling om detta har givits till samtliga chefer.

Under sommar 2023 fick Södermalms stadsdelsförvaltning tillbaka resultat på den inspektion som IVO genomförde under 2022 "Resultatredovisning Säbo kommunal regi". IVO var nöjda med de åtgärder och den planering som Södermalms SDF redovisat i "Återredovisning Säbo inspektion". Ingen komplettering begärdes.

Adekvat kunskap och kompetens

- Medicinskt ansvarig för rehabilitering på förvaltningen har genomgått ett utvecklingsprogram av externt utbildningsföretag för att ytterligare säkerställa och uppdatera hälso- och sjukvårdskompetensen.
- Utbildning i basal hygien har varit pågående under ledning av Vårdpedagog. Samt upprepade utbildning i det digitala formatet från Vårdhygien om Basal hygien.
- Dietist har deltagit på rehab nätverksträff för att ytterligare fördjupa teamsamverkan inom området nutrition kopplat till vad arbetsterapeut och fysioterapeut bidra med inom området.



- Rehab genomförde studiebesök på KTC i annan stadsdel i syfte att få inspiration till utveckling i egen verksamhet.
- Under hösten anordnades en Palliativ kunskapskväll i samarbete med Palliativt kunskapscentrum(PKC), där samtliga professioner deltog och fick kunskapspåfyllning samt tillfälle att reflektera tillsammans. Inbjudna var alla SÄBO i egen regi samt entreprenader och verksamheter med LOV avtal. Vid detta tillfälle deltog också verksamhetschef för Familjeläkarna för att bidra med sin del av det palliativa arbetet.
- I den uppsökande verksamhetens uppdrag från Regionen ingår det att utbilda personalen i munvård
- Södermalm har utökat med ytterligare en dietist som arbetar med patientnära arbetet inom egen regi. Dietisterna interagerar dagligen med omvårdnadspersonal och hälso och sjukvårdspersonalen kring patienter men också utbildning/kunskapsspridning. Dietist och dokumentationsstödjare har haft utbildning med sjuksköterskor om nutrition och dokumentation.
- För att få en ökad kunskap om åtgärder inom nutritionsområdet och använda den kunskap vid utformningen av hälsoplaner höll dietist och dokumentationshandledare utbildning vid två tillfällena för legitimerad personal.
- Under året har det i samtliga verksamheter patient läkemedelsskåp byts ut till digitala lås med personlig tag kopplad till delegering för läkemedelshantering föråtkomst.

Patienten som medskapare

MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården. Vid utredningar av händelser inhämtas patienten och eller anhöriga synpunkter på händelsen, och kontaktas efter utredningens avslut. När utredningen är klar och avslutad, kontaktas anhöriga igen för att delges information om resultat av utredningen samt de vidtagna åtgärderna.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Läkemedelshantering

Läkemedelsgenomgångarna i Familjeläkarnas regi har utförts (Kulltorp, Katarinagården, Magdalenagården samt Nytorpsgården) och har uppnått 100%.

Läkemedelsgenomgångar i Capios regi (Bergsund och Hornstull) Bergsund: 94%, Hornstull 94 %.

Läkemedelsgenomgångarna dokumenteras av SSK i kommunens HSL journal samt av läkare i regionens HSL journal.

Under 2023 har Appva digitalt signeringsverktyg implementerats i 5 av 6 Säbo i egen regi inom stadsdelen. Bergsunds vård och omsorgsboende återstår och där planerar man implementering av Appva våren 2024.

Mål: En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Att signeringarna av administrerat läkemedel i Appva når 95% och att det signeras i tid når 80%.

Resultat : Under 2023 har 526.385 stycken stående läkemedelsinsatser utförts inom våra fem verksamheter som har digital signering. 83 % har administrerats i tid, 95 % har administrerats i avvikelser av max 16 minuter. Resultatet visar att läkemedelshantering i huvudsak fungerar. Identifierade förbättringsområden handlar främst om uteblivna signeringar vid given dos eller utebliven dos. Att man måste göra förbättringar i att dagligen följa upp de uteblivna signeringarna. Resultatet visar att där det inte signeras handlar det oftast om att man inte signerat inom den fastställda tiden och att det tidsspannet för förseningen är relativt litet. Apoteket AB har tillsammans med MAS och ansvarig chef i verksamheten genomfört årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Resultatet dokumenteras i ett protokoll per verksamhet med förslag på förbättringsområden. De förbättringsområden som till stor del är gemensamt för alla verksamheter är att säkerställa av spårbarhet av läkemedel, i hela processen från att läkemedel kommer till verksamheten till att patienten intar sitt läkemedel och att delegerad personalen alltid kontrollerar mot läkemedelslista vid administrering av läkemedel. Förbättringsområde i läkemedelshantering är att all personal inför läkemedelsadministrering skall kontrollera läkemedlen mot aktuell läkemedelslista.

Analys av resultat: resultatet visar att läkemedelshantering fungerar patientsäkert, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner som personalen till största del följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Brist finns att inte alltid kontrollera läkemedelslista innan läkemedelsadministrering. Det visar sig att utbildning och uppföljningar i

läkemedelshantering har varit viktigt insats för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra. Lokal rutin Läkemedelshantering finns i alla verksamheter men behöver bli mer synlig och följsamheten kring praktiskt användande av denna behöver bli bättre i alla verksamheter så att det säkerställs att alla jobbar likställt inom verksamheten och patientsäkert.

Åtgärd: Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och baspersonal. Följa upp resultat med fokus på att personalen ska signera direkt efter given dos i Appva. Att årligen genomföra kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga verksamheter med avtalat Apotek. Ny utbildningssatsning görs 2024 genom ny digital utbildning i läkemedelshantering inför delegering. Där ingår också en validerad digital kunskapstest som är unik för varje person och där svaret på testet skickas till ansvarig sjuksköterska som sedan gör bedömning för delegering av omvårdnadspersonal.

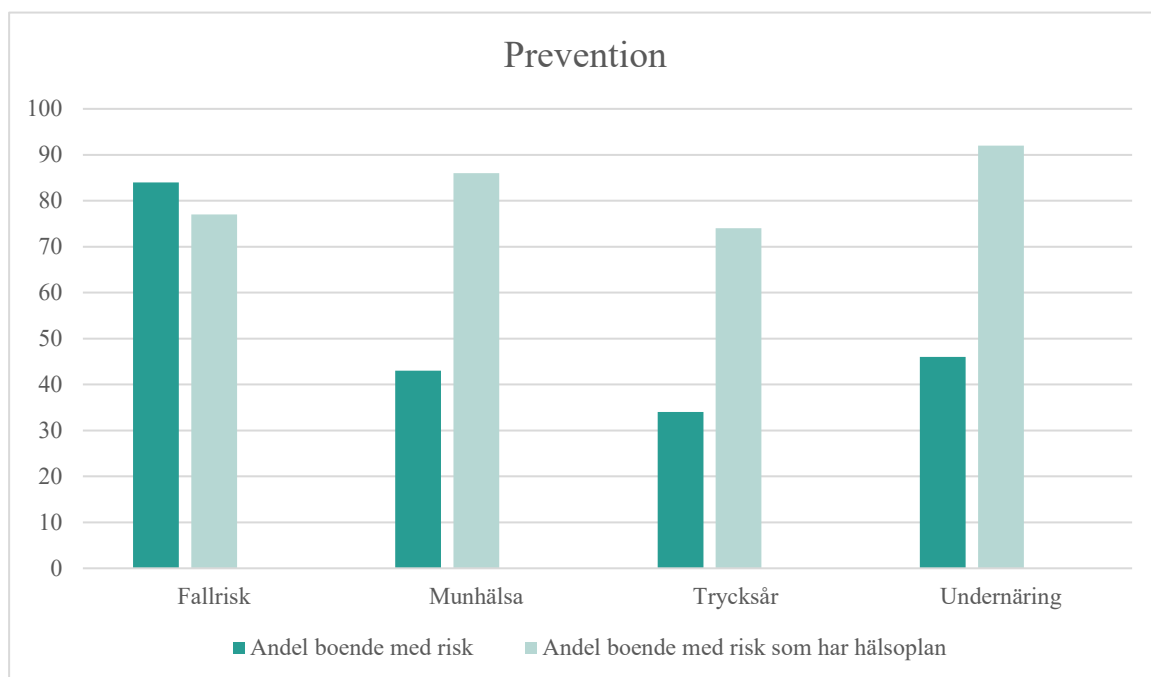
Lokal rutin Läkemedelshantering behöver regelbundet uppdateras och följas upp på SSK möten med och av chef.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok. Att ta del av verksamheternas egenkontroller av läkemedelshantering. Delta vid verksamheternas kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering i egen regi och ta del av entreprenadernas protokoll.

Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa

Mål: Alla patienter som samtycker skall riskbedömas. Patienter med identifierad risk ska ha en upprättad hälsoplan med insatser för prevention eller behandling.

Resultat: PPM mätning riskindikatorer har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningar och hur stor andel av de som visat på risk som hade åtgärder kopplade till hälsoplaner. Av mätningen framgår att det finns en stor variation i andelen hälsoplaner vid bedömd risk. Vid munhälsa och undernäring finns hälsoplaner i högre grad än vid fall och trycksår. Tabellen visar att det är en stor andel som har fallrisk när de riskbedöms.



Tabellen visar total andel i procent på som har risk för, samt andel upprättade hälsoplaner, utifrån de patienter som har risk för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen.

Analys av resultat: Resultatet visar att det finns en hög andel hälsoplaner kopplade till den riskindikatorn man identifierat hos patienten. Störst andel bedömd risk är fall. Områdena munhälsa och trycksår har lägst andel risk. Fall visar en hög andel risk samt en lägre andel kopplade hälsoplaner. Fall är också den vanligaste dokumenterade avvikelser i journalsystemet. Samtliga identifierade risker skall ha en kopplad hälsoplan till risken. Utfallet på andel boende med risk som har en hälsoplan skall vara 100%. Här finns ett utvecklingsområde i samtliga verksamheter. Området nutrition har flest kopplade hälsoplaner, här har 92 % av alla med en risk för undernäring en upprättad hälsoplan. Det resultatet är säkerligen kopplat till den ökade dietist insatsen i Säbo.

En trolig orsak att hälsoplaner inte upprättas i den omfattning som behov finns är kunskapsbrist i dokumentationssystemet, upplevd tidsbrist och att teamarbetet inte kommit i gång fullt ut.

Åtgärd: Fortsatt samarbete med dokumentationsstödjare, täta uppföljningar om resultat. Att prata om goda exempel och få stöd från kollegor och andra funktioner inom den egna verksamheten och från utvecklingsenheten. Nära och kontinuerligt samarbetet mellan ansvarig chef som följer upp riskbedömningar behöver göras i verksamheterna. Arbeta mer i team kring riskbedömningar och upprättande av hälsoplaner.

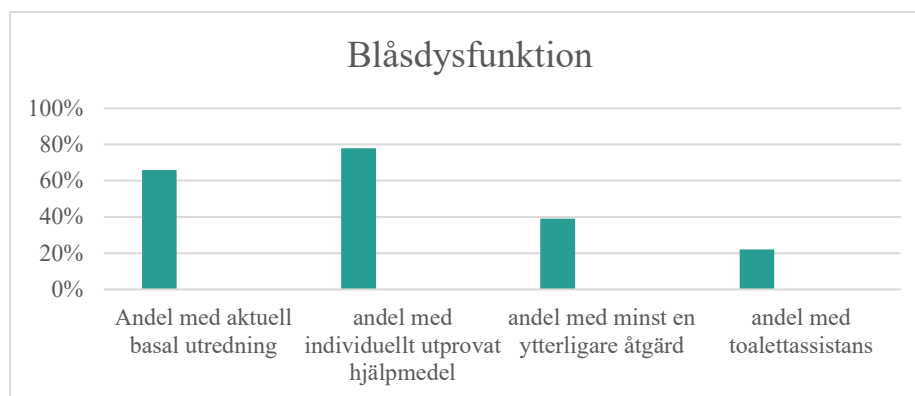
Uppföljning av åtgärd: Regelbunden återkoppling och fortbildning kring riskbedömningar och öppenhet kring hur man upplever svårighet till följsamhet kring riskbedömning och hälsoplan om detta. Teamet behöver bli mer involverat och följsamt till detta. Man behöver bli mer tydlig med vad var och en i teamet kan bidra med vid riskbedömning. Ett sätt att göra det mer hanterbart är att använda det underlag som man får i Senior Alert patientöversikt. Där får man förslag på

åtgärder som kan vara en bra stomme för vidare planering och dokumentation av riskbedömningarna.

Blåsdysfunktion

Mål: Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov för risk också en utredning.

Resultat: Resultatet visar att 67 % av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna och att 80 % fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Toalettassistans framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel, dock borde åtgärden användas mer frekvent. Toalettassistans borde vara den vanligaste åtgärden i alla verksamheter. Detta kräver dock tid att utföra som omvårdnadspersonalen inte alltid uppfattar att dom har. Här behöver chefer få information om varför det inte utförs i högre grad.



Sammanställning PPM - blåsdysfunktion v. 40

Analys av resultat: Andelen som har basal utredning är ungefär som tidigare. Alla verksamheter ligger mellan 51%-92 %; Magdalena gården har högst andel med basal utredning blåsdysfunktion med 92 %, ingen verksamhet har lägre andel än 51 %. Detta är ett område som behöver utvecklas. Resultatet är bättre än 2022. En anledning till att det inte är högre siffror med andel av basal utredning är att processen kring basal utredning är komplex. Det är få sjuksköterskor som har den formella kompetensen kring förskrivning av inkontinenshjälpmedel. De flesta sjuksköterskor har den reella kompetensen som bedömts av biträdande enhetschef. Det innebär att den formella kompetensen/kunskapen fattas kring blåsdysfunktion. Andel med toalettassistans är låg i alla verksamheter, här kan man också se i resultatet att man bedömt riskbedömningen för blåsdysfunktion på olika sätt i de olika verksamheterna. Instruktionerna för bedömning behöver bli tydligare och lättfattligare för att få ett likställigt resultat.

Åtgärd: Öka kompetensen hos sjuksköterskor genom utbildning och föreläsningar inom området. Fler sjuksköterskor behöver utbildas genom högskoleutbildning Inkontinensvård för att få den formella kompetensen. Vi kan utveckla inkontinensvården i samverkan inom Södermalm men vi behöver också följa upp förskrivningar, hitta goda exempel och hur man gör rätt.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder som kan verka begränsande används återhållsamt och då det används ska dokumentationen vara tydlig och tydlig kopplad dokumentation kring samtycke.

Resultat: Resultat av den statistik som presenteras baseras på en PPM-mätning under hösten 2023. Resultatet baseras på Nytorpgården, Magdalenagården, Kulltorp och Katarinagården vård och omsorgsboende. Statistiken visar att 69 % av samtliga patienter har beslut om någon form av skyddsåtgärd. Av dessa är det 16,5 % som saknar dokumenterat samtycke. Av de som har beslut om skyddsåtgärd så är det 83 % som har en kopplad hälsoplan. Under året så inträffade en avvikelse gällande hantering av samt dokumentation kring skyddsåtgärd på ett vård och omsorgsboende. Det föranledde en fördjupad utredning, vilket bland annat ledde till stöd och utbildningsinsatser av MAR.

Hornstulls servicehus redovisas här separat då det skiljer sig en del från vård och omsorgsboende gällande användning av skyddsåtgärder och andelen beslut, där enbart nio patienter har grind som skyddsåtgärd. Däremot är det enbart fyra av de nio som har en kopplad hälsoplan till skyddsåtgärden. Det saknas också 5 dokumenterade samtycken.

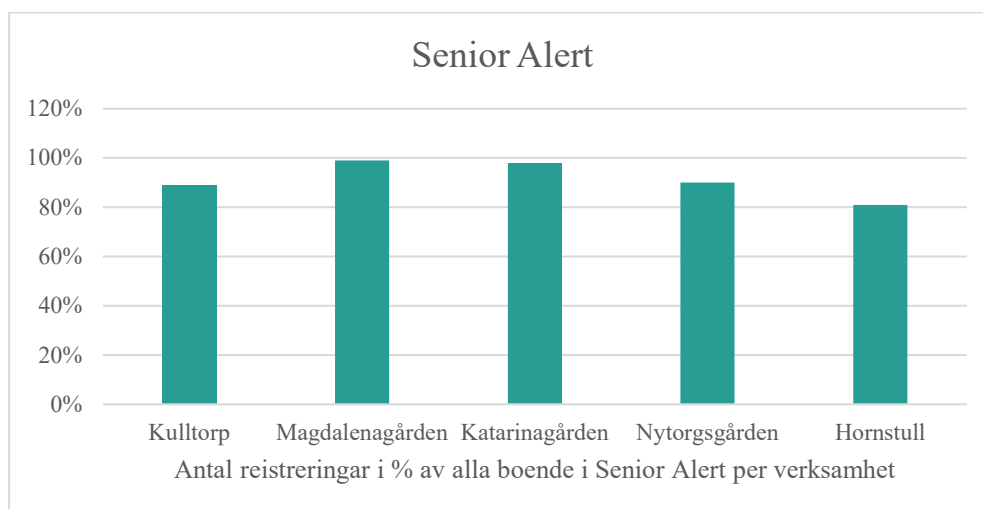
Analys av resultat: Andelen personer med beslut om skyddsåtgärd har ökat något från föregående år. Beslut att använda individuella larm och grind till vårdsäng är vanligast förekommande. Mätningen visar att bälten samt brickbord används i en mycket låg utsträckning vilket är positivt. Användning av skyddsåtgärder kan utgöra en begränsning för den enskilde, vilket behöver kvalitetssäkras och nollvision ska eftersträvas av verksamheterna. Statistiken visar att detta fortfarande är ett utvecklingsområde. Gällande hälsoplaner så visar statistiken en liten nedgång jämfört med föregående år. Dokumentation kring samtycke har försämrats jämfört med föregående år som då låg på (7%).

Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner och det behöver verksamheterna fortsätta att förbättra.

Åtgärd: Öka kunskapen om skyddsåtgärder och uppföljning samt hur beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras och därtill kopplat samtycke. Säkerställa att verksamheter inkommer med statistik. Vid alla former av teamarbete, ska området skyddsåtgärder beaktas kring den enskilde patienten. Genomföra webbutbildning Nollvision. Uppmuntra till kollegiegranskning.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

Senior Alert



I Senior Alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index), Nicola (blåsdysfunktion) samt ROAG (munstatusbedömning)

Verksamheterna i egen regi på Södermalm har registrerat i Senior Alert i olika hög grad:

Mål: att alla verksamheter arbetar aktivt i registret, målvärde 90%.

Resultat: Av statistik i registret framgår att samtliga verksamheter registrerar, men i olika stor omfattning. I de fem olika verksamheterna registreras mellan 81-99% i För de som registrerats och har en risk inom något område, utläses att mellan 61-93 % också har en åtgärdsplan. Resultatet av bedömningar i Senior Alert är betydligt bättre än 2022 då lägsta resultatvärde en verksamhet var 14 %.

Analys av resultat: Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert är ett fortsatt område som behöver utvecklas i stadsdelens särskilda boenden. Framförallt behöver man i verksamheterna utveckla åtgärdsplaner och utfall i registret. De faktiskt genomförda riskbedömningar har en betydligt högre siffra än vad som sedan registreras i Senior Alert. Det beror på att alla patienter med en journalförd bedömning inte registreras i kvalitetsregister och en bidragande orsak är att det innebär dubbeldokumentation för sjuksköterskorna. Dubbeldokumentationen innebär att det inte alltid i Senior Alert finns åtgärdsplaner formulerade.

Åtgärd: Upprepa utbildning och uppföljning av senior Alert. Använda den arbetsprocess som är utformad inom Södermalm. När man använder kvalitetsregistret Senior Alert får man också hjälp att utforma åtgärder samt hitta bakomliggande orsaker.

Uppföljning av åtgärd: Halvårsvis uppföljning med biträdande enhetschef som har hälso och sjukvårdsansvar. Chef med hälso och sjukvårdsansvar behöver ha behörighet till kvalitetsregistret Senior Alert för att kunna följa upp resultat.

Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler

Mål: 75 % av personal skall följa samtliga steg i basal hygien och klädregler

Resultat basal hygien klädregler:

Samtliga verksamheter har under 2023 deltagit och genomfört egenkontrollen "basal hygien och klädregler" som sedan registrerats i SKR databas. Resultat av hygienobservation BHK var 60 %-100% i de olika verksamheterna. Egenkontrollen genomförs i form av minst 10 observationer per verksamhet och skall innefatta observationer under vårdnära moment från samtliga yrkesgrupper enligt mall från SKR. Observationerna har genomförts av externs observatör för att upprätthålla objektiteten. I samtliga verksamheter ser man att det missas i det första momentet- att sprita händer innan vårdmoment. Övriga steg i observationen görs med mycket gott resultat. Klädregler följs mycket bra. I en verksamhet har man haft 100 % på samtliga moment- och i den verksamheten har man under 2023 haft omfattande utbildning /åtgärder kring basal hygien beroende på ett smittutbrott av MRSA. Vi når inte målet på 75 % i ett par av verksamheterna – där finns stora möjligheter till bättre resultat under 2024 års hygienobservationer.

Analys av resultat: Samtliga verksamheter har under 2023 deltagit i båda PPM BHK vilket är mycket positivt. Genomgående i nästan samtliga verksamheter behöver man kontinuerligt jobba med utförandet- Basal Hygien. Framförallt att sprita händer – för att bryta smittkedja- innan vårdnära moment.

Åtgärd: Årets PPM Basal hygien och klädregler (BHK) observationer har utförts av extern observatör (stadsdelens vårdpedagog) som tillsammans med varje verksamhets hygienombud utfört observationerna. Resultatet har resulterat i en handlingsplan som upprättats av MAS, vårdpedagog samt verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård, för åtgärder i samtliga verksamheter för att förbättra och hålla kontinuitet av basal hygien.

Uppföljning av åtgärd: kommer att ske regelbundet två gånger per år efter varje PPM mätning. Verksamhetens egenkontroll samt det smittförebyggande arbetet följs upp genom den årliga QUSTA uppföljningen. MAS /MAR följer också löpande upp följsamheten av basal hygien vid planerade samt oplanerade besök i verksamheterna. Vi kommer även fortsatt att utföra hygienobservationerna i varje verksamhet med extern observatör

Multiresistenta bakterier

Utbrott av smittspridning MRSA har under 2022/2023 pågått på Hornstulls servicehus. I en av verksamheterna har det varit smittspridning av MRSA (methicillin resistent staphylococcus aureus). Verksamheten, Hornstulls service hus har haft kontinuerliga ledningsgruppsmöten med Smittskydd och Vårdhygien. Under första halvåret 2023 identifierades patienter som MRSA smittats i verksamheten, upprepade MRSA screening på alla boende inom verksamheten har gjorts för att kartlägga smittspridningen. Parallellt med detta har Enhetschef och MAS utformat en handlingsplan med åtgärder för att stoppa smittspridningen. Under tidig höst 2023 stoppades MRSA smittan. Och inga fler MRSA fall har identifierats verksamheten. Ny MRSA odling MRSA på alla boende gjordes årsskiftet 23/24 och

resultatet av det är att smittspridningen avstannat. Ingen vidare åtgärd är aktuell från Smittskydd/Vårdhygien Stockholm. Verksamheten följer de åtgärder som utformats att Basala hygien utbildning och uppföljning av detta sker kontinuerligt i verksamheten av alla inblandade.

Samtliga verksamheter inkommer kvartalsvis med infektionsregistrering till MAS. Denna registrering visar i nuläget fåtal urinvägsinfektioner samt lunginflammationer. Covid samt calici har förekommit periodvis. Vid smittutbrott av covid eller annat virus meddelas MAS samt kontakt tas med Vårdhygien för vidare handläggning.

Mål: att inte ha smittspridning av resistenta bakterier i verksamheterna

Resultat: Resultatet från de omfattande smittförebyggande insatser som gjorts följs upp och är pågående och detta följs upp av enhetschef, MAS samt Smittskydd och Vårdhygien.

Analys av resultat: Både smittskydd och Vårdhygien samt MRSA teamet Danderyd är uppdaterade och informerade om att smittan avstannat och det bedöms inte längre vara smittspridning av MRSA inom verksamheten. Verksamheten följer Riktlinjer/Handlingsprogram från Smittskydd /Vårdhygien. Och uppföljande MRSA odlingar sker enligt schema.

Åtgärd: Utbildning kring basal hygien utförs kontinuerligt Föreläsning om MRSA av Vårdhygien genomförd i verksamheten. All personal, inklusive tim. anställda genomgår utbildning i basal hygien och följs upp i mindre grupper av vårdpedagog för att säkerställa att kunskap finns hos varje individ.

Uppföljning av åtgärd. Använda resultat av PPM mätningar 2 gånger per år. Utvärdering efter varje utbildningsinsats om vad som ger bäst effekt och hållbarhet inom verksamheten. Handlingsprogram om multiresistenta bakterier tas upp regelbundet i möten med legitimerad personal samt biträdande enhetschefer.

Funktionsbedömning ADL

Mål: Att alla som flyttar in på särskilt boende får en bedömning avseende ADL förmåga inom 14 dagar.

Resultat: Resultatet baseras på samtliga fem vård och omsorgsboenden i egen regi. Andelen bedömningar av patienters förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv ligger som tidigare år högt (91,25 %) och ger grund för att ge individanpassat stöd och hjälp i vardagen. Det är också ett underlag för beslut om specifika åtgärder som behövs i vardagen för patienten.

Analys av resultat: Resultatet visar att rutiner för bedömningen följs vid inflytt och följs upp årligen eller vid behov. Trolig orsak är att det är ett verktyg som är känt och väl inarbetat.

Åtgärd/utveckling: Att arbeta med röda tråden inom detta område, säkerställa att omvårdnadspersonal följer ADL bedömning och att den hålls aktuell genom dialog mellan arbetsterapeut och omvårdnadspersonal.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta att årligen inhämta statistik från journalsystemet Vodok.

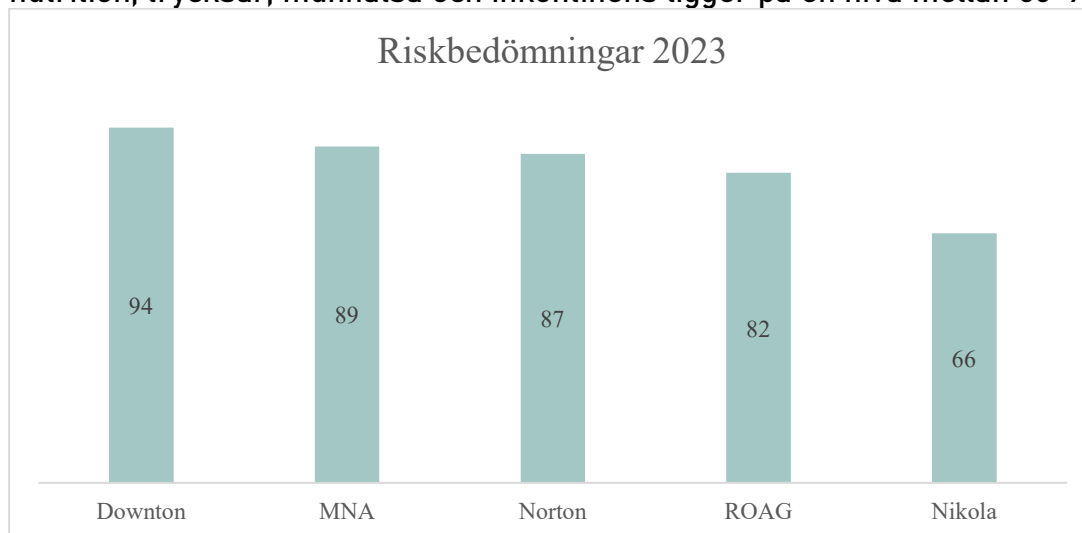
Riskbedömningar (statistik från Vodok)

Mål: De äldre som bor på särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso och sjukvården. Att 90% av alla patienter har riskbedömningar, i de fall de inte tackat nej. Att bedömningar görs tillsammans i teamet.

De bedömningsinstrument som används är:

- **Downton Fall Risk Index** -för att värdera risk för fall
- **MNA (Mini Nutritional Assessment)**- för att mäta näringsstatus
- **Norton** -för att mäta risk för trycksår
- **ROAG (Revised Oral Assessment Guide)**- munstatus
- **Nikola**- Riskbedömning för blås och tarm dysfunktion

Resultat: Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsa och inkontinens ligger på en nivå mellan 66-94 %.



Kvalitetsindikatorn anges i procent och är beräknade på antal boende/antal journaler per helår på fyra vård och omsorgs boenden samt ett servicehus i stadsdelen.

Analys av resultat: Inom området fall, nutrition och trycksår så genomförs bedömningar i hög grad. Områdena munhälsa samt blåsdysfunktion behöver förbättras för att uppnå målet för patientsäkerhet. En trolig orsak till att flertalet värden inte når 90 % är att teamarbetet har inte genomförts fullt ut gällande att arbeta med riskbedömningar tillsammans. Områdena munhälsa (ROAG) och blåsdysfunktion (Nikola) är inte lika väl etablerade verktyg att använda inom vård och omsorg. Det kan bedömas som svårare och mer komplicerat. Av de båda riskbedömningarna ligger genomförda bedömningar klart lägre för Nikola (blåsdysfunktion). Där saknar de allra flesta formell kompetens – utbildning saknas för att utföra på korrekt sätt.

Åtgärd: Verksamheterna uppmuntras att se över riskbedömningar kontinuerligt och därtill kopplade åtgärder vid bland annat teammöten. Utbildning och information kring riskbedömningar vid introduktion, samt följa upp vid teammöten och kvalitetsråd i verksamheten. Förtydliga riktlinje för dokumentation och åtgärder som ska genomföras vid inflytt. Varje yrkesgrupp behöver ta del av ansvaret kring

riskbedömningar även om det är sjuksköterskan som ansvarar för att riskbedömningarna registreras. Ansvaret för att riskbedömningar utförs behöver följas upp kontinuerligt av chef inom verksamheten. Här måste man tillsammans utforma arbetssätt så att riskbedömningar utförs inom de två veckor som riktlinjen säger vid inflytt. För att säkra patientsäkerheten och arbeta preventivt och motverka patientskador.

Uppföljning av åtgärd: Kontroll av MAS / MAR två gånger per i år i samband med PPM mätningar. Uppföljningarna behöver samverkas med chef inom verksamheten som ansvarar för att rutinerna kring detta följs av legitimerad personal.

Palliativa registret- Vård i livets slutskede

Mål: att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sina resultat i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Resultat: Resultatet visar att de parametrar som främst behöver förbättras är smärtskattning och bedömd munhälsa. Antal registrerade på Södermalms vård och omsorgsboende visar att verksamheterna inte registrerar alla dödsfall. Det finns förbättringsområden att registrera alla dödsfall. Stadsdelen har samarbete med Palliativt kunskapscentrum (PKC) i form av en palliativ kunskapskväll där samtliga verksamheter oavsett regiform var inbjudna och utbildningen vart fulltecknad – stort engagerat deltagande.

Analys av resultat: Vård och omsorgsboendena behöver uppdateras och få stöd i att registrera alla dödsfall som sker inom verksamheten. En möjlig förklaring till den sämre följsamheten är att det i registret tar tid att fylla i samtliga uppgifter, man behöver också samla in information från hela teamet eller göra hela registreringen med teamet för att få med alla delar. Närstående enkäten uppfattas bland sjuksköterskor som svår att genomföra, man vill inte störa anhöriga. Här kan chefer och andra stödfunktioner jobba mer aktivt genom utbildning och ge möjlighet och rum för genomförande. Vi behöver uppnå ett mer naturligt och bibehållet samtal kring döden. Under 2023 har fler palliativa ombud utbildats, och nätverk har skapats i stadsdelen

Åtgärd: Använda utbildning och fortbildning via PKC, Palliativt kunskaps centrum. Här finns en mängd föreläsningar både online och på plats att ta del av. Förbättra den palliativa vården i den dagliga verksamheten men också förhållningsättet till döden och efter döden. Att använda "Dö Bra" korten med patienter för samtalet kring döden.

Uppföljning av åtgärd; regelbundet på hälso och sjukvårdsmöten, att chefer aktivt tar del av Palliativregistret statistik att användas inom varje verksamhet.

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 §

Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att öka kompetensen och förståelsen hos all personal för att förbättra rapportering av avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheterna fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.



Registrerade avvikelser

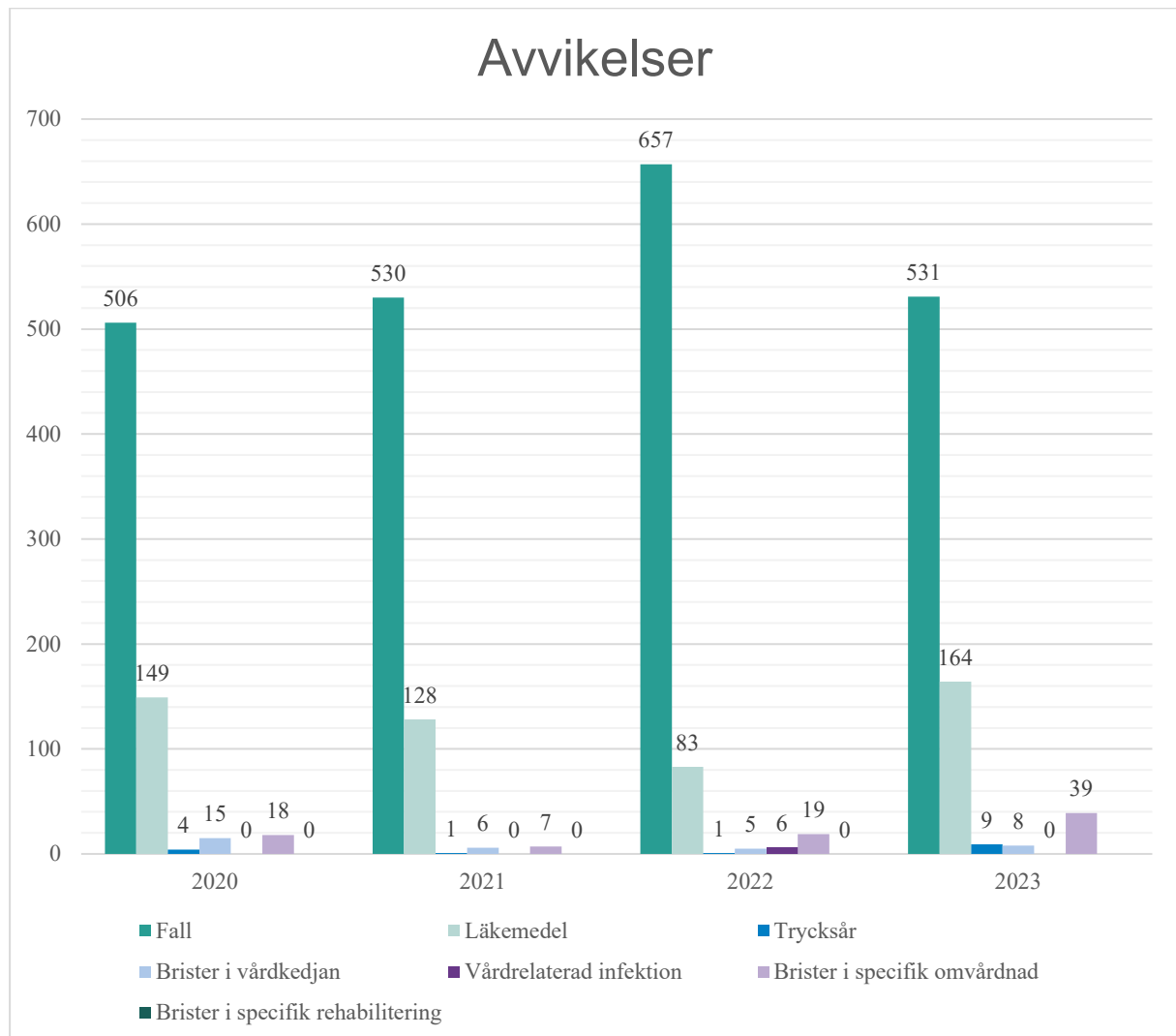
Mål: att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten.

Resultat: Antalet fallavvikelser som registrerats i avvikelsemodulen i Vodok har sjunkit i jämförelse med år 2022. Färre läkemedelsavvikelser har registrerats. En orsak kan vara att man nu i signerar läkemedel digitalt. Andra avvikelser som vårdkedja och specifik omvårdnad samt trycksår har ökat fast i låg grad.

Analys av resultat: Orsaken till att fallavvikelser har minskat kan vara att teamet arbetar mer förebyggande tillsammans. Statistiken visar dock att det är högt antal fall och det beror sannolikt på att de som flyttar in på särskilt boende är skörare än tidigare. Sammankopplat med tidigare tabeller så behöver det fallpreventiva arbetet intensifieras, då många har risk och det finns utvecklingsområde kring hälsoplaner som kopplas till fallrisk. För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg. Gällande läkemedels avvikelser så kan färre avvikelser bero på att verksamheterna använder sig av digital signering via Appva, detta gör att risken att missa eller att patienten på något sätt inte får sina läkemedel minskar i och med detta system. En bedömning är att fler avvikelser finns men hanteras direkt av sjuksköterska som direkt gör en åtgärd. Det kan även vara så att registrering inte prioriteras på grund av hög arbetsbelastning och upplevd tidsbrist. En konsekvens blir att det är svårare att fånga upp alla risksituationer som uppstår och utveckla och säkerställa vården. Fler avvikelser gällande trycksår har registrerats- flertalet har uppkommit utanför verksamheten. Våra patienter är allt skörare och i sämre status vilket gör att trycksår lättare uppkommer. Att man skriver avvikelser i vårdkedja och trycksår visar att verksamheterna arbetar mer proaktivt och har ett transparent förhållningssätt.

Åtgärd: Gällande fallprevention så kommer ett tema på rehab nätverket vara fallprevention under 2024. Planen är att även ha en "balansera mera" vecka i stadsdelen under hösten 2024, där det även inkluderar boende och närstående.

Som ett led i att förtydliga processen vid avvikelser, så har MAS och MAR tagit fram en användarvänlig process för avvikelshantering. Det gjordes en för chefsnivå samt en för medarbetare. Som ett led i att använda avvikelserna i förbättringsarbete och därmed arbeta med en öppen patientsäkerhetskultur kommer bland annat MAS, MAR och dokumentationsstödare vara ute i verksamheterna och ha workshops kring avvikelsemodulen. Verksamheterna behöver under sina kvalitetsråd tillsammans se trender och mönster i sina inkomna avvikelser och reflektera över varför det ser ut som det gör inom just den verksamheten. Att enhetschefer uppmuntrar till en tillåtande avvikelsekultur.



Tillförlitliga och säkra system och processer



Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Uppföljningarna genomfördes under hösten 2022. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet, QUSTA

Mål: Verksamheterna skall ha väl förankrade lokala rutiner och arbetssätt som är väl kända bland alla personalgrupper.

Resultat: Under 2023 genomfördes Qusta på Hornstulls servicehus. Under 2023 genomfördes inte verksamhetsuppföljning på servicehus därav Qusta i just den verksamheten. I övriga fyra verksamheter (vård och omsorgsboende-VoB) har vi genomfört verksamhetsuppföljning enligt mall från Äldreförvaltningen. Uppföljningen innefattade både hälso och sjukvård samt uppföljning enligt socialtjänstlagen (SOL). I förarbetet inför verksamhetsuppföljningen följde MAS MAR upp lokala rutiner som tillhör hälso och sjukvården. Alla verksamheter har under året uppdaterat sina. Lokala rutiner enligt HSL (Hälso och sjukvårdslagen) och det finns också tillgängliga digitalt i Verktyget som är tillgängligt för all omvårdnadspersonal i arbetstelefonen. Både i Qusta och Verksamhetsuppföljning genomförs samtal med omvårdnadspersonal och hälso och sjukvårdspersonal där man fokuserar på kännedom kring verksamhetens lokala rutiner.

Analys av resultat: Qusta genomfördes på Hornstulls servicehus. Verksamheten har under året delvis fått ny ledning. I resultatet framgår tydligt vikten av att jobba med att implementera rutiner och följa upp arbetssätt likställt i verksamheten. Ett utvecklingsområde som man ser tydligt är att man behöver arbeta mer med Psykisk hälsa.

Åtgärd: Stöd till chefer, bla är Qusta ett bra verktyg för dem att använda för att prioritera vilka fokusområden man behöver arbeta med mer fokuserat i verksamheten. Verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som fattas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal, stödjer framtagande av rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Ett halvår efter Qusta genomgång med verksamheten följer MAS MAR upp Qusta resultatet 2023 med biträdande enhetschef på varje verksamhet. Vad har åtgärdats, blivit bättre? Vad har man för planering framåt. Målet är att de åtgärder/brister som framkom i Qusta skall vara åtgärdade och väl

implementerat bland berörd personal i verksamheten innan nästa Qusta genomförs. Stöd i detta arbete finns att få från olika funktioner på Utvecklingsenheten ; vårdpedagog, verksamhetsutvecklare HSL, dokumentationsstödjare och dietist.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDOKUMENTATION

Dokumentationen i hälso och sjukvårdsjournalen skall spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård skall dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regi verksamheterna.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår, att den enskildes önskemål framgår.

Resultat:

Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd samt upprätta hälsoplaner vid identifierade risker som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. I en mer tydlig vårdprocess ska målsättning för den planerade och genomförda vården framkomma samt patientens önskemål och delaktighet synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Sökord som det skall dokumenteras som det speciellt fokuserats på under året är brytpunktssamtal samt läkemedelsgenomgång.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökad kunskap och följsamhet till journalsystemet samt upplevd tidsbrist. En annan orsak är att ny anställda inte får tillräckligt med stöd i det dagliga arbetet med dokumentation. Brist på kontinuitet bland legitimerad personal är en annan orsak till resultatet. Nuvarande journalsystem är tidsödande och svårt att få en helhetsbild för användaren av,

Åtgärd: Vi har under 2023 haft mindre möjlighet att systematiskt stödja i journalsystemet pga att det delvis inte funnits en tjänst för detta. Under 2024 arbetar vi med en ny modell av journalgranskning med personlig återkoppling av dokumentation som kan ge ett bra utfall och bättre förståelse för vad varje legitimerad person kan förbättra i sin dokumentation. Även kollegialt stöd mellan legitimerad personal är en tillgång och essentiell.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta begära in egenkontroller, genomföra stickprov samt att dokumentationsstödjaren fortsätter med riktade utbildningar i verksamheten. Uppföljning av våran nya modell för journalgranskning och vilka effekter det ger.

MUNHÄLSOBEDÖMNING

Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

Mål: att fortsätta erbjuda munhälsobedömning och att alla som tackar ja får en bedömning.

Resultat: Munhälsobedömningar på patienter som blivit erbjudna och tackat ja är till stor del genomförda. Orsak till att munhälsobedömningar inte blir utförda trots att patienten tackat ja kan vara att patienten just vid det tillfället inte kan eller vill medverka, inte är på plats i sitt boende. Under 2023 blev 874 boende (alla boende n på Södermalm- även LOU och LOV boende) erbjudna en munhälsobedömning, 584 genomfördes. De bedömningar som inte genomfördes beror på att den boende/patienten tackat nej av olika orsaker.

Analys av resultat: Under 2023 har fler patienter fått möjlighet till munhälsobedömning än närliggande år. Oral Care som utför munhälsobedömningar enligt samverkansavtal med Regionen har utbildat 61 personer tillhörande omvårdnadspersonal i munhälsa inom de Säbo som bedrivs i kommunal regi.

Åtgärd: fortsätta med samverkan med Tandvårdsenheten inom Regionen och följa upp statistiken att det erbjuds och utförs munhälsobedömningar.

Uppföljning av åtgärd: Genom att delta på samverkansmöten med tandvårdsenheten och följa statistiken i Tandvårdsenheten digitala verktyg Symfoni. Samverkan med chefer inom verksamheterna för att utbilda fler omvårdnadspersonal i munhälsa genom Oral Care.

Säker vård här och nu

Inom stadsdelens vård och omsorgs boenden har det varit svårigheter att bemanna främst sjuksköterskor. Det har nu stabiliserats sig. Personalomsättning bland sjuksköterskor är låg. Då utskrivningar från slutenvården ofta sker snabbt och patienterna i högre grad är skörare och är multisjuka, krävs samverkan mellan vård och omsorgsboendena och Beställarenheten för att informationsöverföring sker på bästa sätt.



Riskhantering

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

Samtliga verksamheter har inför årets semesterperioder inkommit med begärda riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer.

Riskanalyserna visade initial en oro för bemanning främst sjuksköterskor om

sjukdom skulle uppstå. Analysen efter semesterperioderna visade att det delvis varit svårt att bemanna sjuksköterskor, men även fysioterapeut och arbetsterapeut. Man har använt bemanningsfirmor i hög grad för alla tre yrkena. Det medför en sämre kontinuitet då sjuksköterskan inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner som det i sin tur kan leda till brister i patientsäkerheten. Läkarsatserna från läkarorganisationerna under semesterperioderna har fungerat bra trots viss oro för vikarie situation även där. Analysen efter semesterperioderna visade på ett gott samarbete och tillgänglighet. Samtliga verksamheter upplevde att det hade fungerat bättre än väntat. En trolig orsak till det är förmodligen lägre incidens av covid.

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

Under våren 2023 så skrev arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna en prioriteringsordning för de rehabiliterande insatserna, vilken godkändes av ledningen.

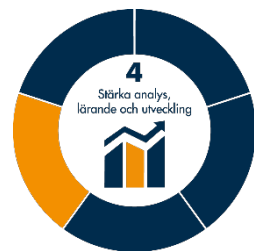
Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Antal avvikelser har minskat inom området läkemedelshantering, främsta orsak är troligen införandet av det digitala signeringsverktyget som införts under 2022. Ett skäl kan vara att sjuksköterskan nu ser när en läkemedelsadministrering är sen och snabbt kan åtgärda avvikelserna och då göra annan bedömning. En risk med minskat antal läkemedelsavvikelser kan vara att man bedömer sena läkemedelsadministreringar som ej relevanta fast det borde bedömas som en avvikelse.

Men avvikelserapporteringen är också komplicerad/tidskrävande då det sker via vårt journaldokumentationssystem Vodok. Tillgång till detta system har endast legitimerad personal. Avvikelser kring hälso och sjukvård kan bara registreras av legitimerad personal vilket är en svaghet eftersom omvårdnadspersonal är beroende av att legitimerad personal dokumenterar de av omvårdnadspersonalen på pappret skrivna avvikelserna. Antal registrerade fall avvikelser minskade något under 2023. Trots detta så är patienterna ofta sköra äldre och ibland svårt att förhindra fall. Däremot så arbetar verksamheterna med fallförebyggande för att minska risken för skada vid ev. fall.

Under 2022 har MAS MAR gjort ett försök till att tydliggöra avvikelseprocessen i ett användarvänligt dokument riktat till biträdande enhetschefer och i ett annat riktat till övrig personal. Vi ser under 2023 ett fortsatt stort behov av att arbeta med biträdande enhetschefer, legitimerad personal samt baspersonal och utbilda och förtydliga avvikelseprocessen och göra den användarvänlig och därmed öka patientsäkerheten.



MAS MAR följer kontinuerligt med att följa upp avvikelser, när risk för vårdskada finns så följs detta upp i verksamheterna kvalitetsråd i lärande syfte. Under 2023 så har MAR och MAS utbildat och handledt biträdande enhetschefer i hantering av avvikelser i Vodok avvikelse modul för att underlätta arbetet och ha överblick och systematik i verksamheten gällande avvikelser och därmed patientsäkerhet.

Läkemedelshantering

Under 2023 har verksamheterna arbetat fram en lokalt anpassad rutin för läkemedelshantering, rutinen är efter en mall utformad av stadens MAS MAR nätverk. Rutinen skall finnas väl synlig i alla läkemedelsrum på alla verksamheter. Under 2023 har det digitala signerings verktyg för läkemedel- Appva- implementerats i 5 verksamheter inom Södermalm. Bergsunds VoB startar med digital signering under våren 2024. Avvikelser i läkemedelshantering har minskat jämfört med tidigare år. En trolig orsak till färre avvikelser är den digitala signeringen som ger sjuksköterskan en omedelbar bild av läkemedelsadministrering inom sin verksamhet. Följsamheten till läkemedelssigneringar följs upp men behöver bli bättre.

Under 2023 har totalt 526.383 st. stående genomförda läkemedelsinsatser signerats via Appva i våra verksamheter.

Även delegeringar för läkemedelsadministrering har blivit synlig och mer verksamhetsnära eftersom de nu registrerats och kopplas till Appva. Det gör att varje sjuksköterska har en överblick av de delegeringar hen utfört och hur länge de är giltiga. Antalet personal med delegeringar tros ha minskats eftersom det blir tydligare att språknivån hos personalen har en stor betydelse.

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter har under året ytterligare uppmärksammats genom att delegering i befintlig webbtbildning nu slutar att uppdateras. Samtlig personal måste genomgå en webbutbildning med ett godkänt kunskapstest, även vid förläng delegering har kraven stärkt på utbildning och kunskapstest. Under 2024 stärks patientsäkerheten kring läkemedelshantering /läkemedelsadministrering /delegering av läkemedel genom utbildningssatsning av Apoteket AB. Ny digital delegeringsutbildning påbörjas 2024 med utbildning och kunskapstest som är kvalitetssäkrat.

Medicintekniska produkter(MTP)

Under 2023 så har samtliga verksamheter inom egen regi arbetat fram en lokalt anpassad rutin för MTP. Verksamheterna har lagt in samtliga produkter i en Excelfil, och vidare arbetat med att säkra spårbarheten. Lyftselarna har gallrats noga och många nya inköp har genomförts. Flera verksamheter har också påbörjat inköp av taklyftar, vilket är både tryggt för den boende, samt bättre arbetsmiljö för personal och även bra ur ett hygienperspektiv. Ny reviderad riktlinje för MTP togs fram under året och har implementerats i verksamheterna. Under 2023 så slöts nya avtal inom samtliga medicintekniska produkter. I samband med detta och under hösten 2023, genomförde MAR flertalet genomgångar, handledning och verksamhetsnära stöd för att säkra att patienten får de hjälpmedel som finns i stadens avtal. En avvikelse gällande hantering av MTP skedde i en verksamhet, vilken föranledde en fördjupad

utredning. Den visade på flera utvecklingsområden, gällande introduktion, utbildning i produkten, handledning i förflyttning till omvårdnadspersonal, rapportering av avvikelser/vad som ska göras när MTP går sönder.

Förflyttningskunskap

Under 2023 så gick sex personer från rehab en förflyttningskunskapsutbildning i syfte att stärkas inför att vidare ha utbildningar i sina verksamheter. Detta är en del i teamarbetet att arbeta med trygga och säkra förflyttningar och ha gemensamt koncept.

Egenkontroller

Basal hygien

I PPM basal hygien under 2023 utfördes hygien observationerna av en extern observatör. Resultatet av att använda en observatör som inte tillhör verksamheten är stora. Det ger dels observationen en större tyngd eftersom den är objektiv och dels tar den en större plats eftersom den inte ska utföras av befintlig personal. Det blir också ett handledningstillfälle för observatören som kan återkoppla till personal på plats efter utförd observation. Den viktigaste delen i PPM mätningarna är att använda resultaten i verksamheten, resultatet skall återföras till all personal inom verksamheten för att lokalt identifiera risker och förbättringsområden kring basal hygien.

QUSTA

Egenkontrollen Qusta genomförs en gång per år, verksamheten själv får inventera och beskriva sina rutiner och arbetssätt som resulterar i vad verksamheten mer behöver arbeta med för att förbättra sin hälso och sjukvårdsverksamhet. Under 2023 har MAS MAR arbetat med halvårsuppföljning i varje verksamhet av Qusta, detta för att förtydliga verksamhetens ägarskap av resultat i Qusta. Verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård är delaktig i processen kring Qusta för att gemensamt för den framåt.

Hälso och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser har varit ett område som under lång tid varit ett förbättringsområde dels pga. av omsättningen bland legitimerad personal och dels för att systemet inte upplevs så användarvänligt. Förvaltningen har en processledare för dokumentation som genomför utbildningsinsatser både enskilt och i grupp. Egenkontrollerna i form av kollegial journalgranskning utförs 2 gånger årligen. Resultaten i dessa egenkontroller behöver bättre användas i syfte av kollegialt lärande och användas för att tillsammans identifiera utvecklingsområden. Flera av verksamheterna har lokal handledare i dokumentation som kan stötta i vardagen, egenkontrollerna i journalgranskning är ett verktyg för lärande.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Under pandemin har vi utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt, säkerställa informationsflödet.

Genomföra kontinuerliga riskbedömning, ta fram handlingsplaner och åtgärda. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ett annat risktänkande.

MAS och MAR kommer hela tiden sträva efter att verksamheterna arbeta så patientsäkert som möjligt genom att fortsätta genomföra uppföljningar, egenkontroller och riskanalyser. Behov av kompetensutveckling planeras tillsammans med verksamheterna samt staden i stort. och stärka patientsäkerhetsarbetet genom att bland annat ta fram en handlingsplan utifrån arbetet med SKR analysverktyg, ta fram gemensamma rutiner och utveckla arbetssätt.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i stadsdelsnämndens egen regi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Södermalm.

MAS och MAR strategier för patientsäkerhetsarbetet 2024:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra QUSTA i dialog med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal, ha planerade uppföljningar av Qusta halvår efter genomförd Qusta.
 - inhämta verksamheternas resultat och analys av genomförda egenkontroller avseende hälso- och sjukvård
 - stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i egenregiverksamhet samt begära in entreprenörers kvalitetsgranskning
 - genomföra punktprevalensmätning för utvalda indikatorer två gånger per år
 - genomföra punktprevalensmätning för basal hygien och klädregler två gånger per år via esmaker efter samma mall som i SKR tidigare PPM mätning BHKR.
 - inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
 - följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelser i avvikelsemodulen samt vid behov initiera utredningar tillsammans med verksamhetens chef.
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna
 - följa upp sammanställningar signeringar av administreringar av läkemedel samt rehab insatser i det digitala verktyget Appva.
 - Implementera Rondplattform Collabodoc för ssk och rehab i de verksamheter som tillhör läkarorganisationen Capio- Hornstulls SH, Bergsunds VoB samt Hornskrokens VoB.
 - Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna, utifrån genomförda uppföljningar och inhämtad information
 - Påbörja arbete med processteam och vidare SKR analysverktyg -arbeta strategiskt med hälso- och sjukvården på verksamheterna. Ansvariga chefer för hälso- och sjukvården i egen regi skall ingå. Syftet är att säkerställa och utveckla hälso- och

sjukvården för att nå en hög patientsäkerhet. Arbetet kommer att pågå under 2024 med start under hösten.

Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:

- samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av allvarlig händelse
- medverka vid mötesformer i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
- delta i nätverksträffar för sjuksköterskor på Södermalm
- Utskick av SSK nätverksnytt månatligen tills samtliga SSK inom stadsdelens Säbo i egen regi.
- delta i nätverksträffar för rehab personal.
- Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad och inom länet
- Samverka med externa aktörer med betydelse för patientsäkerheten.
- Samverka med Beställarenheten för säkrare vårdövergångar
- Medverka vid införandet med digital läkemedelsignering Appva på Bergsund och Hornskroken
- Upphandla digitalt träningsverktyg.
- Införa "Att göra listan" i Vodok för resterande nytillkomna verksamheter.
- Sluta avtal med Svedem, vilket ger verksamheter på Södermalm möjlighet att använda det kvalitetsregistret.
- Arbetet med BPSD skattningar fortsätter på Södermalm. Pågående arbete följs upp på respektive enhet.
- Arbeta fram ny lokal samverkansöverenskommelse med primärvårds rehab.
- Sluta samverkansöverenskommelse med primärvården Södermalm, förslag finns.
- Delta i samverkansträffar primärvården Södermalm, påskrift att föreslagen samverkansöverenskommelse GSA-Södermalm SDF (MAS).
- Fortsatt samverkansarbete mellan Södermalms SDF och Södersjukhuset. Gemensamma rutiner vid in och utskrivning slutenvård samt vid avvikelser.
- Ny delegeringsutbildning av läkemedel införs under 2024. Avtal med Apoteket AB har slutits och innehåller digital utbildning 2 h samt kunskapstest för omvårdnadspersonal. Det nya utbildningsprogrammet + kunskapstest utgör en grund för sjuksköterska att bedöma omvårdnadspersonalens reella kunskap inför delegering av läkemedel. Införs succesivt under 2024. Utbildningssatsningen startar med en 2 timmars utbildning för alla chefer kring ansvar / aktuella lagar /författningar om delegering. En 3 timmars utbildning om Läkemedelshantering för alla sjuksköterskor. Syftet är att patientsäkra läkemedelshanteringen inom vård och omsorgs boenden och att säkerställa kunskap på alla nivåer.

Patientsäkerhetsberättelse för Södermalms stadsdelsnämnd

Hornstulls servicehus
År 2023



Datum 2024-02-27

Ansvarig för innehållet: Tabitha Nodeh och Sanaz Khalili

Diarienummer : SÖD 2024/192

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 enhetens 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”

Innehåll

SAMMANFATTNING	35
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	36
Engagerad ledning och tydlig styrning	36
<i>Övergripande mål och strategier</i>	<i>36</i>
<i>Organisation och ansvar</i>	<i>37</i>
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	<i>38</i>
<i>Informationssäkerhet</i>	<i>38</i>
En god säkerhetskultur	39
Adekvat kunskap och kompetens	39
Patienten som medskapare	40
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	40
<i>Öka kunskap om inträffade vårdskador</i>	<i>41</i>
<i>Utredning av händelser - vårdskador</i>	<i>41</i>
Tillförlitliga och säkra system och processer	42
Säker vård här och nu	43
<i>Riskhantering</i>	<i>43</i>
Stärka analys, lärande och utveckling	44
<i>Avvikelse</i>	<i>44</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>45</i>
Öka riskmedvetenhet och beredskap	46
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	46
<i>Egenkontroll</i>	<i>46</i>
Mål och strategier för kommande år	48

SAMMANFATTNING

En stomme i det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2023 har varit den egenkontroll som regelbundet utförts i enheten. Avvikelser har löpande registreras och hanterats i journalsystemet Vodoks avvikelsemodul. Uppföljningar har gjorts vid hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsråd en gång i månaden. Det stora flertalet avvikelser har fortfarande avsett fall och till viss del även hantering av läkemedel. Enheten behöver fortsatt jobba med ökad kunskap om rapportering av andra händelser som skulle kunna innebära risk ur patientsäkerhetssynpunkt. Exempel på dessa händelser är brist i vårdkedjan, specifik omvårdnad, uppkomna trycksår, specifik rehabilitering och vårdrelaterade infektioner.

Under 2023 har strukturerad journalgranskning genomförts vid två tillfällen med gott resultat. Enheten behöver fokusera på utveckling av innehållet av hälsoplaner tillsammans med baspersonal.

Som stöd i arbetet för att förebygga undernäring, fall, risk för trycksår och inkontinens har enheten använt sig av kvalitetsregistret Senior Alert. Under 2023 registrerades 80% av enhetens patienter. En förklaring till detta är några patienter avböjt registrering i kvalitetsregister. Ett utvecklingsområde för enheten är blåsdysfunktion där endast 44 patienter är registrerade. En förklaring kan vara att denna riskbedömning ligger under en separat flik i systemet så det kan vara lätt att missa den. Ambitionen är att förbättra resultatet under 2024.

Enheten har fortsatt använda sig av Svenska palliativregistret. Vi har inte behövt använda oss av palliativa register i år i samma utsträckning som förr. Detta på grund av att samtliga patienter gick bort på sjukhus. Detta i sig kommer att analyserats av enheten.

Under året har enheten fortsatt arbete med att förstärka teamarbetet och omsorgskontaktens roll i teamet. Struktur för teamarbete har tagits fram och kommer fortsatt vara ett utvecklingsområde under 2024. Vi ser en stor utveckling och förbättring av den röda tråden mellan hälso- och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation. Enhetens egenkontroller visar på att 89 % av genomförandeplanerna och hälsoplanerna går i linje utifrån områdena nutrition och fall vilka enheten hade valt att fokusera på under år 2023. Resultatet har uppnåtts genom personalens engagemang, verksamhetsnära utbildningar och reflektioner av enhetens kvalitetssamordnare. Utmaningen har varit att se till att hälsoplanerna är kända av alla i teamet.

Till nästa år planeras fortsatt arbetssätt gällande teamarbetet och omsorgskontaktens roll i teamet. Omvårdnadsområden som enheten kommer att fokusera på fall, nutrition, psykisk hälsa och palliativvård. Under året har egenkontroller utförts som ett led i arbetet med vårdhygien. Med hjälp av utvecklingsenheten har enheten haft observationer vid två tillfällen. Vid båda tillfällen användes en extern granskare. Kontrollerna visade god följsamhet till klädregler och handhygien. Infektioner har löpande registrerats och redovisats till Södermalms medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Hösten 2022 upptäcktes multiresistenta bakterier hos en av enhetens patienter. Smittspårning visade spridning inom enheten. Mot bakgrund av detta har enheten vidtagit åtgärder i samverkan med vårdhygien Stockholm, smittskydd och MAS. Exempel på åtgärderna har bl.a. varit utbildningsinsatser i samarbete med Vårdhygien Stockholm och Södermalms vårdpedagog från utvecklingsenheten. Kompetensutveckling inom området kommer att fortsätta under 2024 och inkluderar all personal på enheten. En hygiengrupp upprättades under hösten 2023, gruppen leds av namngiven sjuksköterska samt tre hygienombud. Enheten har under året också haft externa granskningar. Förutom den årliga uppföljningen av enhetens hälso- och sjukvårdsarbete med hjälp av QUSTA, genomfördes i april 2023 en genomgripande granskning av läkemedelshantering av en farmaceut från Apoteket. Vissa delar i föreskriften HSLF-FS 2017:37 berördes under granskningen.

Under år 2022 införde enheten, digital signeringssystemet Appva, som har fungerat som ett verktyg i arbetet med läkemedelsöverlämnande och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till baspersonal.

Övergången har inneburit vissa utmaningar både tekniskt och när det gäller arbetssätt för personalen. Uppföljningar och stödinsatser har genomförts under 2023 och kommer att fortsätta även under 2024. För att hanteringen av läkemedel skulle bli tryggare och säkrare infördes digitala läkemedelsskåp i enheten. Digitala läkemedelsskåp innebär en ökad kontroll över läkemedelshanteringen. Trots att denna övergång har inneburit tekniska utmaningar, men spårbarheten av avvikelser har underlättats.

Under året har enheten haft kompetensutvecklingsinsatser inom munhälsa, basala hygien- och klädrutiner, hantering av hjälpmedel, lyftteknik, läkemedelshantering, nutrition och fördjupning i hörsel/synapparater samt utbildning i, Första hjälpen till psykisk hälsa – äldre. Utbildningen har tagits fram i Sverige och har fokus på bemötandet av äldre personer.. Det är en 14-timmarskurs och den sträcker sig över två dagar. En av enhetens sjuksköterskor har under 2023 genomgått Mental Health First Aid- Första hjälpen till psykisk hälsa instruktörsutbildning vid Karolinska Institutet. Under 2023 införde enheten schemalagda reflektionsmöten som hållits av enhetens kvalitetssamordnare, hälso- och sjukvårdspersonal samt enhetens ombud. Med hjälp av utvecklingsenheten har enheten fått utbildning inom kost och vätskeregistrering samt mätning av vitala parametrar såsom blodtrycksmätning, puls, saturation, andningsfrekvens och temperatur. Under 2024 kommer enheten planera utbildningar inom läkemedelshantering, HLR, munhälsa, handling och Peer-learning.

Värt att nämna är slutligen att samarbetet med den läkarorganisation som är knuten till enheten fungerat väl. Trots flera läkarbyten under året har arbetet löpt utan avbrott och majoriteten av de läkemedelsgenomgångar som planerats har utförts i tid.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

Enhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet under år 2023 har varit att:

- genomföra egenkontroller genom granskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation
- kontroll av narkotika samt loggkontroller i Vodok 2.
- följa och analysera rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i Vodok 2 och samverka med Södermalms medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), vid utredning av vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.
- säkerställa följsamheten till basala hygienrutiner. Detta genom utbildningar, punktprevalensmätning, externa och interna observationer.
- fortsätta utvecklingen av teamarbete utifrån psykisk hälsa, nutrition och fall.
- införa digitalsignering och digitala läkemedelsskåp.
- digitalisera enhetens riktlinjer/rutiner och göra dessa lättillgängliga, kända för all personal.
- registrera i Senior Alert och Svenska palliativregistret.

- analysera och följa upp den palliativa vården i livets slutskede utvecklas. Detta utifrån analys av resultat från svenska palliativregistret.
- följa upp åtgärdsplanerna från 2023 års kvalitetsuppföljning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) (utifrån kvalitetsuppföljningsmodellen QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) samt kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.
- förbättra arbete gällande hantering av medicintekniska produkter. Detta genom att personalen erbjuds utbildning om hjälpmedel.
- erbjuda ADL bedömning till samtliga boende på Hornstulls servicehus.
- genomföra läkemedelsgenomgång en gång per år eller vid behov på samtliga patienter.
- erbjuda munhalsbedömning och utfärdande av tandvårdsintyg till berättigade patienter.
- erbjuda kompetensutveckling genom verksamhetsnära utbildningar och reflektioner.

Organisation och ansvar

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

Södermalms stadsdelsnämnd (Vårdgivare) fastställer enhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer kontinuerligt upp och utvärderar målen. Ger direktiv och säkerställer att ledningssystem för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvalitén.

Verksamhetschef

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) är enhetschefen för Hornstulls servicehus. Verksamhetschef formulerar mål och tar inom ramen för vårdgivarens ledningssystem fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas. Verksamhetschefen medverkar i kvalitetsuppföljning, ansvarar för uppföljning och analys av enheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården samt att vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet tillämpas i enhetens arbetssätt. Verksamhetschef samverkar med av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Södermalms stadsdels utvecklingsenhet för äldreomsorgen där ingår bland annat, vårdpedagog, dietist och dokumentationsstödare för att nå god kvalitet i hälso- och sjukvård. Utöver det har enheten stöd av Apoteket AB och Vårdhygien.

Biträdande enhetschef

Biträdande enhetschef, med uppdrag att fullfölja enskilda uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen följer upp och ansvarar för egenkontroller samt analys av resultat så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Medverkar, inom ramen för enhetens ledningssystem, kontinuerligt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i följsamheten, framtagandet, utprovningen och vidareutveckling av rutiner och metoder. Arbetar kontinuerligt med risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat. Ordinarie sjuksköterskor finns tillgängliga vardagar från 07.00 till 16.30. Övrig tid ansvarar ambulande

sjuksköterskor med avtal för hälso- och sjukvården. Enheten har avtal med Klara Kompetens. Fysioterapeut har varit tillgänglig under vardagar måndag – torsdag från 08:00-16.30. Arbetsterapeut har varit tillgänglig under vardagar måndag – fredag från 07.15-16.00.

Baspersonal

Baspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter följer de lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Enheten har samarbetat med flera instanser för att förebygga vårdskador.

Enheten har haft stöd av utvecklingsenheten, avdelningen för äldreomsorg Södermalm.

Utvecklingsenhetens uppdrag är att stödja Hornstulls servicehus i arbetet att uppnå mål och aktiviteter i verksamhetsplanen och patientsäkerhetsberättelsen. I utvecklingsenheten ingår bland annat Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) som har till ansvar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Utvecklingsenhetens vårdpedagog, dokumentationsstödjare, dietist finns tillgängliga för enheten och hälso- sjukvårdspersonal att konsultera när behov uppstår.

Vidare har enheten en samverkansöverenskommelse med

- Klara kompetens för sjuksköterskeinsatser på jourtid
- Kry Vårdcentral för läkarinsatser
- Capio Legevisitten för läkarinsatser
- MediCarrier AB för transporter av prover och riskavfall
- Apoteket AB för kvalitetsgranskning av läkemedelshandling
- Oral Care står för uppsökande tandvård
- Fot&Hälsa gruppen för patienter med medicinsk sjukfotvård.
- Vårdhygien
- Äldreförvaltningen

I ledningssystemet finns samverkansrutiner för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare och teammöten.

Enheten arbetar också enligt överenskommelse mellan regionen och kommunerna i Stockholmslän angående samverkan vid in- utskrivning till slutenvården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §.

Det är viktigt att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienterna som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt. Samtidigt måste risken att obehöriga får tillgång till informationen minimeras. Risker för informationssäkerheten kan uppstå bland annat vid informationsöverföring, byte av vårdgivare, otillgänglig vårdokumentation och att obehöriga får tillgång till sekretessmaterial

På Hornstulls servicehusförvaras all dokumentation inlåst och i skydd från obehöriga. Från våren 2022 övergick enheten till Fax2mail. Syftet har varit att förebygga säkerhetsrisker, dvs. risker att sekretessen bryts vid sändning och mottagning av journaler och andra sekretesshandlingar via fax. Fax2mail säkerställer att känsliga uppgifter inte hamnar hos fel personer eller på fel plats. Övergången har inneburit tekniska utmaningar under 2023. Detta har åtgärdats med hjälp av samverkan med IT-enheten.

Rutinmässiga kontroller av åtkomst av dokumentation i Vodok sker en gång per månad av biträdande enhetschef. Loggkontroller i NPÖ görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska. I slutet av året delges loggkontrollerna till MAS med medföljande analys.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Då är det organisationen som ska ge förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Arbetsätt och verktyg som har använts för att öka patientsäkerheten på Hornstulls servicehus är:

- egenkontroll av utförda åtgärder.
- digitalisering av signering och digitala läkemedelsskåp samt ledningssystem och lokala rutiner.
- kompetenshöjning, för både bas- och legitimerad personal, inom klinisk bedömning, hygien, munhälsa, nedsatt syn- och hörsel, psykisk hälsa, nutrition, palliativ vård, lyft- och förflyttningsteknik, samt sårvård.
- teamsamverkan utifrån bedömda risker. Preventivt arbete med fokus på att förhindra fallskador, trycksår, och undernäring.
- utredning av inkomna synpunkter samt inträffade avvikelser.
- rapportera allvarliga händelser, vårdskador eller risk för vårdskador enligt rutin.
- förebygga och minska smittspridning genom utbildningsinsatser samt samverka med läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, och vårdhygien.



Adekvat kunskap och kompetens

Utbildningsinsatser som har erbjudits under 2023 består av

- digitalsignering Appva
- läkemedelshantering
- digitala läkemedelsskåp
- lyftteknik och hjälpmedel
- digitala systemet Verkyget
- utbildning i existentiella samtal, vård i livets slut
- första hjälpen till psykisk hälsa – äldre
- utbildning i basala hygien- och klädrutiner
- nutrition och kost och vätskeregistrering
- mätning av vitala parametrar såsom blodtrycksmätning, puls, saturation, andningsfrekvens och temperatur
- munhälsa
- verksamhetsnära utbildningar och reflektioner



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Alla patienter och deras närstående erbjuds, efter inhämtat samtycke, inflyttningssamtal med hälso- och sjukvårdspersonal inom två veckor och även vid förändrat hälsotillstånd. Patient och närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede. Anhöriga erbjuds också efterlevandesamtal efter dödsfall. Vid hälso- och sjukvårdsavvikelse involveras patienten i utredning om den själv vill, närstående involveras om samtycke finns. Vid registrering i Senior Alert inhämtas samtycke och patientens önskemål och vilja tas i beaktning. På Hornstulls servicehus finns också ett förtroenderåd som bevakar boendes intresse samt ser till att närstående, boende och pensionärsorganisationer regelbundet träffar representanter i enheten. Det finns möjlighet för närstående och boende att lämna meddelanden till förtroenderådet.



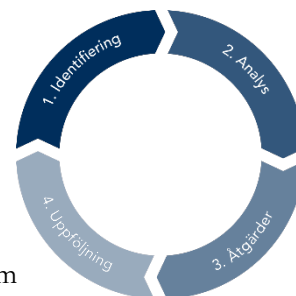
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll

En stomme i det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2023 har varit den egenkontroll som regelbundet utförts i enheten.

Egenkontrollen utförs enligt de rutiner som finns för äldreomsorgsavdelningen inom Södermalms stadsförvaltning.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård	1 gång per år	Uppföljning med kvalitetsinstrumentet QUSTA
Dokumentation	2 gånger per år	Enhetens egenkontroll (PPM)
	1 gång per år	Stickprovskontroll av MAS och MAR
Loggkontroll	1 gång per månad	Enhetens loggar i Vodok 2.0
	1 gång per månad	Stickprovskontroll NPÖ
Avvikelse	1 gång per månad	Avvikelsesystem Vodok 2.0
Läkemedelshantering	1 gång i veckan	APPVA
Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av administrerade läkemedel	1 gång i månaden	Narkotikajournaler Signeringslistor
Delegering	1 gång i månaden	APPVA

Läkemedelshantering Kontroll av utgångsdatum akutläkemedelsförrådet	1 gång i månaden	Signeringslistor
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Riskbedömning/screening fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0 Senior Alert Punktprevalensmätning (PPM)
Basal hygien och klädrutiner	2 gånger per år	Nationell mätning (PPM-BHK)
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0
Infektionsregistrering	Var tredje månad	Registreringsblankett
Vård i livets slut	1 gång per år	Palliativregistret
Synpunkter och klagomål	Inför arbetsplatsträff Löpande/var fjärde vecka på kvalitetsrådet	Excel Tertialrapporter ILS
Medicintekniska produkter - MTP	1 gång i månaden	Signeringslistor

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 §

Alla avvikelser inom hälso- och sjukvård dokumenteras och utreds i Vodoks avvikelsemodul och analyseras på kvalitetsrådet och kommuniceras på enhetens APT eller andra mötesforum. Målet är att få säkrare och förbättrade arbetssätt genom att diskutera händelseförloppet, orsaker till händelsen och vad man kan göra för att förhindra att händelsen upprepas igen.

All personal påminns om rapporteringsskyldighet. Den personal som upptäcker en avvikelse ansvarar för att vidta eventuella åtgärder för patienten omgående.

Baspersonal rapporterar avvikelser skriftligt och lämnar till sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut eller närmsta chef enligt lokal rutin. Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar i avvikelsemodulen i Vodok 2.0 och i patientens journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

Hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker en avvikelse registrerar direkt i avvikelsemodulen.

Avvikelseerna utreds och analyseras i team där hälso- och sjukvårdspersonal samt chef ingår. Här ska en bedömning, utredning och analys av enklare händelser genomföras. Vid allvarigare avvikelser ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kontaktas snarast och utredning påbörjas omgående.

Enheten behöver fortsatt jobba med ökad kunskap om rapportering av andra händelser som skulle kunna innebära risk ur patientsäkerhetssynpunkt. Exempel på dessa händelser är användning av hjälpmedel, brister i vårdkedjan, samverkan, kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal vid förändrad hälsostatus eller ökad omvårdnadsbehov.



Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

I enheten har tre allvarliga händelser utretts, och två av händelserna har föranlett anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Både händelserna utreddes av Södermalms medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Den ena anmälan handlar om smittspridning av MRSA (Meticillinresistent Staphylococcus aureus) vilket innebär att det kan bli svårare att behandla med antibiotika om de smittade patienterna drabbas av bakterieinfektion. Analysen och bedömningen av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen visade på brister i följsamheten av basal hygien finns eftersom smittspridningen var bekräftad. Under perioden med smittspridning av MRSA har Hornstulls servicehus haft en bristande kontinuitet i ledningen detta på grund av frånvaro, som lett till brister i uppföljning och åtgärder kring MRSA spridningen. Den bristande kontinuiteten har berott på olika orsaker. Analys visar att det periodvis saknats tydlig struktur i ledningen om vem som skall följa upp arbetssätt och rutiner kring basal hygien trots att lokala rutiner funnits. Rutiner har uppdaterats och finns men genomförandet och uppföljning av följsamheten kring dessa rutiner har ledningen i perioder inte gjort. Det har lett till att det i omvårdnadspersonalsgruppen kan saknas kunskap om vart man hittar rutiner eller hur man följer dem. Analysen visade också på baspersonal som anställs i enheten inte alltid genomgått den digitala utbildningen ”Basal hygien”. Rutinen är att den nyanställde ska visa upp diplom av genomförd utbildning till chef innan personalen deltar i omvårdnadsnära patientarbete. Det gick inte helt säkerställa att en chefsfunktion följt upp detta av ny personal då det funnits brister i kontinuiteten kring ledarskapet inom enheten. Periodvis har det inom enheten varit hög personalomsättning. Analysen visade också att det hade varit en brist i enheten att skyddsmaterial inte alltid funnits att tillgå på ett lätt sätt för baspersonalen. Handlingsplan, utifrån analysen, togs fram och åtgärder vidtogs.

De externa hygienobservationerna under året gav ett mycket bra resultat. Sista observationen under hösten 2023 visade på att följsamheten var på 100% och smittspridningen har stoppats.

Den andra anmälan handlade om osäker förvaring av läkemedel i samband med övergång till digitala lås på medicinskåp. I vissa fall har enskilda medicinskåp stått olåsta vilket hade kunnat leda i att patienten fått i sig läkemedel som kunde ha gett allvarliga skador. En åtgärd till följd av avvikelserna ledde till rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal förtydligades. Annan åtgärd var att alla läkemedelslåsar fått installation av digitala taggar som är personbunden. Dessa taggar är kopplade till personalens personnummer och fungerar så länge man har en giltig delegering. Annan säkerhet i utförande av digitala läkemedelstaggars är att de ska verifieras vid varje arbetspass och är fungerande under de ex antal timmar som personal utför arbetet.

Tredje händelsen handlade om en patient som hade ramlat vid förflyttning med hjälp av personlyft. Under förflyttningen hade lyften tippat och bygdeln hade svängt. Urhalingsskydd vid bygel hade gått sönder och patienten gled ner på golvet. Händelsen rapporterades till Södermalms medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och utreddes. Åtgärdsplan togs fram i samråd med MAR.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård

Uppföljning av enhetens förutsättningar att bedriva en god och säker vård har genomförts. Patientsäkerhetsberättelse, interna egenkontroller, kvalitetsregister, verksamhetsuppföljning och externa egenkontroller där bland annat QUSTA-instrumentet har legat till grund för att säkerställa god och säker vård. Vid dialogen medverkar ledningen och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna och baspersonal i enheten.



Dokumentation

Under 2023 har enhetens egenkontroll och analys av hälso- och sjukvårdsdokumentation har gjorts och rapporterats med MAS och MAR. Enheten har också haft egenkontroller för att säkerställa om hälsoplanerna avseende fall, nutrition och psykisk hälsa överstämmer med genomförandeplanen.

Avvikelsehantering

Registreringen av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har gått igenom i kvalitetsrådet i syfte att se trender över avvikande händelser i enheten.

Läkemedel

Extern kvalitetsgranskning samordnas av MAS och har genomförts under vår 2023.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer

Indikatorer för hälso- och sjukvården har skickats till MAS och MAR vid två punktprevalensmätningar (PPM) under 2023. Punktprevalensmätning innebär en mätning vid ett specifikt tillfälle eller datum över utvalt område. Resultatet visar på ett nuläge som ligger till grund för analys.

Statistik över genomförda riskbedömningar

Statistik över genomförandegrad av riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens har sammanställts och analyserats. Verksamheternas registreringsgrad i det nationella kvalitetsregistret Senior alert har följts upp under olika mötesforum, bland annat under kvalitetsrådet samt hälso- och sjukvårdsmöten.

Vård i livets slut

Resultat från Palliativregistret har sammanställts och analyserats under kvalitetsrådet.

Säker vård här och nu

Enheten under senaste åren haft svårigheter att bemanna sjuksköterskor och använde sig av sjuksköterskor från bemanningsföretag i hög grad. Detta ledde till brister i kontinuiteten samt sämre kännedom om patienterna. Från Sommar 2023 har enheten utökat grundbemanning till fyra sjuksköterskor. Målen med ökade sjuksköterskebemanning är att arbeta förebyggande, öka kvalitén på vården.

Samarbetet med den läkarorganisation som är knuten till enheten har fungerat väl under 2023. Utmaningen har varit många läkarbyten. Trots detta har arbetet löpt på utan avbrott och majoriteten av de läkemedelsgenomgångar som planerats har utförts i tid

Under 2023 har enheten noterat att snabba utskrivningar från slutenvården samt att patienterna i högre grad är sjukare, än tidigare. Detta har resulterat i att enheten behövt se över, samverkansrutinerna med läkarorganisationen, slutenvården och beställarenheten. Enheten behöver också fokusera på utveckling av informationsöverföring samt ökad hälso- och sjukvårdskompetens hos baspersonalen. Arbetet för utveckling av intern och extern samverkan samt att baspersonalen ska kunna basal medicinsk utrustning kommer att vara i fokus även under år 2024.



Riskhantering

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

Inför varje verksamhetsår införs väsentlighets- och riskanalyser. Bedömda risker samt väsentlighet för enheten dokumenteras i stadens integrerade ledningssystem (ILS). Dessa följs upp vid tertialrapporter och bokslut. Riskanalyser på verksamhetsnivå har gjorts inför sommarperioden samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten bland annat gällande kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, delegerad baspersonal samt tillgång till digitala system för vikarier. Även risker i samband med eventuell värmebölja under sommaren samt smittspridning beaktades. Under 2023 har enheten arbetat intensivt med att förebygga och hantera risker och kriser. Målet är att enheten ska vara förberedd inför oönskade händelser. I detta arbete har hälso- och sjukvårdsinsatser har beaktats.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Antalet fallavvikelser som har rapporterats under 2023 är 203 stycken vilket har minskat avsevärt jämfört med föregående året. Detta kan bero på att enheten har arbetat intensivt med att stärka teamarbetet samt säkerställa en röd tråd i hälso- och sjukvårdsplaner och genomförandeplaner. Fokus har varit att fallpreventions insatser skulle vara kända hos baspersonal. Enheten har också registrerat alla patienter som har gett samtycke i Senior Alert.

Hälften av de fall, som rapporterats hänt vid patientens egen förflyttning i hemmet och det är ofta samma individer som fallit och klarar sig oskadd. Några av individerna har glidit ur sittställning eller ur säng.

Händelserna har ofta berott på av kognitiv svikt eller försämrad hälsotillstånd.

Teamet kommer att fortsätta arbeta enligt regel för bedömning, prevention och insatser vid inträffade fall. Enheten kommer också med hjälp av Vårdhandbokens praktiska råd och hjälpmedel öka kunskapen om att förebygga händelserna där patienterna glider ur sittställningen eller ur säng.



Exempel på typ av händelse

Glidit ur sittställning	28
Oklart/hittas på golv	44
Ur säng	22
Vid assisterad förflyttning/gång	2
Vid egen förflyttning/gång	102
Övrigt/annat	5
Ingen skada	171
Skada	19
Allvarlig skada	1
Utredning MAS/MAR	1

30 medicinavvikelser har inkommit under 2023 vilket har ökat något jämfört med 2022. Detta kan bero på att enheten har arbetat intensivt med ökad kunskap om rapporteringsskyldigheten gällande avvikelser.

Precis som förra året har en stor andel av avvikelserna handlat om uteblivna doser. I samband med införandet av digitala signeringssystemet Appva samt införande av digitala läkemedelskåp kan enheten lättare följa upp uteblivna doser samt om läkemedel inte har givits eller signerats i rätt tid. Vissa brister har noterats men detta återspeglas inte i avvikelserna. Enheten behöver fortsätta arbetet med att

rapportera läkemedelsavvikelser. Bristerna har analyserats och följts upp och utbildningsinsatser i läkemedelshantering planeras till 2024.

Exempel på typ av händelse

Utebliven dos	20
Förväxling av tidpunkt	1
Förväxling av patient	1
Dubbel dos	1
Läkemedel saknas i läkemedelsskåp	3
Övrigt/annat	7

Antalet avvikelser avseende trycksår som har rapporteras under 2023 är 3 stycken vilket har ökat jämfört med föregående året. Detta kan bero på att Enheten har arbetat intensivt med ökad kunskap om rapporteringsskyldigheten gällande trycksår. Enligt händelseanalysen var två av uppkomna trycksår var undvikbara. Ett av de uppkomna trycksår klassades som vårdskada vilket ledde till utredning. Identifierade bakomliggande orsaker till händelsen var bristande kommunikation och den mänskliga faktorn. Patientens duschdag hade ändrats och den ansvarige sjuksköterskan hade inte fått information och när patienten hade fått dusch glömde baspersonal att meddela sjuksköterskan och patienten satt utan omläggning i sin rullstol med tryck på hälar. I samband med händelsen ändrades rutinen gällande planering av det dagliga arbetet samt informationsöverföring.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som inkommer till stadsdelsförvaltningen registreras och diarieförs. Dessa skickas till enheten för utredning. Inkomna synpunkter och klagomål besvaras skyndsamt till den som lämnat genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet eller synpunkten inkommit och kommer att utredas. Biträdande enhetschef/enhetschef ansvarar för utredningen som görs tillsammans med berörd personal och vid behov tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Den enskilde får sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som också diarieförs.

Exempel på typ av händelse

Kompetens	Närstående hade synpunkter på personalens bristande omvårdnad orsakade försämrad av sårstatus. Utredningen visade att patienten vägrat ta av sig omläggningen vid dusch och att personal hade glömt att rapportera detta till sjuksköterska omedelbart. Rapporten hade nått sjuksköterskan 1 timma försenad.
-----------	--

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Smittspridningen av MRSA har påverkat Hornstulls servicehus möjlighet att upprätthålla genomförandet av vissa planerade aktiviteter. Enheten har vid flera tillfällen fått genomföra omställningar i arbetet. Bland annat genom att implementera uppdaterade rutiner för basal hygien och klädregler samt nya rutiner för smittsäkra arbetsätt. Det har också inneburit stora utbildningsinsatser för att stärka kompetensen inom dessa områden. Mot bakgrund av detta har enheten under den senare delen av året genomfört utbildningsinsatser i samarbete med Vårdhygien Stockholm och äldreomsorgens vårdpedagog. Kompetensutveckling inom området har fortsatt under 2023 och inkluderat all personal på enheten. Kompetensutveckling samt uppföljning av åtgärder kommer fortsätta även under 2024.



Som ett led i enhetens utvecklingsarbete infördes under våren 2022 digital signering. Systemet är tänkt att fungera som verktyg i arbetet med läkemedelsöverlämnande och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. Övergången har inneburit vissa utmaningar både tekniskt och när det gäller arbetsätt för personalen. Uppföljning och stödinsatser har utförts och kommer att fortsätta under 2023.

Sjuksköterskegruppen har under första halva året av 2023 inte varit fullbemannad på grund av sjukdom. Detta orsakade att enhetens målsättningar inte har uppnåtts. Stödinsatser i form av ökad sjuksköterskebemanning genomfördes hösten 2023.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Egenkontroll

<p>Qusta</p> <p>(quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)</p> <p>1 gång per år eller tätare om brister finns.</p>	<p>Genomförd i enheten den 20231020, några nya rutiner begärdes in samt uppdatering av äldre lokala rutiner.</p> <p>Alla rutiner samt uppdateringar är gjorda och återkoppling till MAS/MAR 20231103.</p> <p>Bedömning är att enheten i stort har en grundläggande kompetens gällande hälso- och sjukvård med rutiner och arbetsätt på plats inom flera av de genomgångna områdena. Enheten har under det gångna året arbetat med att uppdatera hälso-och sjukvårdsrutiner. I enheten har man implementerat nya arbetsätt som tex signering av administrerade läkemedel med det digitala verktyget Appva. Enheten har också introducerat Verktyget- ett digitalt verktyg i telefon där alla lokala rutiner finns lättåtkomliga för all personal. Arbetet med introducering av Verktyget är slutfört och har lagts till som introduktionsmaterialet för nyanställda. Under hösten 2023 har en ny biträdande enhetschef tillträtt vilket har underlättat av implementering av enhetens rutiner. Enheten har stor följsamhet av lokala rutiner främst inom området ”Vårdhygien och smittskydd” och ”Medicintekniska produkter”.</p>
--	--

	<p>Utvecklingsområden är ”Delegering” och ”samverkan och informationsöverföring”(rutin för patient listad hos annan vårdcentral). Kompletterande rutiner och handlingsplan har upprättats. Samtliga åtgärder är planerade och har till en viss del etablerats.</p>
<p>Egenkontroller BHK 2 gånger per år</p>	<p>Utfört vid båda tillfällena, egenkontroll höst har man använt extern granskare. Granskningen under hösten visar att handhygien och klädregler följs utan anmärkning. Enheten har fortsatt kontakt med Vårdhygien samt utvecklingsenheten för utbildningsinsatser även under 2024.</p>
<p>Egenkontroll journalgranskning 2 gånger per år</p>	<p>Utfört vid båda tillfällena. Gott resultat men enheten behöver fokusera på att utveckla innehållet i de hälsoplaner där bedömning indikerar risk.. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.</p> <p>Under året har enheten fortsatt arbete med att förstärka teamarbetet och omsorgskontaktens roll i teamet. Struktur för teamarbete har tagits fram och kommer fortsatt vara ett utvecklingsområde under 2024. Vi ser en stor utveckling och förbättring av den röda tråden mellan hälso-och sjukvårdsdokumentation och social dokumentation. Enhetens egenkontroller visar på att 89 % av genomförandeplanerna och hälsoplanerna går i linje utifrån områdena nutrition och fall vilka enheten hade valt att fokusera på under år 2023. Resultatet har uppnåtts genom personalens engagemang, verksamhetsnära utbildningar och reflektioner av enhetens kvalitetssamordnare. Utmaningen har varit att se till att hälsoplanerna är kända av alla i teamet.</p>
<p>Egenkontroller kvalitetsindikatorer 2 gånger per år</p>	<p>Utfört. Riskbedömningar MNA, Norton, Downton, Nicola, ROAG och ADL status</p> <p>Egenkontroll resultat: riskbedömningar är utförda, det som behöver åtgärdas är att hälsoplaner upprättas för alla patienter som bedöms ha risk.</p> <p>Riskbedömningar Vodok 2.0:</p> <p>MNA 80%</p> <p>Norton 80%,</p> <p>Downton 66%,</p> <p>ROAG 77%,</p> <p>Nicola 75%,</p> <p>ADL status 90%</p> <p>Beräknat utifrån 88 lägenheter.</p> <p>Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.</p>
<p>Senior Alert</p>	<p>80% av 88 patienter är registrerade i Senior Alert. En förklaring till är att patienter har tackat nej till registreringen.</p> <p>Ett utvecklingsområde för enheten är blåsdysfunktion där endast 44 patienter är registrerade. En förklaring kan vara att denna riskbedömning ligger under en separat flik i systemet så</p>

	det kan vara lätt att missa den. Ambitionen är att förbättra resultatet under 2024.
Palliativ registret	Inga fall registrerade då samtliga patienter har avlidit på sjukhus under 2023. Antal dödsfall har inte heller varit så hög.
Avvikelser Vodok 2.0 HSL	Tendens till högre rapporterade läkemedelsavvikelser samt mindre antal fallavvikelser. Enheten planera att anordna temaveckor kring fallprevention och använda appen/webbsida ”Hållbar hälsa” i arbetet. Samt Socialstyrelsens material ”balansera mera”. Enheten kommer att fortsätta arbeta med rapportering av andra händelser, såsom brist i vårdkedjan, specifik omvårdnad, uppkomna trycksår, specifik rehabilitering och vårdrelaterade infektioner, som skulle kunna innebära risk ur patientsäkerhetssynpunkt.
Apoteksgranskning Extern kontroll	Genomförd 230408 Under kvalitetsgranskning fokuserades på föregående rapport där åtgärds punkterna samt lokala rutiner diskuterades som följdes av en rundvandring på enheten. Därefter gjordes stickprovskontroller med avseende på förvaring, läkemedelslistor, signeringslistor, narkotikaförbrukningsjournaler mm. Ett antal läkemedelsskåp i boendes lägenheter granskades. Vissa delar i föreskriften HSLF-FS 2017:37 berördes. De förbättringsförslag som identifierades sammanfattades i åtgärdsplan.
Infektionsregistrering	Rapporterats för hela året. Enstaka antal infektioner som antibiotika behandlades. Även enstaka fall av Covid-19 förekommit i enheten. MRSA diagnos hos 9 patienter varav 3 var bärare när de flyttade på Hornstulls servicehus. Enheten har haft kontakt med Vårdhygien sedan spridningen 2022 och arbetat aktivt med uppföljning av MRSA odling inplanerade enligt riktlinjer med gott resultat.

Mål och strategier för kommande år

Utifrån 2023 års verksamhetsanalys har nya verksamhetsmål sammanställts. Enheten kommer fortsatt arbeta med att utveckla påbörjade arbetssätt att stärka teamarbetet samt säkerställa en röd tråd i hälso- och sjukvårdsplaner och genomförandeplaner samt den dagliga dokumentationen. Fokus är preventionsarbete för fall, undernäring, psykisk hälsa och palliativ vård. Flera av dessa mål kommer att följas upp i verksamhetsplanen för Hornstulls servicehus 2024 enligt nedan.

Mål:

God omsorg med fokus på fallprevention, nutrition och palliation.

Strategier:

- Alla boende på Hornstulls servicehus som har hälso- och sjukvårdsinsatser har en hälsoplan som är känd av alla i teamet.
- Hälsoplan för palliativvård, nutrition och fallprevention ska överstämja med genomförandeplan.
- Vi säkerställer att alla hjälpmedel finns med i genomförandeplaner samt hälsoplaner.

- Alla boende har löpande dokumentation alternativt sammanfattningar (egenkontroll 2 ggr per år, stickprov) ev. välja ut ett antal boendes journaler och följa över tid.
- Vi fortsätter arbetet med fast omsorgskontakt i praktiken genom reflektionsstunder och teamarbete.
- Vi fokuserar på bemanning och kontinuiteten för att stärka teamarbetet genom att implementera nya arbetssätt och rutiner framtagna under 2023.
- Vi fokuserar på att palliativ vård bedrivs utifrån hörnstenarna (symtomlindring, teamarbete, kommunikation och närstående stöd).
- Vi säkerställer att personalen har snabbare tillgång och arbetar utifrån genomförandeplan- och hälsoplan.
- Vi anordnar temaveckor kring fallprevention och använder appen/webbsida ”Hållbar hälsa” i arbetet samt Socialstyrelsens material ”balansera mera”.

Mål:

God omsorg med fokus på psykisk hälsa

Strategier:

- Vi erbjuder utbildning , Första hjälpen till psykisk hälsa – äldre, för att öka kunskapen hos personalen samt att ge verktyg om bemötande till äldre med psykisk ohälsa.
- Vi stärker förutsättningarna för att uppmärksamma personer som kan behöva bemötandeplan genom reflektion med tema.
- Vi erbjuder verksamhetsnära utbildningar med stöd av enhetens hälso- och sjukvårdspersonal för att uppnå verksamhetsnära kompetensutveckling.
- Vi fortsätter utveckla arbetet med bemötandeplaner för boende med risk för psykisk ohälsa efter bedömning av sjuksköterska. Vi säkerställer att bemötandeplanerna är kända i teamet.
- Vi erbjuder boende matlagningskurser utifrån hälsa och åldrande

Mål:

God omsorg fokus på trygghet

Strategier:

- Vi erbjuder verksamhetsnära utbildning om basal medicinsk utrustning i samverkan med utvecklingsenheten.
- Vi erbjuder utbildning i SBAR, NEWS i teamet i samarbete med utvecklingsenheten.
- Vi gör särskild satsning inom delegering för att stärka kunskap om delegering och läkemedelshantering.
- Vi erbjuder utbildning till sjuksköterskor och chefer i läkemedelshantering.

Mål:

God omsorg fokus på samverkan för god och nära vård i samband med utskrivningar från slutenvård eller inflyt till servicehuset.

Strategier:

- Vi säkerställer samverkan med beställarenheten genom strukturerade samverkansmöten.

- Vi upprättar handlingsplan för utveckling av intern och extern samverkan.

PSB 2023

Dagverksamheter egenregi



2023-12-19
Lisa Jansson, enhetschef
Diarienummer SÖD 2024/197

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.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	54
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	55
Engagerad ledning och tydlig styrning	55
<i>Övergripande mål och strategier</i>	55
<i>Organisation och ansvar</i>	56
Samverkan för att förebygga vårdskador	57
Informationssäkerhet	57
En god säkerhetskultur	58
Adekvat kunskap och kompetens	58
Patienten som medskapare	59
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	60
<i>Egenkontroll</i>	60
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	60
Öka kunskap om inträffade vårdskador	62
Tillförlitliga och säkra system och processer	62
Säker vård här och nu	62
<i>Riskhantering</i>	62
Stärka analys, lärande och utveckling	63
<i>Avvikelse</i>	63
<i>Klagomål och synpunkter</i>	63
Öka riskmedvetenhet och beredskap	63
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	65
Mål och strategier för kommande år	65

SAMMANFATTNING

Dagverksamheternas mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Grindstugans-, Guldäggets-, Magda och Pärkans dagverksamhet har demensinriktning. Skånegatans dagverksamhet har social inriktning. Verksamheterna är biståndsbedömda och vänder sig till äldre som fyllt 65 år som bor i ordinärt boende. Verksamheterna har tillsammans 88 platser/dag varav det är 20 platser till den sociala dagverksamheten. Hälso- och sjukvårdspersonal anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser på Skånegatans- och Magda dagverksamhet. Hälso- och sjukvårdspersonal anställd på Katarinagårdens vård- och omsorgsboende ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets-, Grindstugans- och Pärkans dagverksamhet.

Enhetschef har gått igenom samtliga lokala hälso- och sjukvårdsrutiner och gjort uppdateringar där det har behövts.

Baspersonal har genomgått utbildningar i:

- Basal hygien
- Brandskyddsarbete
- Användande av skyddsutrustning
- Delegering för personal på Grindstugans-, Magda- och Skånegatans dagverksamhet.

Resultatet av egenkontroll av loggkontroller visar att ingen obehörig varit inne i journalsystemet. Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation visar att den sker i Vodok 2.0. Fyra avvikelser gällande fall har förekommit på Grindstugans dagverksamhet.

Lärdomar som spridits efter analys av riskhantering är att fortsätta arbetet med att tydliggöra ansvarsfördelningen gällande hälso- och sjukvårdsansvaret för Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende och Katarinagårdens vård- och omsorgsboende.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

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

Förvaltningen följer stadens riktlinjer som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet



Övergripande mål och strategier

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

Verksamheternas mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition.

Verksamhetens strategier är att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Genomföra egenkontroll av rengöring av medicintekniska hjälpmedel.
- Genomföra egenkontroll av utbildning i basal hygien och självskattning basal hygien.
- Uppdatera inventarielistor för medicintekniska hjälpmedel och genomföra funktionskontroll.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildning kring förflyttningsteknik, basal hygien och delegering.
- Genomgång av hälso- och sjukvårdsrutiner enligt dagverksamheternas årshjul för rutiner.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner uppdateras årligen och oftare vid behov.
- Genomföra riskanalyser av bemanning, smittförebyggande åtgärder, delegering, strömavbrott och sjuksköterskans tillgänglighet.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utreda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Nämndens ansvar

Stockholms stad har uppdragit till Södermalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ för de verksamheter som bedrivs i egenregi i stadsdelen. Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

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

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar

Kravet för att verksamhetschef ska finnas "där hälso- och sjukvård bedrivs" är reglerad i lag och förordning². Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg och ska tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning³ och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

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

Avdelningschef

Avdelningschef har ansvar över avdelningen för äldreomsorg i stadsdelen och säkerställer ytterst att kvaliteten för god vård och omsorg uppfylls och att gällande riktlinjer och rutiner följs på områdesnivå samt ger underlag till verksamhetschef enligt HSL, enhetschef och biträdande enhetschef för övergripande uppföljning.

Enhetschef

Enhetschef för dagverksamheterna egenregi är även verksamhetschef enligt HSL och har det

¹ Hälso- och sjukvårdslag (2017:3)

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

³ Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården samt omsorgen. Chef ansvarar för att uppdatera rutiner, se till att alla medarbetare har adekvat kunskap och att alla nyanställda får introduktion för att utföra de uppdragen utifrån krav som ställs på verksamheten.

Biträdande enhetschef

Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården anställd på Katarinagårdens vård- och omsorgsboende är chef över och har personalansvar för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som gör hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets-, Grindstugans- och Pärkans dagverksamhet. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende är chef över och har personalansvar för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som gör hälso- och sjukvårdsinsatser på Skånegatans- och Magda dagverksamhet.

Samverkan sker mellan enhetschef för dagverksamheterna och biträdande enhetschefer för att säkerställa att uppdragen utifrån krav som ställs på verksamheten uppfylls.

Medarbetare

All hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten.

Baspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheterna har samverkat med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal anställd av Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende samt Katarinagårdens vård- och omsorgsboende. Samverkan har även skett med primärvården och gästens hemtjänst.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är värdefullt och behöver skyddas efter behov. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering.

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

- Digitala/tekniska skydd: stadens it-system nås via trådlöst nätverk via arbetsgivarens datorer. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta för att öka säkerheten för uppkoppling och generellt skydd av data.
- Fysiska skydd: verksamheterna har ett systematiskt brandskyddsarbete som följs upp och analyseras, gästernas pappersjournaler förvaras i brandklassade låsbara arkivskåp.
- Administrativa skydd: styrande och stödande dokument
- Mänskligt skydd: kunskap om hur information får hanteras kommuniceras vid olika mötesforum och mail.

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation

- Loggkontroller i Vodok 2.0 har utförts av enhetschef.
- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation i Vodok 2.0 har utförts av enhetschef.

En god säkerhetskultur

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



Baspersonal informerar sjuksköterska och lämnar ifylld avvikelseblankett för hantering i Vodok 2.0. Sjuksköterska informerar gästens husläkarmottagning/vårdcentral. Vid allvarliga avvikelser (risk för vårdskada/missförhållande) informeras enhetschef omgående. MAS informeras muntligt av verksamhetschef vid risk för allvarlig vårdskada/vårdskada.

Fallregistreringar lämnas direkt till arbetsterapeut/sjukgymnast som registrerar i Vodok 2.0. Avvikelser följs alltid upp. Återkommande fall följs upp av arbetsterapeut/sjukgymnast tillsammans med gästens vårdcentral.

Enhetschef för dagverksamheterna hanterar avvikelser och fallrapporter i Vodok 2.0 senast den 10:e i månaden efter. När avvikelse måste kompletteras meddelar enhetschef den som registrerat avvikelsen/fallrapporten via Vodok 2.0 meddelandefunktion. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschef för dagverksamheterna, hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal på förekommande dagverksamhet diskuterar gemensamt orsaker och åtgärder i syfte att utveckla vården samt minimera att upprepningar inte sker.

MAS och MAR ansvarar för att stänga avvikelser när dessa är färdighanterade.

Adekvat kunskap och kompetens

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



För att säkerställa att baspersonal har grundläggande förutsättningar för en säker vård har utbildning skett inom basal hygien, lyftteknik, hjärtlungräddning och delegering. Fokus har fortsatt varit på smittförebyggande åtgärder såsom användning av skyddsutrustning.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheterna erbjuder patienter och anhöriga möte om hälso- och sjukvårdsinsatser om behov uppstår. Baspersonal arbetare utifrån äldreomsorgens värdegrund gällande bemötande och delaktighet och Program för stöd till anhöriga 2021-2024. Vid nybesök till verksamheterna är nästan alltid anhöriga med. Verksamheterna använder Instagram för att visa vad deras närstående gjort på dagverksamheten. Anhörigmöten erbjuds två gånger/år. Samverkan sker med stadsdelens anhörigkonsulent för att informera anhöriga om stödjande insatser.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

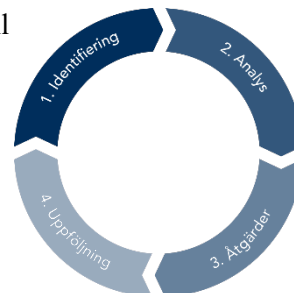
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Egenkontroll

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



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Varje månad	Vodok 2.0
Loggkontroller	Varje månad	Vodok 2.0
Avvikelser Synpunkter och klagomål	Varje månad	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0
Basala hygienrutiner, självskattning	2 gånger per år	Vårdgivarguiden.se
Utbildning basala hygienrutiner	1 gång per år	Socialstyrelsen.se
Inventarieförteckning medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år, oftare vid nyinköp	
Funktionskontroll lyftselar	2 gånger per år	
Funktionskontroll medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år	
Rengöring medicintekniska hjälpmedel	Efter varje användning	
Delegeringsutbildning	1 gång per år	
Förflyttningsteknik	1 gång per år	

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys har genomförts.
- Egenkontroll av loggkontroller har genomförts.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner har skickats ut till alla medarbetare enligt dagverksamheternas årshjul för aktiviteter.
- Rutin Smittförebyggande åtgärder covid-19 har uppdaterats efter Region Stockholms riktlinjer.
- Rutin gällande ansvarsfördelning hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets dagverksamhet, Grindstugans dagverksamhet, Magda dagverksamhet och Pärkans har setts över.
- Tolv tillsvidareanställda omvårdnadspersonaler har genomgått delegeringsutbildning. Två intermitterant anställda har genomfört delegeringsutbildning.
- All tillsvidareanställd, 21 st, personal och fyra intermitterant anställda har genomfört utbildning och självskattning av basal hygien.
- All tillsvidareanställd personal har fortbildats i brandskyddsarbete.

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.

Verksamheterna har inte haft händelse som medfört vårdskada.



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.

Identifierade områden som är relevanta att höja kompetensen kring är:

- Basala hygienrutiner
- Psykisk hälsa bland äldre
- Demenskunskaper

För att öka kompetensen om basala hygienrutiner har självskattning utförts två gånger och diskussioner om skyddsutrustning har förts på verksamheternas teammöten. Alla medarbetare ska gå utbildning i första hjälpen vid psykisk ohälsa och vi följer vår plan med att fyra utbildas/år..

Verksamheterna är Stjärnmärkta enligt utbildningsmodell som tagits fram av Demenscentrum. Detta bidrar till att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla personcentrerad omsorg.



Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Riskhantering

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

- Systematisk hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Riskanalyser beträffande smittförebyggande åtgärder, strömavbrott, förflyttningsteknik, funktionskontroll av selar, bemanning, ingen i tjänst med delegering, inte får tag på sjuksköterska, hissproblem, vattenläcka. Riskanalyserna uppdateras vid behov dock minst en gång per år.
- Inför sommaren
 - Lokal rutin finns för vad som ska göras om sjuksköterska inte är tillgänglig
 - Lokal rutin om ingen personal med delegering är i tjänst
 - Lokal rutin finns för att säkerställa att gäster får tillräckligt med vätska under varma sommardagar



Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

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

Grindstugans dagverksamhet har haft fyra avvikelser gällande fall. Händelserna har inte medfört vårdskada. Åtgärder har diskuterats och satts in.

Klagomål och synpunkter

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

Information om möjligheten att lämna förslag, klagomål eller synpunkter finns väl synligt i verksamheten. Möjligheten att lämna muntliga eller skriftliga synpunkter och klagomål delges gäster och eventuella anhöriga vid välkomstsamtalet. Om gästen tycker det är krångligt att använda blanketten ”Tyck till” hjälper personalen till.

Synpunkterna ska omgående lämnas till enhetschef som senast dagen efter mottagandet skickar till registratören på Virkesvägen för att diarieföras via sd12registraturet.soder@stockholm.se En kopia sparas på enheten.

Registrator ankomststämplar och diarieför ärendet, behåller originalet samt lämnar en kopia till enhetschef för utvecklingsenheten för handläggning. Ska ärendet handläggas på berörd enhet skickar verksamhetsutvecklare ärendet till enhetschef som utreder ärendet. Inom 14 dagar sammanställer enhetschef ett svar till den enskilde där också vidtagna och/eller planerade åtgärder redovisas. Vid beröm ska ett tackkort skrivas, är det en synpunkt eller ett klagomål ska detta skriftligen bemötas på ett professionellt sätt samt åtgärda anledningen till synpunkten eller klagomålet. En kopia sparas hos enhetschef. Svaret skickas direkt till den som framfört klagomål/synpunkt. Enhetschef ansvarar för att en kopia skannas till registratören via sd12registratur.soder@stockholm.se och med kopia till utvecklingsenheten.

Inkomna synpunkter, förslag och klagomål tas upp på enhetens verksamhetsmöte för att kvalitetsutveckla verksamheten. Alla medarbetare ska få kännedom om inkomna synpunkter, förslag och klagomål. Enhetschefen sammanställer och analyserar de synpunkter, beröm eller klagomål som inkommit under verksamhetsåret. Analyserna utmynnar i förslag på förbättringsåtgärder inom verksamheten. Redovisning av inkomna klagomål, synpunkter och beröm sker i tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

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.



Verksamheterna kommer fortsätta sitt strukturerade arbetssätt kring basal hygien genom självskattning och utbildning samt följa Region Stockholms riktlinjer gällande smittförebyggande åtgärder. För de verksamheter som hanterar läkemedel görs delegeringar om årligen. Samverkan sker med Beställarenheten för att säkerställa att korrekt och viktig

information om gästen framkommer i beställning. Samarbetet med ansvariga sjuksköterskor kommer stärkas för att säkerställa en hälso- och sjukvård av god kvalitet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Analys av riskhantering visar att det behövs förtydligande kring och genomgång av ansvarsfördelningen av hälso- och sjukvårdsansvar mellan dagverksamheterna och Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende/Katarinagårdens vård- och omsorgsboende.

Mål och strategier för kommande år

Under år 2024 behöver verksamheten:

- För att nå målet med patientsäkerhet behöver verksamheten fortsatt arbeta med att höja kunskapen i basal hygien. Detta kommer ske genom självskattning, webutbildning via vårdgivarguiden samt diskussioner på teammöten.
- För att nå målet med personcentrerad omsorg behöver verksamheterna fortsatt arbeta med fortbildning inom demensområdet samt psykisk ohälsa.
- Utvecklingsområde inom Stjärnmärkt demensomsorg är anhörigstöd där samverkan med anhörigkonsulenter kommer intensifieras.
- För att nå målet med patientsäkerhet behöver det säkerställas att hälso- och sjukvårdspersonal på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende samt Katarinagårdens vård- och omsorgsboende följer framtagna rutiner för ansvarsfördelning kring hälso- och sjukvårdsansvaret på dagverksamheterna.
- Lyftutbildning för all personal kommer genomföras.

Patientsäkerhetsberättelse för Södermalms stadsdelsnämnd Kulltorps vård- och omsorgsboende År 2023



Datum 2024-02-28

Ansvarig för innehållet biträdande enhetschefer Malin Wik och Christine "Tine" Gustafsson

Diarienummer SÖD 2024/195

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.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	69
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	70
Engagerad ledning och tydlig styrning	70
<i>Övergripande mål och strategier</i>	70
<i>Organisation och ansvar</i>	71
Samverkan för att förebygga vårdskador	71
Informationssäkerhet	72
En god säkerhetskultur	72
Adekvat kunskap och kompetens	73
Patienten som medskapare	73
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	74
Öka kunskap om inträffade vårdskador	79
Tillförlitliga och säkra system och processer	79
Säker vård här och nu	80
<i>Riskhantering</i>	80
Stärka analys, lärande och utveckling	81
<i>Avvikelse</i>	81
<i>Klagomål och synpunkter</i>	82
Öka riskmedvetenhet och beredskap	82
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	82

SAMMANFATTNING

Under året som gått har man succesivt kunnat minska på de skyddsåtgärder som man anpassat sig till under pandemiåren. Fortsättningsvis jobbar enheten aktivt med de basala hygienrutinerna och följer de aktuella riktlinjer, samtidigt som vi nu kunnat fokusera på en ökad utveckling och kunskapshöjning inom enheten.

Enheten har under året jobbat med att identifiera prioriterade områden och aktivt arbeta med de rutiner och riktlinjer som vi förhåller oss till. Samtidigt har även samarbetet med de övriga vård- och omsorgsboendena i stadens regi varit viktigt och arbetet med att arbeta likställigt fortsätter kontinuerligt. Oberoende var du bor eller var du arbetar ska det vara samma rutiner, du ska få samma goda, säkra vård och omsorg samt erbjudas aktiviteter, utevistelse, måltider o.s.v.

Under 2023 har den digitala samlingsplattformen för våra rutiner, Verkyget, implementerats med våra uppdaterade lokala hälso- och sjukvårdsrutiner samt lokala omsorgsrutiner. Verkyget ger möjlighet att alla ska ha möjlighet att enkelt och lättillgängligt kunna ta del av rutinerna. Vidare arbetar vi aktivt med det digitala signeringssystemet APPVA där man nu även kan registrera insatser ordinerade av rehab. ”Att göra listan” i Vodok har också tagits i bruk, för att öka säkerheten med kontinuitet och uppföljning av hälso- och sjukvårdsinsatser oberoende av vilken sjuksköterska som är i tjänst. För ökad säkerhet och spårbarhet gällande läkemedel har digitala läkemedelsskåp installerats i varje lägenhet samt till läkemedelsrum.

Kulltorps vård- och omsorgsboende har under 2023 öppnat ytterligare 14 demensplatser och ökat sitt hälso- och sjukvårdsteam med två heltidsanställda sjuksköterskor, en heltidsanställd sjukgymnast och en heltidsanställd arbetsterapeut. Enheten har också fått en bra kontinuitet med stadigvarande vikarier att anlita vid semestrar samt sjukfrånvaro.

Tillsammans med förvaltningens utvecklingsenhet har enheten aktivt arbetat med att öka kunskap och kvalitet för samtliga personalkategorier för att förbättra patientsäkerheten.

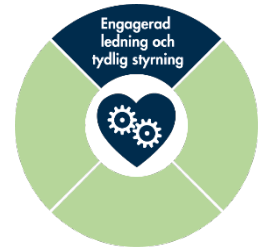
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

En trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

- Genomföra riskbedömningar utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktionsbedömning och trycksår samt registrera i nationella kvalitetsregister.
- Teammöte hålls regelbundet där det tvärprofessionella teamet deltar.
- Egenkontroll av HSL dokumentation genomförs enligt mall två ggr per år samt analysera och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månatligen så att samtliga journaler kontrolleras årligen.
- Kunskapstest vid delegering, uppföljning av delegering enligt rutin samt egenkontroll månadsvis.
- Kvalitetsråd hålls regelbundet.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- Narkotikakontroller enligt rutin.
- Resultat av egenkontroller samt avvikelser gällande hälso- och sjukvård analyseras och åtgärder vidtas enligt strukturerad modell samt följs upp på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Årlig uppföljning av hälso- och sjukvården görs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljning.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med dietist.
- Bevarar och utvecklar kompetensen hos personal genom deltagande i nätverksträffar och utbildningar, t.ex. dokumentation, handledning, SBAR och NEWS, mat och måltider.
- Infektionsregistrering kvartalsvis.
- Ibruktagna av den elektroniska kalendern ”Att göra-listan” i journalsystemet Vodok 2.0.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Enhetschef har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschefen har gett uppdrag till biträdande enhetschef att fullgöra utredning, analys, åtgärd och uppföljning av händelse, utföra loggkontroller i Vodok, följa upp narkotikakontroll, följa upp funktionskontroll MTP samt enskilda ledningsuppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller omvårdnadspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig vårdskada eller lett till allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

På Kulltorps vård- och omsorgsboende finns legitimerad sjuksköterska i verksamheten dygnet runt. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut finns tillgängliga vardagar.

Omvårdnadspersonal som via delegeringar utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg enligt sina behov.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- Södermalms Stadsdelsförvaltning har samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden, som förser verksamheten med en läkare och som ansvarar för den medicinska vården. Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- Verksamheten samarbetar med Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshandling en gång per år. Detta för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs kring läkemedelshandling.

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård erbjuder och genomför enligt avtal årliga munhälsobedömningar.
- Vårdhygien kontaktas i form av konsultation när behov uppstår, t.ex. vid svåra utbrott av vinterkräksjuka eller vid frågor kring multiresistenta bakterier. Vårdhygien bistår även med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna.
- Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- Samverkan sker med Södermalms stadsdelsförvaltnings dietister för att förebygga undernäring och säkerställa ett gott näringsinnehåll och fördelning av energi över dygnet.
- Säker dokumentation: kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar MAS vid uppföljningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation. Vi har även stöd från vårdpedagog och språklärare från utvecklingsenheten.
- Samverkansmöte med hemrehab Södermalm. För att förbättra en smidig hemgång från korttidsboende.
- Samverkan med stadsdelens äldreкурator i syfte att förebygga psykisk ohälsa.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

- Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av bitr. enhetschef enligt riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk.
- Loggkontroller avseende läsbehörighet i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månatligen av MAS, som sammanställer och analyserar samt återkopplar till verksamhet vid behov.
- Medarbetarna genomför årligen en informations- och datasäkerhetsutbildning.

En god säkerhetskultur

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

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Enhetschef samarbetar och tar hjälp av MAS och MAR för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheten genom att:

- Ta del av avvikelser i Vodok för analys och förbättring
- Regelbunden dialog om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- Får stöd vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas



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.

- Utbildning kring basal fotvård till omvårdnadspersonal av det företag som enligt avtal ansvarar för medicinsk fotvård på Södermalm.
- Utbildning kring arbetsledning för sjuksköterskor.
- Via verksamhetsnära utbildningar av utvecklingsenhetens vårdpedagog har omvårdnadspersonal fått ta del av ökad kunskap kring basal hygien, demens, strukturerad rapport genom SBAR och vitala parametrar NEWS.
- Utbildning kring munvård till omvårdnadspersonal och sjuksköterskor av det företag som enligt avtal ansvarar för munhälsobedömningar på Södermalm.
- Utvecklingsenhetens dietist har varit i verksamheten och handlett både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal kring nutritionsområdet.
- Kunskapskväll kring palliativ vård för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.
- Rehab deltagit i förflytningsutbildning under hösten, för att kunna handleda omvårdnadspersonal i förflyttningar.
- Utbildningstillfälle för sjuksköterskorna om behandlande madrasser.
- BPSD-administratörer har utbildats, både sjuksköterskor och undersköterskor.



Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

- Verksamheten erbjuder patienter, och vid samtycke från patienten även närstående, att delta vid vårdplanering i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en gång per år eller vid behov.
- Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.
- I samband med avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.
- MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens vård- och omsorgsboenden. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd och mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för att hälso- och sjukvård inhämtas med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

- Medarbetare rapporterar medicinskt avvikande händelser.
- Den som upptäcker en avvikande händelse rapporterar detta på avsedd blankett och lämnar till tjänstgörande sjuksköterska som gör en första bedömning om vidare och/eller omedelbara åtgärder krävs. Om det är hälso- och sjukvårdsvårdspersonal som uppmärksammar avvikande händelse lägger denne in händelsen direkt i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet Vodok 2.0.
- Sjuksköterska dokumenterar i journal, utreder händelse, dokumenterar och antecknar åtgärd.
- Utifrån det underlag som blanketten utgör registreras händelsen i avvikelsemodulen i Vodok av sjuksköterska och blir då tillgänglig för enhetschef, bitr. enhetschef, MAS och MAR.
- Bitr. enhetschef med HSL uppdrag granskar och godkänner åtgärder på inkomna händelser kontinuerligt. Händelserna följs upp och diskuteras på våningsmöten, HS-möten samt kvalitetsråd.
- Rapporterade händelser återkopplas till berörd omvårdnadspersonal enskilt eller i grupp på rapporter eller våningsmöten.
- Åtgärder som kräver förändringar i arbetssätt dokumenteras och går igenom med aktuell arbetsgrupp.
- Upprepade händelser diskuteras på kvalitetsråd där sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, omvårdnadspersonal samt bitr. enhetschef deltar.
- Åtgärder dokumenteras i journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

Läkemedelshantering

Under hösten 2022 implementerades det digitala signeringsverktyget Appva och år 2023 har verksamheten arbetat med ständig förbättring kring läkemedelshantering.

Mål: En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Att signeringen av administrerat läkemedel i Appva når 95% och att det signeras i tid når 80%

Resultat: Resultatet visar att läkemedelshantering i huvudsak fungerar. Identifierade förbättringsområden handlar främst om uteblivna signeringar vid given dos eller utebliven dos. Att man måste göra förbättringar i att dagligen följa upp de uteblivna signeringarna. Resultatet visar att där det förekommer avvikelser oftast handlar om att man inte signerat inom den fastställda tiden.

Apoteket AB har tillsammans med MAS och bitr. enhetschef genomfört årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Resultatet dokumenteras i ett protokoll med förslag på förbättringsområden. Förbättringsområden under 2023 var uppföljning av delegeringar, att delegerad personal ska kontrollera läkemedel mot läkemedelslista vid administrering av läkemedel samt att man i det digitala signeringsverktyget ska använda både det läkemedelsnamn som finns i läkarens ordination och det utbytta, likvärdiga läkemedel som expedierats från apoteket.

Analys av resultat: För läkemedelshanteringen finns tydliga och fungerande rutiner som personalen till största del följer. Egenkontroller genomförs och vid behov vidtas åtgärder. Kontinuerlig utbildning och uppföljning av läkemedelshandling är viktig för att processen ska fungera.

Åtgärd: För ökad spårbarhet har man under hösten 2023 installerat nya digitala läkemedelsskåp där alla med delegering har en individuell tag för användning av läkemedelsskåp. Under år 2024 fortsätter arbetet med utbildning och uppföljning av läkemedelshandling. Sjuksköterskor får utbildning av apoteket inför implementering av nytt delegeringsunderlag för omvårdnadspersonal. Kvalitetsgranskning av apoteket görs årligen. Fortsatt arbete med att rätt läkemedel ges i rätt tid och att signeringen görs direkt efteråt.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok. Granska och analysera enhetens egenkontroller av läkemedelshandling.

Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa

Mål: Alla patienter som samtycker skall riskbedömas. Patienter med identifierad risk ska ha en upprättad hälsoplan med insatser för prevention eller behandling.

Resultat: PPM mätning har gjorts två gånger under året. Enheten har svarat på frågor gällande riskbedömningar och hur stor andel av de som visat på risk som hade åtgärder kopplade till hälsoplaner. Av mätningen framgår att tydlig förbättring av både utförda riskbedömningar samt kopplade hälsoplaner för de patienter som visar på risk.

Analys av resultat: Enheten har under 2023 inkommit med fullständig statistik, vilket visar på ett gott resultat med riktade insatser. Enheten har under året fått flera fastanställda sjuksköterskor och förbättrad kontinuitet för omvårdnadsansvarig sjuksköterska, vilket har lett till en förbättring kring riskbedömningar och kontinuerligt arbete med hälsoplaner.

Åtgärder: Fortsatt samarbete och uppföljning inom teamet. Vi pratar om goda exempel och stöttar varandra i teamet.

Uppföljning av åtgärd: Regelbunden återkoppling och fortbildning kring riskbedömningar och öppenhet kring hur man upplever följsamhet kring riskbedömning och hälsoplaner kopplade till dessa.

Blåsdysfunktion

Mål: Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktion och vid behov också en utredning.

Resultat: 76 % har en aktuell bedömning i Vodok.

Analys av resultat: Det är få sjuksköterskor som har den formella kompetensen kring förskrivning av inkontinenshjälpmedel. De flesta sjuksköterskor har den reella kompetensen som bedömts bitr. enhetschef. Det innebär att den formella kompetensen saknas.

Åtgärd: Öka kompetensen hos sjuksköterskor genom utbildning och föreläsningar inom området. Fler sjuksköterskor behöver utbildas genom högskoleutbildning Inkontinensvård. Vi kan utveckla inkontinensvården i samverkan inom Södermalm, men vi behöver också följa upp förskrivningar och hitta goda exempel.

Uppföljning av åtgärder: Enheten arbetar aktivt med uppföljning av resultaten efter PPM mätningarna.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder används återhållsamt och då det används ska dokumentationen vara tydlig.

Resultat: 60 % har beslut om någon form av skyddsåtgärd. 80 % har ett dokumenterat samtycke i sin journal och en hälsoplan kopplad till beslut av skyddsåtgärd.

Analys av resultat: Beslut att använda individuella larm och grind till vårdsäng är vanligast förekommande. Användningen av skyddsåtgärder kan utgöra en begränsning för den enskilde, vilket behöver kvalitetssäkras och nollvision ska eftersträvas.

Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner, vilket är ständigt pågående arbete på enheten.

Åtgärd: Öka kunskapen om skyddsåtgärder och uppföljning samt hur beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras och även kopplat samtycke. Säkerställa att enheten inlämnar statistik. Vid alla former av teamarbete, ska området skyddsåtgärder beaktas kring den enskilde patienten.

Legitimerad personal har under året haft informationstillfälle om skyddsåtgärder, för att öka kunskap om skyddsåtgärder, dokumentation och samtycke.

Omvårdnadspersonal gör årligen webb-utbildningen Nollvision, för att även öka deras kunskaper och förståelser.

Uppföljning av åtgärd: PPM mätning görs 2 gånger/år. Kontinuerlig uppföljning vid förändringar, teammöten och vårdplaneringar.

Senior Alert

I Senior Alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton), fall (Downton Fall Risk Index), Nicola (blåsdysfunktion) samt ROAG (munstatusbedömning)

Mål: enheten ska aktivt registrera samtliga patienter i registret.

Resultat: Utgående från statistik i registret har Kulltorp 84 % registrerade i Senior Alert.

Analys av resultat: Registreringen av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert är ett fortsatt område som behöver utvecklas på enheten.

Åtgärd: Utbildning och uppföljning av Senior Alert. Jobba aktivt med den arbetsprocess som finns på Södermalm. När man använder kvalitetsregistret Senior Alert får man också hjälp att utforma åtgärder samt hitta bakomliggande orsaker.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning kontinuerligt under året. Inplanerade teamsmöten varje termin där man implementerar arbetssättet att uppdatera Senior Alert i samband med teamsmöte.

Funktionsbedömning ADL

Mål: Att alla som flyttar in på vård- och omsorgsboende får en bedömning avseende ADL-förmåga inom 14 dagar.

Resultat: 2023 ökade andelen gjorda ADL inom 14 dagar. År 2022 visade resultatet endast på 76 %. Årets resultat visar på 100 %, även inräknat växelvårdspatienterna.

Analys av resultat: Under året har enheten haft två fastanställda arbetsterapeuter, vilket har lett till en förbättrad kontinuitet gällande både vård- och omsorgsboendeplatserna samt korttidsboendet. Ett ökat resultat visar att rutinen för bedömning följs vid inflytt och uppföljning görs.

Åtgärd: Säkerställa att hela teamet arbetar utgående från den gjorda ADL-bedömningen. Tydlig dialog mellan omvårdnadspersonal och arbetsterapeut, exempelvis vid rapport, våningsmöte eller teammöte.

Uppföljning av åtgärd: Årlig statistik från journalsystemet Vodok 2.0.

Riskbedömning (statistik från Vodok)

Mål: De äldre som bor på vård- och omsorgsboende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. 90 % av alla patienter har riskbedömningar, i de fall de inte har tackat nej. Riskbedömning görs gemensamt i teamet.

De bedömningsinstrument som används är:

- Downton Fall Risk Index – för att värdera risk för fall
- MNA (Mini Nutritional Assessment) – för att mäta näringsstatus

- Norton – för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) – munstatus
- Nikola – Riskbedömning för urininkontinens

Resultat: Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsa och inkontinens ligger på en nivå runt 95 %.

Kvalitetsindikatorn anges i procent och är beräknande på antal boende/antalet journaler per helår på enheten.

Analys av resultat: En markant ökning gällande antalet gjorda riskbedömningar på Kulltorp. Orsak tros vara en bättre kontinuitet både gällande fastanställda sjuksköterskor samt timvikarier som regelbundet jobbar på enheten. Tydliga rutiner i och med revideringen av alla HSL-rutiner som samtidigt blev mer kända p.g.a. arbetet med rutinerna. Ett utökat teamarbete där både kunskap och förståelse för riskbedömningar och kopplade hälsoplaner har lyfts fram.

Åtgärd: Enheten följer upp riskbedömningar kontinuerligt under året och ett arbete med att implementera riskbedömningar i samband med teammöte pågår. Utbildning och information om riskbedömningar vid introduktion. Uppföljning vid teammöten och kvalitetsråd.

Uppföljning av åtgärd: PPM mätning två gånger/år samt aktivt arbete under året.

Palliativa registret – Vård i livets slutskede

Mål: att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för palliativ vård. Att enheten registrerar samtliga dödsfall på enheten i Svenska palliativregistret och använder resultatet i sitt systematiska kvalitetsarbete.

Resultat: Resultatet visar utvecklingsbehov kring vårdplan, brytpunktsamtal, ordinerad smärt- och oroslindrande, smärtskattning och munbedömning. Under året har samtliga dödsfall på enheten registrerats.

Analys av resultat: Under året har antalet registrerade dödsfall ökat. Vi ser fortsättningsvis ett ökat behov av information från hela teamet samt ett förbättrat arbete kring närstående-enkäten. Teamet behöver fortsatt utbildning och stöd kring de utvecklingsbehov som finns från registret.

Åtgärd: Fortsatt utbildning och fortbildning via Palliativt kunskapscentrum. Under året har fler palliativa ombud utbildats, för att förbättra den palliativa vården och även förhållningssättet till döden och efter döden. Enheten har påbörjat arbetet med ”Dö bra”-kortet för att samtala kring döden. En kontinuitet gällande fastanställda sjuksköterskor samt vikarier har ökat trygghet kring den palliativa vården. I samarbete med Familjeläkarna även gå igenom dödsfall med sjuksköterskan.

Uppföljning av åtgärd: Görs regelbundet på HS-möten. Statistik används inom enheten.

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.



Avvikelsehantering är en del av enhetens strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att öka kompetensen och förståelsen hos all personal för att förbättra rapporteringen av avvikelser. För att nå ökad rapportering och utveckling behöver enheten fortsätta att arbeta med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med enheten.

Registrerade avvikelser

Mål: Enheten rapporterar, analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och för enheten.

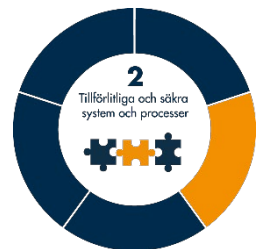
Resultat: Enheten har under året genomfört två internutredningar vid misstanke om vårdskada gällande fall och läkemedelsavvikelse. Internutredningarna har enligt MAS och MAR inte bedömts som aktuella för Lex Maria, men har genererat i fortbildning för HSL-teamet. Registrerade avvikelse har under 2023 ökat markant.

Analys av resultat: Antalet registrerade avvikelser bedöms bero på ökad kunskap om när avvikelser dokumenteras samt att tröskeln för att våga skriva en avvikelse på händelse, inte på person, har minskat. Under året har det ökade antalet registrerade avvikelser lett till att enheten kunnat korrigera eventuella risker i tidigt skede, innan någon form av skada har uppstått.

Åtgärd: Processen för avvikelsehanteringen är känd inom enheten. Ett öppet klimat på enheten gällande avvikelser, vi utreder händelser för att minska risken för att något blir fel.

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.



Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genomfördes i verksamheten under år 2022 med hjälp av verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). 2023 har man på enheten aktivt arbetat med implementeringen av de rutiner som saknades. Uppföljningen omfattade frågor som rörde både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling vid bland annat risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljningen deltog chefer och legitimerad personal.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen ska spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård ska dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året. MAS och MAR genomför stickprovskontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår, att den enskildes önskemål framgår.

Resultat: Brister som ses är att man inte systematiskt dokumenterar i kartlagt hälsotillstånd eller dokumenterar uppföljningar och utvärderingar.

Analys av resultat: Brister i dokumentationen bedöms som ett behov av ökad kunskap och följsamhet till journalsystemet. Nyanställda behöver mer stöd och uppföljning kring dokumentation. Även tidsbrist nämns som en av orsakerna. Förbättringsarbetet kring dokumentationen har under året gett resultat och påvisar bättre resultat i journalgranskningen under hösten.

Åtgärd: Kollegialt stöd mellan legitimerad personal är en tillgång och som har ökat på enheten. Regelbundna utbildningar under året.

Uppföljning av åtgärder: kollegial journalgranskning två gånger/år.

Munhälsobedömning

Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

Mål: Fortsätta erbjuda munhälsobedömning och att alla som tackar ja får en bedömning.

Resultat: Munhälsobedömningar på de som blivit erbjudna och tackat ja är genomförda.

Analys av resultat: Under 2023 gör enheten bedömningen att pandemin inte har påverkat munhälsobedömningen eller tandvård.

Åtgärd: Enheten fortsätter boka munhälsobedömningar med tandvårdsenheten enligt behov.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Inför årets semesterperioder har riskanalyser samt åtgärder för att säkerställa väsentliga processer. Riskanalyserna visade en viss oro för bemanning vid sjukdom, främst bland sjuksköterskor men även

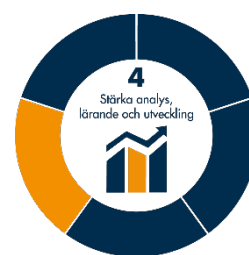


arbetsterapeut och fysioterapeut. Analys efter semesterperiod visar att det ändå fungerat tillfredställande, även om arbetsbelastningen tidvis varit hög. Bedömningen har varit att patientsäkerheten inte varit äventyrad, eftersom antalet fastanställda sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter varit fler än tidigare år. Detta har medfört att antalet inhyrda varit mindre. Läkarsatserna från läkarorganisationen under semesterperioden har fungerat bra, även om kontinuitet bland vikarier varit försämrad p.g.a. sjukfrånvaro. Trots detta funnits ett bra samarbete och tillgänglighet.

Riskbedömning och handlingsplan gällande krisberedskap har tagits fram för att förbereda enheten för t.ex. ett långvarigt driftstopp, elavbrott, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av enhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

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

Under året har över 250 avvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok. Enheten ser detta som ett sunt arbetssätt och ett öppet klimat gällande rapportering av avvikelser. Enheten ser ett behov av att ytterligare arbeta mer följsamt kring avvikelseprocessen, för att lättare kunna få en tydlig bild av avvikelserna.

Läkemedelshantering

Enheten har en lokalt anpassad rutin för läkemedelshantering. Rutinen är gjord efter en mall som är gjord av stadens MAS MAR nätverk.

Delegeringar för läkemedelsadministrering är tydlig och verksamhetsnära

Medicintekniska produkter (MTP)

Under 2023 har enheten arbetat fram en lokalt anpassad rutin för MTP. Enheten har lagt in samtliga produkter i en Excel-fil, för att arbeta med att säkra spårbarheten. Lyftselarna har gallrats noga och många nya inköp har genomförts.

Egenkontroller

Basal hygien

I PPM basal hygien under hösten 2023 utfördes observationen av extern observatör. Att använda en extern observatör medför en större tillförlitlighet samt genomgående likvärdig observation.

Användningen av resultatet från PPM mätningarna ger utgångsläge för fortsatt arbete kring basal hygien.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten dokumenteras systematiskt samt diarieförs. Inkomna klagomål och synpunkter under år 2023 har främst handlat om kommunikation, bemötande och respekt.

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.



Efter arbetet under pandemin har vi idag utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt och säkerställa informationsflödet. Att kontinuerligt genomföra riskbedömningar, ta fram handlingsplaner och åtgärder är ett väl implementerat arbetssätt inom enheten. Vårt arbetssätt idag har lett till en förbättrad beredskap och ett ökat risktänkande.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Att öka kvaliteten och utveckla hälso- och sjukvården:

- Utveckla hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
Strategi: Fortsätta det arbete som påbörjats. Tydlig introduktion vid nyanställning. HSL-personal kommer även i fortsättningen få individuell- och gruppanpassad utbildning i dokumentation.
- Öka andelen registrerade avvikelser.
Strategi: Fortsätta utvecklandet av hanteringen av händelser. Tillåtande arbetsklimat gällande avvikelser, att vi registrerar händelser för att undvika liknande händelser i framtiden.
- Öka frekvensen av kartlagt hälsotillstånd utifrån patientens delaktighet.
Strategi: Regelbundna teammöten som hålls i den tvärprofessionella gruppen där patientens delaktighet framkommer.
- Öka registrering i kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret.
Strategi: Regelbundna teammöten där varje yrkesprofession deltar med sin spetskompetens.
- Utbilda fler palliativa ombud och införa reflektionsstunder utgående palliativa registret.
- Implementering av BPSD-registrering på demensvåningarna.
- Nätverksträffar för sjuksköterskor och rehab fortsätter
- Införa kompetensstegar för alla yrkeskategorier
- Utveckla det tvärprofessionella arbetet genom regelbundna teammöten där HSL-personal och omvårdnadspersonal deltar med patienten i fokus.
- Införa nytt delegeringsunderlag från Apoteket AB under 2024.

**Patientsäkerhetsberättelse
för Södermalms stadsdelsnämnd
verksamhet:
Nytorggårdens vård och omsorgsboende
År 2023**



Datum: 240207
Ansvarig för innehållet bitr Enhetschef Aida Jurakic
Diarienummer

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	69
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	70
Engagerad ledning och tydlig styrning	70
<i>Övergripande mål och strategier</i>	70
<i>Organisation och ansvar</i>	
Samverkan för att förebygga vårdskador	71
Informationssäkerhet	72
En god säkerhetskultur	72
Adekvat kunskap och kompetens	73
Patienten som medskapare	73
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	74
Öka kunskap om inträffade vårdskador	79
Tillförlitliga och säkra system och processer	79
Säker vård här och nu	80
<i>Riskhantering</i>	80
Stärka analys, lärande och utveckling	81
<i>Avvikelse</i>	81
<i>Klagomål och synpunkter</i>	82
Öka riskmedvetenhet och beredskap	82
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	82
BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.	
.....	126

SAMMANFATTNING

Det gångna året har påverkats av covid-19 och andra virus men inte i den omfattningen som tidigare. Vi ser en snabbare återhämtning och mindre smittspridning. Vi har arbetat med uppdatera och följa basala hygienrutiner samt följt de nationella riktlinjerna som regelbundet uppdaterats.

Ledningsgruppen har arbetat med att skapa likställighet mellan alla fyra verksamheter, där det personal som arbetar emellan boende samt våra äldre ska få samma utbud av aktiviteter, samma rutiner för personal och samt samma goda kvalitet av vården och omsorgen.

Vi har arbetat med digitalisering av våra rutiner i verktyget, där all personal kommer åt alla rutiner som ständigt hålls uppdaterade. Sjuksköterskorna har börjat använda att-göra listan i Vodok som ännu ett led i digitaliseringsarbetet och kvalitetssäkringen.

Vi har haft ett nära samarbete med utvecklingsenheten som har bistått med sin kompetens i det verksamhetsnära arbetet för både sjuksköterskor och undersköterskor med ett nära samarbete med biträdande chef. Arbetet kommer även försätta under 2024 med att samverka för att höja kvaliteten och kompetensen för Nytorpgårdens vård-och omsorgsboende.

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 §

En trygg och säker hälso-och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

- Genomföra egenkontroll av HSL dokumentation enligt mall en gång per månad samt utföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Kunskapstest vid delegering, uppföljning av delegeringar enligt rutin samt egenkontroll månadsvis.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månadsvis så att samtliga journaler kontrolleras årligen.
- Riskbedömningar genomförs utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktions bedömningen och trycksår och registreras i nationella kvalitetsregister Senior alert.
- Alla boende registreras i BPSD-registret och följs upp regelbundet.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- Teammöten hålls i det tvärprofessionella teamet regelbundet.
- Kvalitetsråd hålls regelbundet.
- Narkotikakontroller enligt rutin.
- Strukturerat genomföra analys och åtgärder utifrån resultat av egenkontroller och avvikelser gällande hälsosjukvård på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Kompetensen hos personal upprätthålls genom deltagande i nätverksträffar och utbildningar för t.ex., dokumentation, handledning och mat och måltider.
- Årlig uppföljning av hälsosjukvården genomförs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljningar.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med dietist.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40)

har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Verksamhetschef har gett uppdrag till biträdande enhetschef att fullgöra utredning, analys, åtgärd och uppföljning av händelser, utföra loggkontroller i Vodok, se till att narkotika kontroll utförts, att funktionskontroll MTP utfört samt enskilda ledningsuppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar namngiven patrullverksamhet med avtal för hälso- och sjukvården. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- Södermalms Stadsförvaltning har samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden, som förser verksamheten med en läkare och som ansvarar för den medicinska vården. Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång
- Verksamheten samarbetar med Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering en gång per år. Detta för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs kring läkemedelshantering.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård erbjuder och genomför enligt avtal årliga munhälsobedömningar
- Vårdhygien kontaktas i form av konsultation när behov uppstår vid behov t.ex. vid svåra utbrott av vinterkräksjuka eller vid frågor runt multiresistenta bakterier. Vårdhygien bistår även med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna
- Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- Samverkan sker med Södermalm stadsdelsförvaltnings dietist för att förebygga undernäring och säkerställa ett gott näringsinnehåll och fördelning av energi över dygnet.

- Säker dokumentation: kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar med MAS vid uppföljningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation. Vi har även till vår hjälp Vårdpedagog och språklärare från utvecklingsenheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

- Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av bitr. verksamhetschef enligt framtagen riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk.
- Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.
- Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av samtliga system som hälso- och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud.

En god säkerhetskultur

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

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Biträdande chef samarbetar och tar hjälp av MAS och MAR för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- Ta del av och utreder avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder.
- Regelbunden dialog om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok på HSL-möte samt kvalitetsråd.
- Följer upp att åtgärder har vidtagits och fungerar.

Utrymme för lärande och reflektion skapas på planmöte och teammöten, där utvärdering av insatta åtgärder görs tillsammans med baspersonal, sjuksköterska och paramedicinärer.



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.

- Utbildning kring basal fotvård till omvårdnadspersonal på egen regi av det företaget som Södermalm har avtal med för medicinsk fotvård.
- Utbildning i dysfagi och sväljsvårigheter.



- Utbildning kring arbetsledning för sjuksköterskor.
- Utbildning i basal hygien har varit pågående under ledning av Vårdpedagog.
- I den uppsökande verksamhetens uppdrag från Regionen ingår det att utbilda personalen i munvård.
- Södermalm har utökat med en dietist som arbetar med patientnära arbetet inom egen regi. Dietisten interagerar dagligen med omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonalen kring patienter men också utbildning/kunskapsspridning. Dietist och dokumentationsstödjare har haft utbildning med sjuksköterskor om nutrition och dokumentation.
- För att få en ökad kunskap om åtgärder inom nutritionsområdet och använda den kunskap vid utformningen av hälsoplaner höll dietist och dokumentationshandledare utbildning för legitimerad personal.
- Bemanningen anpassas och planeras efter vårdtyngd i samråd med sjuksköterska.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

- Verksamheten erbjuder patienter, och vid samtycke från patienten även närstående, att delta vid vårdplanering i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en gång per år eller vid behov.
- Patienter är delaktiga i utformandet av sin vård och omsorg genom upprättande av genomförandeplan i den mån det är möjligt.
- Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.
- I samband med att en avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.
- MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården.
- Synpunkter och klagomål hanteras skyndsamt och återkopplas till vederbörande samt används i verksamhetens utvecklingsarbete.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

- Samtliga medarbetare rapporterar medicinskt avvikande händelser.
- Den som upptäcker en avvikande händelser rapporterar detta på avsedd blankett och lämnar till tjänstgörande sjuksköterska som gör en första bedömning om vidare och/eller omedelbara åtgärder krävs. Om det är hälso- sjukvårdspersonal som uppmärksammar en avvikande händelse lägger denne in händelsen direkt i avvikelsemodulen Vodok.
- Sjuksköterska dokumenterar i journal, utreder händelsen, dokumenterar och antecknar åtgärd på avsedd blankett.
- Utifrån det underlag som blanketten utgör registreras avvikelsen sedan i avvikelsemodulen av i dokumentationssystemet Vodok 2.0 av sjuksköterska och blir på så sätt tillgänglig för verksamhetschef, bitr. enhetschef, MAS och MAR.
- Bitr. enhetschef med HSL uppdrag granskar och godkänner åtgärder på inkomna händelser/avvikelser varje månad, detta görs i samråd med personalgruppen på kvalitetsråd.
- Rapporterade avvikelser återkopplas till berörd omvårdnadspersonal enskilt eller i grupp på rapporter eller våningsmöten.
- Åtgärder som kräver förändringar i arbetssätt dokumenteras avvikelssystemet och gås igenom med aktuell arbetsgrupp.
- Upprepade fall diskuteras på kvalitetsråd och teammöten där sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, baspersonal och bitr. enhetschefer deltar.
- Åtgärder dokumenteras i journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

LÄKEMEDELSHANTERING

Digital signering via Appva.

Mål: En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Att signeringarna av administrerat läkemedel i Appva når 95% och att det signeras i tid når 80%.

Resultat: Resultatet visar att läkemedelshantering i huvudsak fungerar. Identifierade förbättringsområden handlar främst om uteblivna signeringar vid given dos eller utebliven dos. De uteblivna signeringarna följs dagligen upp av sjuksköterska och biträdande chef. Resultatet visar att där det inte signeras handlar det oftast om att man inte signerat inom den fastställda tiden. Uppföljning sker av sjuksköterska och biträdande chef vid varje utebliven signering.

Apoteket AB har tillsammans med MAS och ansvarig chef i verksamheterna genomfört årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Resultatet dokumenteras i ett protokoll per verksamhet med förslag på förbättringsområden. De förbättringsområden som till stor del är gemensamt för alla verksamheter är att säkerställa av spårbarhet av läkemedel, i hela processen från att läkemedel kommer till verksamheten till att patienten intar sitt läkemedel och att delegerad personalen alltid tittar läkemedelslistan vid administrering av läkemedel. Under 2023 infördes också digitala lås på läkemedelsskåpen som kvalitetssäkrar ytterligare genom spårbarhet. Det är inte längre möjligt att komma in i läkemedelsskåpen utan giltig delegering.

Analys av resultat: Analysen visar att läkemedelshanteringen fungerar bra, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner som personalen till största del följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Det visar sig att utbildning och uppföljningar i läkemedelshantering har varit viktig insats för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra.

Åtgärd: Under 2024 kommer delegeringsutbildningarna göras via Apoteket. Det ställer högre krav på kunskap bland omvårdnadspersonal och kommer också kräva mer utbildningsinsatser. Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och baspersonal. Följa upp resultat med fokus på att personalen ska signera direkt efter given dos i Appva. Att årligen genomföra kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga verksamheter med avtalat Apotek.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok. Återföra åtgärder och kunskaper till verksamheten regelbundet genom planmöten, kvalitetsråd och teammöten. Ledningen är delaktig i uppföljningar och kvalitetsgranskningar och följer upp om vidtagna åtgärder fungerar.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker

Vi har inte identifierat några allvarliga risker för vårdskador. Vanligaste avvikelserna är fall vid egen förflyttning. Personer som faller ofta diskuteras regelbundet i teamet för att kunna ta fram förebyggande åtgärder. Alla boende är registrerade i Senior Alert och BPSD registret som det jobbas regelbundet med.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vi arbetar med att ständigt förbättra kunskapen och medvetandet om basala hygienrutiner och klädregler.

Baspersonal har utbildning i psykisk hälsa. Vid misstanke om suicidal genomförs en riskbedömning och kontakt med läkare. Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)

Uppföljningarna genomfördes under hösten 2023. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.



UPPFÖLJNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KVALITET, QUSTA

Mål: Verksamheterna skall ha väl förankrade lokal rutiner och arbetssätt som är väl kända bland alla personalgrupper.

Resultat: Analys av resultat: Qusta genomfördes i alla verksamheter. Resultatet framgår tydligt vikten av att jobba med att implementera rutiner och följa upp arbetssätt likställt i verksamheten.

Åtgärd: Stöd till chefer, bla är Qusta ett bra verktyg för dem att använda för att prioritera vilka fokusområden man behöver arbeta med mer fokuserat i verksamheten. Verksamhetsutvecklare hälso- och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som fattas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal, stödjer framtagande av rutiner.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRSDOKUMENTATION

Dokumentationen i hälso och sjukvårdsjournalen skall spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård skall dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regi verksamheterna.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår, att den enskildes önskemål framgår.

Resultat: Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. I en mer tydlig vårdprocess ska målsättning för den planerade och genomförda vården framkomma samt patientens önskemål och delaktighet synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation. Vidare förekommer det flera hälsoplaner till samma patient eller att insatser inte kopplas till rätt hälsoplan.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökad kunskap och följsamhet till journalsystemet samt upplevd tidsbrist.

Åtgärd: Tillgången till stadsdelens dokumentationsstödjare för verksamheternas handledare ökar möjligheterna till en bra introduktion i journalsystemet vilket är en viktig förutsättning till fortsatt utveckling. Dokumentationsstödjaren har regelbundet utbildningar kring kartlagt hälsotillstånd och Hälsoplaner. Även kollegialt stöd mellan legitimerad personal är en tillgång och essentiell.

Uppföljning av åtgärd: verksamheten kommer aktivt arbeta med kollegial journalgranskning.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

Största risken vi ser är även om personalkontinuiteten är god är att få tag i personal med adekvat utbildning och kompetens, då vår nuvarande personal närmar sig pensionsåldern.

RISKBEDÖMNING/SCREENING FALL, TRYCKSÅR, UNDERNÄRING, KONTINENS OCH MUNHÄLSA

Mål: Alla patienter som samtycker skall riskbedömas. Patienter med identifierad risk ska ha en upprättad hälsoplan med insatser för prevention eller behandling.

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheten har svarat på frågor avseende riskbedömningar och hur stor andel av de som visat på risk som hade åtgärder kopplade till hälsoplaner. Av mätningen framgår att det att alla patienter har hälsoplaner vid bedömd risk. Vid trycksår och undernäring finns hälsoplaner i högre grad än vid fall och ohälsa i munnen.

Analys av resultat: riskområdena trycksår och undernäring har en hög andel hälsoplaner kopplade till den identifierade risken. Det är också riskområden som är mer etablerade att arbeta preventivt med generellt. Munhälsa och fall visar en ganska hög andel risk samt en lägre andel kopplade hälsoplaner till. Fall är ett område som man behöver arbeta mer teambaserat med kring hälsoplaner, det kan vara en orsak till att området inte har lika hög grad hälsoplaner kopplade till risken. Munhälsa är ett område som minst av tradition kopplas till hälso- och sjukvård. Inom området munhälsa har man också delaktighet av tandvårdsenhetens uppdrag om årlig munhälsobedömning. Där finns ett utvecklingsområde att mer aktivt jobba tillsammans med tandvårdsenheten och därefter upprätta hälsoplaner.

BLÅSDYSFUNKTION

Mål: Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov också en utredning. Resultat: Resultatet visar att 100 % av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna och att alla fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Toalettsassistent framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel, dock borde åtgärden användas mer frekvent.

SKYDDSÅTGÄRDER

Mål: Att skyddsåtgärder används återhållsamt och då det används ska dokumentationen vara tydlig. Resultat: Resultat av den statistik som presenteras baseras på en PPM-mätning under hösten 2022. Samtliga med skyddsåtgärder följs upp regelbundet på teammöten, varje kvartal.

Analys av resultat: Andelen personer med beslut om skyddsåtgärd ligger på en likvärdig nivå som tidigare år. Beslut att använda individuella larm och grind till vårsäng är vanligast förekommande. Mätningen visar att bälten samt brickbord används i en mycket låg utsträckning vilket är positivt. Användning av skyddsåtgärder kan utgöra en begränsning för den enskilde, vilket behöver kvalitetssäkras och nollvision ska eftersträvas av verksamheterna. Statistiken visar att detta är ett utvecklingsområde. Gällande hälsoplaner så har alla med bedömd risk giltig hälsoplan.

Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner och det behöver verksamheterna fortsätta att förbättra.

Åtgärd: Öka kunskapen om skyddsåtgärder och uppföljning samt hur beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras och därtill kopplat samtycke. Säkerställa att verksamheter inkommer med statistik. Vid alla former av teamarbete, ska området skyddsåtgärder beaktas kring den enskilde patienten.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år. Verksamheten går igenom skyddsåtgärder var tredje månad i teamet med baspersonal, vilket även ses som utbildningstillfälle för personal.

SENIOR ALERT

I Senior Alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index), Nicola (blåsdysfunktion) samt ROAG (munstatusbedömning)

Verksamheterna i egen regi på Södermalm har registrerat i Senior Alert i olika hög grad:

Mål: att verksamheten arbetar aktivt i registret.

Resultat: Av statistik i registret framgår att samtliga patienter är registrerade och de som bedöms ha en risk har en åtgärdsplan.

Fortsätta arbetet med seniora alert och utbilda samt involvera baspersonal.
Uppföljning av åtgärd: Halvårsvis uppföljning med biträdande enhetschef som har hälso- och sjukvårdsansvar

Riskhantering

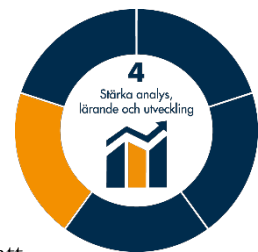
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

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.

Riskhantering sker genom månatlig genomgång på HSL-möte i avvikelssystemet. Efter genomgång tas avvikelserna upp på kvalitetsråd där arbetsätt och förebyggande åtgärder diskuteras. Vid inflytt görs bedömningar om det finns risker i miljön eller annat kring den enskilde.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetsätt utifrån tillgänglig information

Kunskapen kring lex-sarah behöver öka bland baspersonal. Vi jobbar ständigt med att få fler att skriva avvikelser.

Avvikelser

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

På planmöten tas vikten av avvikelse upp som en viktig åtgärd för att förbättra verksamhetens kvalitet och inte skuldbelägga kollegor. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheten fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.

Resultat: Under året har något fler fallavvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok än föregående år. Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har minskat från föregående år.

Analys av resultat: Orsaken till att fallavvikelser har ökat kan vara både ökade registreringar av rapporterade händelser men också att kunskapen har ökat om när avvikelse ska skrivas. Gällande fallavvikelser kan det vara att de som flyttar in på särskilt boende är skörare än tidigare. För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg.

FUNKTIONSBEDÖMNING ADL

Mål: Att alla som flyttar in på särskilt boende får en bedömning avseende ADL förmåga inom 14 dagar. Resultat: Resultatet visar på att samtliga patienter funktionsbedöms inom 14 dagar.

Åtgärd/utveckling: Att arbeta med röda tråden inom detta område, säkerställa att omvårdnadspersonal följer ADL bedömning och att den hålls aktuell genom dialog mellan arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Uppföljning av åtgärd: fortsätta att årligen inhämta statistik från journalsystemet Vodok.

PALLIATIVA REGISTRET- VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Mål: att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sina resultat i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Resultat: Resultatet visar att de parametrar som främst behöver förbättras är smärtskattning och bedömd munhälsa. Antal registrerade på Nytorpgårdens vård och omsorgsboende visar att verksamheterna registrerar alla dödsfall.

Statistik från Svenska Palliativregistret

Åtgärd/utveckling :Använda utbildning och fortbildning via PKC, Palliativt kunskaps centrum. Här finns en mängd föreläsningar både online och på plats att ta del av. Under våren 2023 utbildades fler palliativa ombud inom varje verksamhet, för att underlätta och förbättra den palliativa vården men också förhållningsättet till döden och efter döden. Att använda ”Dö Bra” korten med patienter för samtalet kring döden. Verksamheten kommer att använda sig av specialistundersköterskor inom palliativ vård för att öka kunskapen bland alla medarbetare.

Uppföljning av åtgärd; regelbundet på hälso- och sjukvårdsmöten, att chefer aktivt tar del av Palliativregistrets statistik att användas inom varje verksamhet.

Klagomål och synpunkter

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

Synpunkter och klagomål kommer till verksamhet i form av mail, klagomålsblankett eller telefonsamtal till biträdande chef. Synpunkter och klagomål har varit få till antal och har främst handlat om städning och saker som har försvunnit för den enskilde. Ett klagomål handlade om återkoppling av kontaktpersonal samt synpunkter på kommande ombyggnation. Vid synpunkter och klagomål tas det upp direkt med berörd personal samt hela gruppen på rapport eller planmöte. Kläder som hade kommit bort märktes upp och städningen åtgärdades. En Lex Sarah skriven pga hårdhänt hantering och byte av tröja under tvång. Genomgång på APT och planmöten. Diskussion om händelse samt Lex Sarah.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Vi kommer satsa på att utbilda personal och förstärka teamarbetet. Vidare arbetar vi aktivt med att förbättra kommunikationen och överrapporteringen mellan arbetspass. Utvecklingsenheten kommer vara behjälpliga i kompetenshöjande aktiviteter. Nytt delegeringsprov kommer också att bidra till ökad kunskap och förståelse för läkemedelshantering. Vi kommer fortsätta vårt arbete med BPSD-registret, kvalitetsregister, senior alert mm.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Kommande år kommer vi att vidareutveckla Senior alert, genom utbildning av personal i förebyggande åtgärder. Vi kommer också satsa på att bibehålla vår Silviacertifiering som kvalitetssäkrad demensvård.

Vi kommer också arbeta mer med att öka antalet avvikelser och att förbättringsåtgärder går tillbaka till verksamheten.

Patientsäkerhetsberättelse

för Södermalms stadsdelsnämnd verksamhet: Magdalenagårdens vård och omsorgsboende År 2023



Datum 2024-02-26

Ansvarig för innehållet Anna-Lena Jönsson och Fredrika Bolse, Biträdande enhetschefer Magdalenagården
Diarienummer: SÖD 2024/194

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.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	69
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	70
Engagerad ledning och tydlig styrning	70
<i>Övergripande mål och strategier</i>	70
<i>Organisation och ansvar</i>	71
Samverkan för att förebygga vårdskador	71
Informationssäkerhet	72
En god säkerhetskultur	72
Adekvat kunskap och kompetens	73
Patienten som medskapare	73
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	74
Öka kunskap om inträffade vårdskador	79
Tillförlitliga och säkra system och processer	79
Säker vård här och nu	80
<i>Riskhantering</i>	80
Stärka analys, lärande och utveckling	81
<i>Avvikelse</i>	81
<i>Klagomål och synpunkter</i>	82
Öka riskmedvetenhet och beredskap	82
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	82
BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.	
.....	126

SAMMANFATTNING

Magdalenagården har arbetat med att hålla i och säkerställa att medarbetare har följsamhet till de basala hygienrutinerna och nogsamt följt de aktuella riktlinjerna, som uppdaterats regelbundet. Under året har personal gått utbildning i SBAR och NEWS för att öka kompetens hos omvårdnadspersonalen. All personal har genomgått förflyttningsutbildning och lyft utbildning med fysioterapeut och arbetsterapeut för att säkerställa en god och säker förflyttning. Förutom det har även personal gått utbildning i basal omvårdnad där vårdpedagog haft verksamhetsförlagd utbildning för att ytterligare höja personalens kompetens kring basal omvårdnad så som nutrition, trycksår etc. Munvårdsutbildning har 80% av personalen gått samt workshop kring syn och hörsel. Allt detta är ett led i att höja kompetensen hos omvårdnadspersonalen.

Enheten har under sista kvartalet arbetat med teamsamverkan och teammöten kring den äldre som ytterligare är ett led i att säkra upp vården kring den äldre.

Under hösten har vi infört digitala läkemedelskåp som ett led i en ökat kvalitet och patientsäkerhet. Uppdatering av samtliga lokala hälso-och sjukvårdsrutinerna finns nu på plats lättillgängligt för Hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal bland annat genom Verkytet där verksamhetens rutiner och riktlinjer finns.

Inför 2024 satsar verksamheten tillsammans med övriga vård-och omsorgsboende på införandet av en annan delegeringsmodul från Apoteket. Under året kommer enheten fortsätta arbeta med de verksamhetsförlagda utbildningarna där utvecklingsenhetens medarbetare kommer att bidra med sin kompetens.

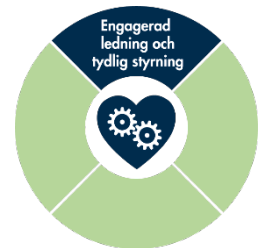
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

En trygg och säker hälso-och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete. På Magdalenagården arbetar enheten efter års hjul och tre månaders intervaller för att säkra upp patientsäkerheten.

- Egenkontroll av Hälso-och sjukvårdsdokumentation sker två gånger per år med efterföljande analys och åtgärder.
- Kunskapstest vid delegering, uppföljning av delegeringar enligt rutin samt egenkontroll månadsvis.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månadsvis.
- Riskbedömningar utifrån validerade bedömningsinstrument gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktionsbedömning ,trycksår och dessa registreras i nationella kvalitetsregister.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan två gånger per år med efterföljande analys och åtgärder med dietist.
- Apoteksgranskning en gång per år med analys och åtgärder.
- Narkotikakontroller utförs varje månad av utsedda sjuksköterskor
- Teammöten hålls i vårt tvärprofessionella team och genomförs varje vecka.
- Kvalitetsråd genomförs varje månad med hela teamet
- Hälso-och sjukvårdsmöten sker en gång/månad med sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut
- Rehabmöten sker varje kvartal med fysioterapeut och arbetsterapeut
- Kostmöten och aktivitetsråd genomförs varje månad
- Samverkansmöte med läkarorganisationen två gånger/år

- Nätverksträffar och verksamhetsförlagda utbildningar för tex, dokumentation, mat och måltider etc.
- Årlig uppföljning av hälsosjukvården genomförs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljningar alt Qusta.
- Analys och åtgärder genomförs utifrån resultatet av egenkontroller gällande hälsosjukvård på kvalitetsråd samt Hälso-och sjukvårdsmöten.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada

Enhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Enhetschef har gett uppdrag till biträdande enhetschef att fullgöra utredning, analys, åtgärd och uppföljning av händelser, utföra loggkontroller i Vodok 2.0, se till att narkotika kontroll utförts, att funktionskontroll MTP utförs samt enskilda ledningsuppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller omvårdnadspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och Medicinskt ansvarig för rehabilitering ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för vårdskada eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Legitimerad sjuksköterska finns på plats i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-19.00, lördag och söndag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården.

Legitimerad fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård-och omsorg utifrån sina behov. Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom. Södermalms Stadsförvaltning har en samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden som förser verksamheten med en läkare och som ansvarar för den medicinska vården. Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.

- Magdalenagårdens vård-och omsorgsboende samarbetar med Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering en gång per år. Detta för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs kring läkemedelshantering.

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård erbjuder och genomför enligt avtal årliga munhälsobedömningar
- Vårdhygien kontaktas i form av konsultation när behov uppstår vid behov tex. vid svåra utbrott av vinterkräksjuka, covid-19 eller vid frågor runt multiresistenta bakterier. Vårdhygien bistår även med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna.
- Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- Samverkan sker med Södermalm stadsdelsförvaltnings dietist för att förebygga undernäring och säkerställa ett gott näringsinnehåll och fördelning av energi över dygnet.
- Säker dokumentation: kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem. Vid behov deltar medicinsk ansvarig sjuksköterska vid uppföljningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vi arbetar med informationssäkerhet genom:

- Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av bitr. enhetschef enligt framtagen riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk.
- Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt genomförs månadsvis av medicinsk ansvarig sjuksköterska, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.
- Både omvårdnadspersonal och hälso-och sjukvårdspersonal har spårbara taggar till läkemedelsskåpen samt SITHS-kort och tjänstekort för en säker spårbarhet.
- Brandsäkra journalskåp med kodlås finns på respektive våning där journaler förvaras.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Biträdande enhetschef samarbetar och tar hjälp av medicinsk ansvarig sjuksköterska och medicinsk ansvarig för rehabilitering för att stödja utvecklingen av patientsäkerheten i verksamheterna genom att:

- ta del av och utreder avvikelser i Vodok 2.0 för analys och förbättringsåtgärder
- regelbunden dialog om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok 2.0
- får stöd vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas
- Har månadsvis kvalitetsråd och hälso-och sjukvårdsmöten där vi tar upp avvikelshantering
- Enheten har även infört månatliga fallronder i team med läkare



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.

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. Detta har vi säkerställt genom:

- Utbildning kring basal fotvård till omvårdnadspersonal utförs av det företag som Södermalm har avtal med för medicinsk fotvård.



- Utbildning i basala hygienrutiner enligt årshjul
- I den uppsökande verksamhetens uppdrag från Region Stockholm ingår det att utbilda personalen i munvård. Grundläggande munvårdsutbildning genomförs varje år.
- Södermalm har tre dietister som arbetar med patientnära arbete. Dietisten interagerar med omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonalen kring patienter, handleder samt har utbildning vid behov.
- Personalen har fått grundläggande utbildning kring syn –och hörsel med stöd från förebyggande enheten
- Utbildningsinsatser av vårdpedagog från utvecklingsenheten har skett kontinuerligt under året. Hon har i samråd med oss skraddarsytt utbildningsinsatser utifrån personalens kunskapsnivå och behov. Det har bland annat varit kring SBAR och NEWS samt basal omvårdnad.
- Utbildning av fysioterapeut och arbetsterapeut årligen i förflyttningskunskap och lyftteknik.
- Personalen har fått utbildning hantering kring Salto, läkemedelskåpen samt hantering av tjänstekort. Vidare har även personalen fått utbildning i digital signering.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten erbjuder patienter, och vid samtycke från patienten även närstående, att delta vid ankomstsamtal och ev. inskrivning samtal i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en gång per år eller vid behov.

- I samband med att en avvikelse, informeras patient och närstående om det inträffade. Synpunkter och klagomål lämnas till biträdande enhetschef som utreder och diarieför ärendet med återkoppling till anmälaren. Synpunkter och klagomål tas upp på kvalitetsråd.
- MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården.
- Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

- MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.
- Samtliga medarbetare rapporterar medicinskt avvikande händelser.
- Den som upptäcker en avvikande händelse rapporterar detta på avsedd blankett och lämnar till tjänstgörande sjuksköterska som gör en första bedömning om vidare och/eller omedelbara åtgärder krävs. Om det är hälso- sjukvårdspersonal som uppmärksammar en avvikande händelse lägger denne in händelsen direkt i avvikelsemodulen Vodok 2.0
- Sjuksköterska dokumenterar i journal, utreder händelsen, dokumenterar och antecknar åtgärd på avsedd blanketten. Utifrån det underlag som blanketten utgör registreras avvikelser sedan i avvikelsemodulen av i dokumentationssystemet Vodok 2.0 av Legitimerad sjuksköterska och blir på så sätt tillgänglig för verksamhetschef, bitr. enhetschef, MAS och MAR.
- Bitr. enhetschef med HSL uppdrag granskar och godkänner åtgärder på inkomna händelser/avvikelse varje månad, detta görs i samråd med personalgruppen på kvalitetsråd.
- Rapporterade avvikelser återkopplas till berörd omvårdnadspersonal enskilt eller i grupp på rapporter eller våningsmöten.
- Åtgärder som kräver förändringar i arbetssätt dokumenteras i avvikelssystemet och diskuteras igenom med aktuell arbetsgrupp.
- Upprepade fall diskuteras på kvalitetsråd där Legitimerad sjuksköterska, Legitimerad sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, omvårdnadspersonal och bitr. enhetschefer deltar. Enheten har även infört fallrond 1g/månad.
- Åtgärder dokumenteras i journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

LÄKEMEDELSHANTERING

Under 2023 har arbetat fortsatt kring den digitala läkemedelssigneringen på enheten där målet är en säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Målet under 2023 var signering i tid 90%. Enheten nådde 89% vilket bedöms som godkänt. Årets resultat visar att läkemedelshantering i huvudsak fungerar. Identifierade förbättringsområden handlar främst om uteblivna signeringar vid given dos eller utebliven dos.

Apoteket AB har tillsammans med Medicinsk ansvarig sjuksköterska och ansvarig chef i verksamheterna genomfört årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Resultatet dokumenteras i ett protokoll.

Analysen visar att läkemedelshanteringen till stor del fungerar bra, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner samt att egenkontroller genomförs.

Utbildning och uppföljningar i läkemedelshantering har varit viktiga insatser för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra. Vi kommer att fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Inför 2024 kommer vi att använda oss av Apotekets läkemedelsdelegering för att ytterligare säkerställa kvaliteten och säkerheten kring läkemedel. Årligen genomförs kvalitetsgranskning av läkemedelshantering med avtalat Apotek. Vi gör regelbunden uppföljning av statistik i Appva samt avvikelser i Vodok2.0. Vi fortsätter att följa upp verksamhetens egenkontroller av läkemedelshantering.

RISKBEDÖMNING/SCREENING FALL, TRYCKSÅR, UNDERNÄRING, KONTINENS OCH MUNHÄLSA

Alla patienter som samtycker skall riskbedömas. Patienter med identifierad risk ska ha en upprättad hälsoplan med insatser för prevention eller behandling.

PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningar och hur stor andel av de som visat på risk som hade åtgärder kopplade till hälsoplaner. Av mätningen framgår att det finns en stor variation i andelen hälsoplaner vid bedömd risk. Vid trycksår och undernäring finns hälsoplaner i högre grad än vid fall och ohälsa i munnen.

Analys av resultat visar på riskområdena trycksår och undernäring har en hög andel hälsoplaner kopplade till den identifierade risken. Det är också riskområden som är mer etablerade att arbeta preventivt med generellt. Munhälsa och fall visar en ganska hög andel risk samt en lägre andel kopplade hälsoplaner till. Fall är ett område som man behöver arbeta mer teambaserat med kring hälsoplaner, det kan vara en orsak till att området inte har lika hög grad hälsoplaner kopplade till risken. Detta har vi på enheten dock arbetat aktivt med det senaste året vilket visat på ökat antal hälsoplaner.

Inom området munhälsa har man delaktighet av tandvårdsenhetens uppdrag om årlig munhälsobedömning. Där finns ett utvecklingsområde att mer aktivt jobba tillsammans med tandvårdsenheten och därefter upprätta hälsoplaner.

En trolig orsak att hälsoplaner inte upprättas i den omfattning som behov finns är kunskapsbrist. Åtgärderna är fortsatt samarbete med dokumentationsstödjare, täta uppföljningar om resultat men också att få stöd från kollegor och andra funktioner inom den egna verksamheten såsom utvecklingsenheten dietist och vårdpedagog. Regelbunden återkoppling och fortbildning kring riskbedömningar och öppenhet kring hur man upplever svårighet till följsamhet kring riskbedömning och hälsoplan om detta. Teamet behöver bli mer involverat och följsamt till detta.

BLÅSDYSFUNKTION

Målet är att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov också en utredning. Resultatet visar att 92% av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna och att alla fått utprovade inkontinenshjälpmedel. Dock har ingen av ssk på Magdalenagården förskrivningsrätt kring detta. 12,5 % behandlas med urinkateter.. Toalettassistans framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel, dock borde åtgärden användas mer frekvent.

SKYDDSSÅTGÄRDER

Målet med skyddsåtgärder är att de används återhållsamt och då det används ska dokumentationen vara tydlig. Resultat av den statistik som presenteras baseras på en PPM-mätning under hösten 2023. Statistiken visar att 80% av samtliga patienter har beslut om skyddsåtgärd. Av dessa är det hela 40% som saknar dokumenterat samtycke. Av de som har beslut om skyddsåtgärd så är det 59% som har en kopplad hälsoplan.

Beslut att använda individuella larm och grind till säng är vanligast förekommande. Mätningen visar att bälten samt brickbord används i en mycket låg utsträckning. Användning av skyddsåtgärder kan utgöra en begränsning för den enskilde, vilket behöver kvalitetssäkras och nollvision ska eftersträvas av verksamheterna. Statistiken visar att detta är ett utvecklingsområde. Gällande hälsoplaner så visar statistiken att verksamheten behöver arbeta ännu mer aktivt med detta för att säkra upp patientsäkerhetsarbetet kring skyddsåtgärder och insatser.

Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet. Genom att öka kunskapen om skyddsåtgärder och uppföljning samt hur beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras och därtill kopplat samtycke är ett utvecklingsområde. Idag dokumenteras det på olika ställen och det är svårt att se vad som gäller kring samtycket, Enheten behöver säkra upp att all hälso-och sjukvårdspersonal vet var de skall dokumentera samtycke etc. Vid alla former av teamarbete, ska området skyddsåtgärder beaktas kring den enskilde patienten.

SENIOR ALERT

I Senior Alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index), Nicola (blåsdysfunktion) samt ROAG (munstatusbedömning) Magdalenagården har 99% antal registrerade i Senior Alert.

Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert fungerar bra på Magdalenagården.

REGISTRERADE AVVIKELSER

Målet är att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten.

Under året har fallavvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok 2.0 och ligger på samma nivå som föregående år. Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har ökat från föregående år.

Gällande läkemedels avvikelser så kan de ökade avvikelserna bero på att enhetens sjuksköterskor är bättre på att rapportera och skriva in de avvikelser som kommer men uppmuntran från chef. En avvikelse kring trycksår har registrerats men den uppkom när patienten var ineliggande på sjukhus.

Som ett led i att förtydliga processen vid avvikelser, så tog MAS och MAR fram en användarvänlig process för avvikelshantering. Det gjordes en för chefsnivå samt en för medarbetare. Som ett led i att använda avvikelserna i förbättringsarbete och därmed arbeta med en öppen patientsäkerhetskultur kommer bland annat MAS, MAR och dokumentationsstödare vara ute i verksamheterna och ha workshops kring avvikelsemodulen. Verksamheterna behöver under sina kvalitetsråd tillsammans se trender och mönster i sina inkomna avvikelser och reflektera över varför det ser ut som det gör inom just den verksamheten. Biträdande enhetschefer uppmuntrar till en tillåtande avvikelsekultur både kring hälso-och sjukvårdsavvikelser samt SOL-avvikelser.

FUNKTIONSBEDÖMNING ADL

Målet är att alla som flyttar in på särskilt boende får en bedömning avseende ADL förmåga inom 14 dagar.

Andelen bedömningar av patienters förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv ligger som tidigare år högt och ger grund för att ge individanpassat stöd och hjälp i vardagen. Det är också ett underlag för beslut om specifika åtgärder som behövs i vardagen för patienten. Resultatet visar att rutiner för bedömningen följs vid inflyttning och följs upp årligen eller vid behov av arbetsterapeut. Fortsatt framåt behöver vi arbeta med röda tråden inom detta område, säkerställa att omvårdnadspersonal följer ADL bedömning och att den hålls aktuell genom dialog mellan arbetsterapeut och omvårdnadspersonal.

RISKBEDÖMNINGAR (STATISTIK FRÅN VODOK)

Målet är att de äldre som bor på särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso- och sjukvården. Att 90% av alla patienter har riskbedömningar, i de fall de inte tackat nej och att bedömningar görs tillsammans i teamet.

De bedömningsinstrument som används är:

- Downton Fall Risk Index -för att värdera risk för fall 100%
- MNA (Mini Nutritional Assessment)- för att mäta näringsstatus 85%
- Norton -för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide)- munstatus 85%
- Nikola- Riskbedömning för urininkontinens 81%

Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsa och inkontinens ligger på en nivå mellan 81-100%.

Kvalitetsindikatorn anges i procent och är beräknade på antal boende/antal journaler per helår.

Fallriskbedömningar ligger på en hög nivå men enheten behöver bli bättre på munhälsa, inkontinens samt MNA. Teamarbetet inte genomförs fullt ut gällande att arbeta med riskbedömningar tillsammans. Verksamheterna uppmuntras att se över riskbedömningar kontinuerligt och därtill kopplade åtgärder vid bland annat teammöten. Under teammöten så går ssk igenom Senior Alert i teamet . Enheten kommer att fortsätta att verka för en tydlig introduktion kring rutiner vid en ex inflytt. Verksamheterna arbetar aktivt med uppföljning av resultaten efter Ppm mätningarna på HSL-möten

PALLIATIVA REGISTRET- VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Målet är att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sina resultat i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Resultatet visar att de parametrar som främst behöver förbättras är smärtskattning och bedömd munhälsa. Magdalenagården registrerar samtliga dödsfall i palliativa registret.

Magdalenagården behöver bli bättre på att arbeta i team kring registrering i det palliativa registret.

Närståendeenkäten uppfattas bland av sjuksköterskor som svår att genomföra..

Under 2024 satsar enheten på palliativa ombud och palliativa insatser/utbildning fa via PKC, Palliativt kunskaps centrum..

Uppföljning regelbundet på hälso- och sjukvårdsmöten.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Beskriv **hur** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.

Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäckta vårdskador i rimlig tid?

Beskriv identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, m.fl.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att öka kompetensen och förståelsen hos all personal för att förbättra rapportering av avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheterna fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. Biträdande enhetschef följer upp och utreder avvikelser samt samarbetar med MAS och MAR..

REGISTRERADE AVVIKELSER

Målet är att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten.

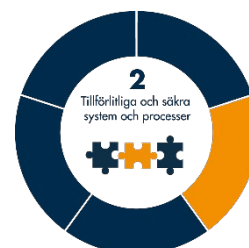
Resultat: Fallavvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok ligger på samma nivå som året innan. Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har ökat från föregående år.

Gällande läkemedels avvikelser så kan de ökade avvikelserna bero på att enhetens sjuksköterskor är bättre på att rapportera och skriva in de avvikelser som kommer men uppmuntran från chef. En avvikelse kring trycksår har registrerats men den uppkom när patienten var inlagd på sjukhus. Som ett led i att förtydliga processen vid avvikelser, så tog MAS och MAR fram en användarvänlig process för avvikelsehantering. Det gjordes en för chefsnivå samt en för medarbetare. Som ett led i att använda avvikelserna i förbättringsarbete och därmed arbeta med en öppen patientsäkerhetskultur kommer bland annat MAS, MAR och dokumentationsstödare vara ute i verksamheterna och ha workshops kring avvikelsemodulen. Verksamheterna behöver under sina kvalitetsråd tillsammans se

trender och mönster i sina inkomna avvikelser och reflektera över varför det ser ut som det gör inom just den verksamheten. Biträdande enhetschefer uppmuntrar till en tillåtande avvikelsekultur både kring hälso-och sjukvårdsavvikelser samt SOL-avvikelser.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK), läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning, m.fl.

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.

Under 2023 gjordes en verksamhetsuppföljning med MAS och verksamhetsutvecklare. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet kommer att genomföras under 2024 genom verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)

Resultat visar på att enheten har ett fungerande arbetssätt kring Hälso-och sjukvård. Vi har väl implementerade rutiner som vi under 2023 arbetat aktivt med att få in i Verktyget.

Verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som fattas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal och stödjer framtagande av rutiner.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDOKUMENTATION

Dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen skall spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård skall dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året. Utsedda dokumentationshandledare i Vodok 2.0 granskar journaler i sin verksamhet med analys och föreslagna åtgärder. MAS och MAR genomför stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i verksamheten.

Målet är att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår och att den enskildes önskemål framgår.

Resultatet visar på att enheten har ett flertal utvecklingsområden. Hälsoplaner och Kartlagt hälsotillstånd behöver samtliga sjuksköterskor bli bättre på att dokumentera då det finns en osäkerhet i hur det skall dokumenteras. Kartlagt hälsotillstånd saknas i flertalet journaler, det framgår ej av kartlagt hälsotillstånd men det finns hälsoplaner med kopplade åtgärder, vilka tyder på att man agerat på risk/problem/behov. Enheten behöver även arbeta på uppföljning av hälsoplaner. Hela vårdprocessen kan inte följas kopplat till dokumentationen. Åtgärderna kommer att vara att lyfta dokumentationen på Hälso-och sjukvårdsmöten, kontinuerliga avstämningar och uppföljningar med sjuksköterskegruppen samt utbildning. Bra introduktion i journalsystemet är en förutsättning för att kunna dokumentera på ett optimalt sätt.

MUNHÄLSOBEDÖMNING

Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

Målet är att fortsätta erbjuda munhälsobedömning och att alla som tackar ja får en bedömning. Alla som blivit erbjudna och tackat ja till munhälsobedömningar är genomförda.

Vi fortsätter med att varje enhet gör bokningar med tandvårdsenheten för munhälsobedömningar.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal, m.fl.



Riskhantering

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

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Verksamheten har inför årets semesterperiod inkommit med begärda riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer.

Riskanalyserna visade initial en oro inför införandet av sjuksköterskepatrull på kvällar och helger som skulle ske i juni månad.

Analysen efter semesterperioderna visade på att införandet av patrullverksamhet gick över förväntan. Utvärderingen av införandet av två semesterperioder visade sig väldigt lyckosam. Vi fick till en större kontinuitet i personalförsörjningen vilket påverkade patientsäkerheten positivt. Legitimerad arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut fanns tillgänglig hela sommaren utifrån ett lagt schema. Läkarsatserna från läkarorganisationerna under semesterperioderna har fungerat bra. Analysen efter semesterperioderna visade på ett gott samarbete och tillgänglighet. Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheterna för tex ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas. Vår riskanalys inför sommaren stämde väl överens med utvärderingen efter sommaren.

Under 2023 gjordes en verksamhetsuppföljning med MAS och verksamhetsutvecklare. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal. Resultat visar på att enheten har ett fungerande arbetssätt kring Hälso- och sjukvård. Vi har väl implementerade rutiner som vi under 2023 arbetat aktivt med att få in i Verktuget. Verksamhetsutvecklare inom hälso- och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som fattas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal och stödjer framtagande av rutiner.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning, nationella register, m.fl.



Avvikelser

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

Antal avvikelser har ökat inom området läkemedelshantering, främsta orsak är att sjuksköterskorna har blivit bättre på att skriva in avvikelser. Men avvikelserapporteringen är också komplicerad/tidskrävande då det sker via vårt journaldokumentationssystem Vodok2.0 Tillgång till detta system har endast legitimerad personal. Antal registrerade fall avvikelser ligger på samma nivå som förra året.

MAS MAR följer kontinuerligt med att följa upp avvikelser, när risk för vårdskada finns så följs detta upp i verksamheterna kvalitetsråd i lärande syfte. Detta efter att de utretts av biträdande enhetschef.

Läkemedelshantering

Under 2023 har verksamheten infört digitala läkemedelsåp och personliga taggar som ett led i att öka läkemedelshantering och följa spårbarheten och patientsäkerheten.

Avvikelser i läkemedelshantering har minskat jämfört med tidigare år. En trolig orsak till färre avvikelser är den digitala signeringen som ger sjuksköterskan en omedelbar bild av läkemedelsadministrering inom sin verksamhet. Följsamheten till läkemedelssigneringar följs nogsamt upp och redovisas i arbetsgrupperna på verksamheten varje månad. Även delegeringar för läkemedelsadministrering har blivit tydligare och mer verksamhetsnära när det nu registrerats och kopplas till Appva. Det gör att varje sjuksköterska har en överblick av de delegeringar omvårdnadspersonalen utfört och hur länge de är giltiga.

Medicintekniska produkter

Under 2023 så har verksamheten arbetat fram en lokalt anpassad rutin för MTP. Verksamheterna har lagt in samtliga produkter i en Excelfil, och vidare arbetat med att säkra spårbarheten.

Egenkontroller

Under hösten 2023 utfördes PPM-observationerna av en extern observatör tillsammans med hygienombud. Resultatet av att använda en observatör som inte tillhör verksamheten är stor. Det ger dels observationen en större tyngd eftersom den är objektiv. Den viktigaste delen i PPM mätningarna är att använda resultaten i verksamheten.

QUSTA

Egenkontrollen Qusta genomförs vart annat år där verksamheten själv får inventera och beskriva sina rutiner och arbetssätt. Verksamhetsutvecklare i hälso- och sjukvård är delaktig i processen kring Qusta för att gemensamt föra den framåt. Under 2023 hade vi istället en verksamhetsuppföljning.

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser har varit ett område som under lång tid varit ett förbättringsområde dels för att systemet inte upplevs så användarvänligt. Förvaltningen har en processledare för dokumentation som genomför utbildningsinsatser både enskilt och i grupp. Egenkontrollerna i form av kollegial journalgranskning utförs två gånger årligen. Resultaten i dessa egenkontroller behöver bättre användas i syfte av kollegialt lärande och användas för att tillsammans identifiera utvecklingsområden. Verksamheten har två dokumentationshandeldare som kan stötta i vardagen.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten dokumenteras systematiskt samt diarieförs. De flesta av klagomål/synpunkter för år 2023 har handlat om bemötande frågor. Enheten skickar ut närstående-brev en gång i månaden med information om vad som händer i verksamheten. Enheten har

under året aktivt gått ut med till närstående och personal kring information om Synpunkter/klagomål. Synpunkter och klagomålsblanketter finns vid entrén väl synliga för alla som kommer in i verksamheten. Enheten har under året haft sex synpunkter/klagomål varav två är samlingsärenden som diarieförts och besvarats enligt gällande rutin. Brukarundersökningen 2023 visar på en ökad kunskap om hur Synpunkter och klagomål hanteras och hur man gör som närstående. Enheten arbetar med avvikelshantering gällande HSL i Vodok 2.0 och avvikelsemodulen. Gällande avvikelser för den sociala delen dokumenteras dessa i en sammanställning för att få en överblick över antalet men även vad för typ av avvikelser enheten behöver arbeta vidare med. På kvalitetsrådet går vi igenom avvikelser samt synpunkter och klagomål för att se vad vi kan förändra, förbättra och förädla. Biträdande chefer arbetar med att hantera synpunkter och klagomål skyndsamt, skapa en god kontakt med närstående samt verka via personalen. Enheten har under året haft två lex Sarah-anmälningar. En av anmälningarna utgjorde ett missförhållande, den andra anmälan utgjorde en påtaglig risk för missförhållande. Biträdande enhetschef har efter det följt upp mer kontinuerligt och haft avstämning med personal. Stadsdelen har ett lex Sarah team som utreder händelser och tar beslut om det skall tas vidare till IVO.

20230620	dnr SÖD 2023/680	son	kvinn	Magdalenagården plan 5	VOB	Klagomål	Bemötande
20231101	dnr SÖD 2023/1140	fru	man	Magdalenagården plan 7	VOB	Klagomål	Post och bemötande
20230929	dnr ÖD 2022/1479-17	Dotter	man	Magdalenagården plan 5	VOB	Klagomål	Hälso sjukvård
20231114	dnr SÖD 2023/1189	dotter	kvinn	Magdalenagården plan 4	VOB	Klagomål	Klagomål, utförande
20230412	dnr SÖD 2023/1291	son	man	Magdalenagården plan 8	VOB	Klagomål	Klagomål, utförande
20231207	dnr SÖD 2023/1309	läkare	kvinn	Södersjukhuset	VOB	Klagomål	Avvikelse tillbud

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

Under pandemin utvecklade vi processer och rutiner för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt, säkerställa informationsflödet, genomföra kontinuerlig riskbedömning samt ta fram handlingsplaner och åtgärda. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ett annat risktänkande. I och med samhällsutvecklingen är detta ett fortsatt prioriterat område med bland annat krispärm och inköp av mat.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Att öka kvaliteten och utveckla hälso-sjukvården:

- Utveckla hälso-och sjukvårdsdokumentationen.
Genom att regelbundet och vid behov ha dokumentation som en punkt på Hälso-och sjukvårdsmöten-möte. Hälso-och sjukvårdspersonal kommer fortsatt få individuell- och gruppanpassad utbildning i dokumentation.
- Öka andelen registrerade avvikelser vad gäller framförallt läkemedel.
Genom att på kvalitetsråd prata kring om vad en avvikelse är och varför de görs.
- Öka frekvensen av Kartlagt hälsotillstånd utifrån patientens delaktighet.
Regelbundna teammöten som hålls i den tvärprofessionella gruppen där patientens delaktighet framkommer.
- Öka registrering i kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret.
Genom regelbundna teammöten där varje yrkesprofession deltar med sin spetskompetens.
- Utveckla det systematiska arbetet med avvikelshanteringen.
Genom regelbundna kvalitetsråd där avvikelser hanteras systematiskt i det tvärprofessionella teamet.
- Fler palliativa ombud utbildas på varje verksamhet
- BPSD utbildning av administratörer för att återuppta BPSD verktyget
- Sjuksköterskenätverk fortsätter
- Rehabnätverk fortsätter
- Kompetenshöjning av sjuksköterskegruppen bland annat inom förskrivningsrätt inkontinens och palliativ vård

- Utveckla kompetensstegar för sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Utveckla det tvärprofessionella arbetet genom regelbundna teammöten där HSL personal och omvårdnadspersonal deltar med patienten i fokus.

BILAGA 1.

Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

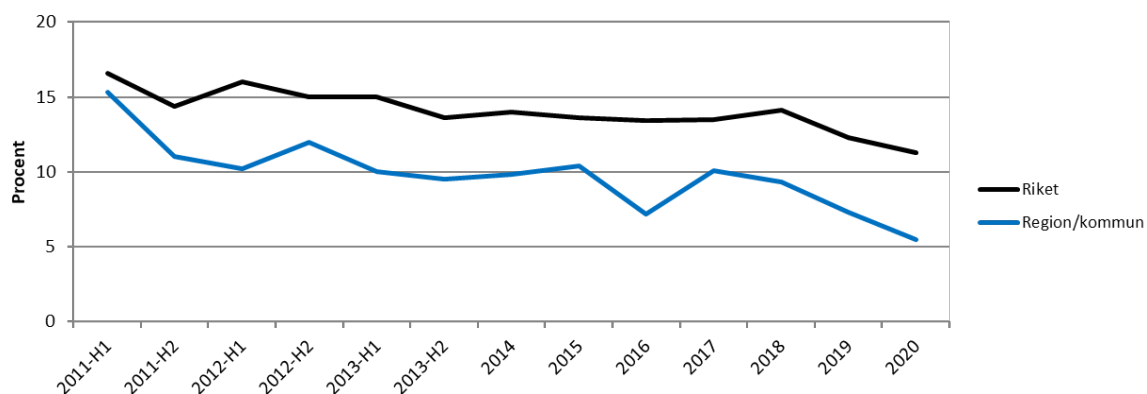
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Exempel 1: Nedan visas ett exempel på hur en sammanställning kan göras utifrån beskrivande text och diagram.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska.

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande enligt punktprevalensmätning en gång per år och följs dagligen online. På länets sjukhus hade 5,3 procent av de inläggande patienterna trycksador eller trycksår vid vårens nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 11,3 procent.



Analys av resultat: Målet att förekomsten av trycksår ska minska är uppfyllt på övergripande nivå, dock ses ökning av förekomsten på någon enstaka enhet. Ny personal kan vara en anledning, samt avsaknad av avlastande madrasser. Något fler män än kvinnor hade trycksår under året.

Åtgärd: På enheter med högre förekomst av trycksår genomfördes trycksårsdialog, utbildning, materialöversyn och extramätning under hösten.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Åtgärderna på berörda enheter hade effekt och trycksårsförekomsten minskade.

Exempel 2. Nedan visas ett exempel på hur en sammanställning kan göras i tabellformat.

Trycksår

Områden	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<i>Ex trycksår</i>	<i>Förekomsten av trycksår ska minska varje år</i>	<i>År 2020 hade 5,3% av inläggande patienter trycksår (6,2% år 2019) (Riket 11% år 2020)</i>	<i>Målet uppfyllt på övergripande nivå. Viss ökning på enskilda enheter</i>	<i>Enheter med högre förekomst genomfört utbildning och extra mätning</i>	<i>Dialoger har genomförts med de enheter som visat ökad förekomst. Åtgärder hade effekt och förekomsten minskade</i>	<i>Samtliga vårdenheter PPM våren 2020 (1g/år). Enheter med ökad förekomst extra mätning varannan månad</i>	<i>PPM-trycksår Sveriges Kommuner och Regioner</i>

Patientsäkerhetsberättelse för Katarinagårdens vård och omsorgsboende 2023



Datum: 2024-02-26

Berättelsen framtagen av Johanna Vähätalo, kvalitetssamordnare

Ansvarig för innehållet: Carina Lummer

Diarienummer: SÖD 2024/193

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.

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

Inledning till Katarinagården

Katarinagården ingår i Södermalms vård- och omsorgsboendenheten och drivs i egen regi av Stockholms stad, Södermalms stadsdelsförvaltning. Verksamheten erbjuder vård- och omsorg till äldre över 65 år som på grund av olika funktionsnedsättningar inte längre klarar av sitt dagliga liv i det egna hemmet.

Katarinagården har 55 lägenheter fördelade på 5 våningsplan, varav plan 3 och 5 avsedda för

äldre med demensdiagnos. Samtliga lägenheter har toalett, dusch och pentry. Alla våningar har ett stort gemensamt kök med rymlig balkong och ett vardagsrum. På baksidan av huset finns en grönskande uteplats som används under sommarmånaderna. Katarinagården är belägen vid Rosenlundsparken på södra Södermalm.

Våra medarbetare består av undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut, aktivitetsansvarig, vaktmästare, lokalvårdare, administratörer och biträdande enhetschefer som ansvarar för den dagliga driften i verksamheten inklusive budget, personal och arbetsmiljöansvar.

När den äldre har tackat ja till en lägenhet hos oss kontaktas hen av vår administratör. Informationsblad lämnas och mailadress utväxlas samt utrymme för praktisk information och frågor ges.

Kontaktperson bjuder in den boende och närstående till välkomstsamtal förutsatt att den boende har gett sitt samtycke till närståendes delaktighet vid sin vård och omsorg. Vid välkomstsamtal ställs frågor både till den boende och närstående och information ges på de önskade områdena. Den boendens individuella önskemål dokumenteras. Ansvarig sjuksköterska och rehab-personal närvarar vid mötet för att kunna ge information till den boende och närstående gällande sina ansvarsområden. Information om var den boende och /eller närstående kan lämna synpunkter och klagomål ges av biträdande enhetschef. Den boende och närstående uppmuntras även till att fylla i ett häfte *Dokument om mig* – ett framtaget material för information till vårdgivare då kunskap om den boendens tidigare levnadsvanor och livsåskådning ses som betydelsefulla för planeringen av god personcentrerad vård och omsorg.

Den goda och nära vården planeras tillsammans med en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, omvårdnadspersonal och ansvarig rehab-personal; sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut. Detta innebär bl.a. kontinuerliga samt vid behov utförda riskbedömningar för ohälsa bl.a. gällande risk för trycksår, undernäring, munhälsa och fall samt psykisk hälsa och välmående. Genomförandeplan utformas utifrån den boendens behov och önskemål som ett verktyg för omvårdnadspersonal i det dagliga arbetet och hälsoplan tas fram vid behov vid olika hälsorisker.

Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan agerar som en länk mellan den boende och ansvarig läkarorganisation med en namngiven läkarkontakt med specialistkompetens inom geriatrik. En fysisk läkarrond sker i verksamhet veckovis och samordnas av den ansvariga sjuksköterskan avdelnings- och boendevis utifrån behoven. Jurläkare finns att tillgå vid behov via den tjänstgörande sjuksköterskan.

Enhetens aktivitetsansvarig planerar olika gemensamma och individuella aktiviteter som sker på olika avdelningar tillsammans med de boende. Detta utförs i ett led för att bl.a. minska social isolering och ensamhet och därmed motverka psykisk ohälsa. De digitala informationsskärmarna på våningsplanerna ger information till närstående och boende om veckans meny, aktiviteter och andra saker som är på gång i verksamheten.

Innehåll

SAMMANFATTNING	132
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	133
Engagerad ledning och tydlig styrning	133
<i>Övergripande mål och strategier</i>	<i>134</i>
<i>Organisation och ansvar.....</i>	<i>135</i>
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	<i>135</i>
<i>Informationssäkerhet</i>	<i>136</i>
En god säkerhetskultur	137
Adekvat kunskap och kompetens.....	138
Patienten som medskapare.....	139
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	140
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	141
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	143
<i>Systematiskt patientsäkerhetsarbete</i>	<i>144</i>
<i>Delegering.....</i>	<i>146</i>
<i>Vårdhygien</i>	<i>147</i>
<i>Demens 149</i>	
<i>Psykisk hälsa</i>	<i>149</i>
<i>Dokumentation</i>	<i>149</i>
<i>Fallprevention</i>	<i>150</i>
<i>Trycksår 152</i>	
Nutrition.....	152
<i>Mun- och tandhälsovård</i>	<i>153</i>
<i>Kontinens 153</i>	
<i>Vård i livets slutskede</i>	<i>153</i>
Säker vård här och nu	154
<i>Riskhantering.....</i>	<i>154</i>
Stärka analys, lärande och utveckling.....	154
<i>Avvikelser</i>	<i>154</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>155</i>
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	156

SAMMANFATTNING

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

Våra prioriterade områden på Katarinagården under 2023 har varit Patientsäkerhets fokus.

Vi uppfattar oss ha nått våra verksamhetsmål på Katarinagården på vissa områden under 2023, dock behöver vi fortsatt följa upp att våra rutiner fungerar och att de ger ett konkret värde till det praktiska arbetet som syftet är.

Vi behöver fortsatt satsa på ett gott teamarbete, förtydliga varje yrkeskategoris roll i den goda och säkra vården och omsorgen och ta in stöd exempelvis från stadsdelens utvecklingsenhet vid behov.

Utöver behov av att stärka det teamgemensamma arbetssättet behöver vi arbeta systematiskt med vår arbetsmiljö i verksamheten genom att säkerställa att vi har uppdaterade rutiner för det då vi ser våra medarbetare som den viktigaste resursen i att nå våra verksamhetsmål med god och säker vård och omsorg.

Viktiga satsningar under år 2023 har varit:

- Implementeringen av arbetssättet med digital signering med applikationen Appva i början av året.
- Högre anställningsgrad- arbetsterapeut från 50 % till 100 %
- Framtagen inventarieförteckning av rehab-personal och arbetet kring denna gällande egenköpta medicintekniska produkter.
- Ergonomi- och förflytningsutbildningar för omvårdnadspersonal, timvikarier och tillsvidare-anställda, totalt 44 personer under 2023, från maj-december av rehab-personal. Utbildning i ergonomi och förflyttningsteknik såväl manuella som förflyttningar med olika hjälpmedel som ex. lyft och lyftsele.
- Installationen och implementeringen av arbetssättet med digitala läkemedelsskåp för bättre läkemedelssparbarhet i slutet av året.
- Framtagningen av ett digitalt samarbetsrum *Verktyget* där lokalrutiner är tillgängliga för all personal genom mobiltelefoner.
- Vi har haft ökat fokus på att ta fram Riskbedömningar och en kopplad hälsoplan med åtgärder till följd.
- Vid exempelvis risk för undernäring har sjuksköterskorna haft en aktiv dialog tillsammans med dietist från Utvecklingsenheten och vi ser goda resultat av detta. För att skapa förutsättningar avdelningsvis för varierad kost och utbud av kost i olika former har inköp gjorts i form av hushållsapparater. Vi har haft diskussioner kring måltidssituationen på APT och avdelningsmöten och har planerat hur bäst utföra måltidsobservationer och nattfaste-mätningar i verksamhet i framtid. Våra avdelningsvisa kostombud deltar aktivt i vård- och omsorgsboendeenhetens nätverksträffar, men vi ser svårigheter i kommunikationen efteråt och hur man ska nå fram till övriga arbetslaget.
- För kompetensförsörjning har vi haft under året 2023 utbildningar för ett antal

medarbetare i BPSD, psykisk ohälsa, SBAR-News, förflyttningsteknik och i brandsäkerhet. Rehabpersonal har fått kompetenshöjande utbildning inom området förflyttningsteknik.

- Vi har haft en lex Sarah-anmälan under året. Detta gäller en boende med utomkommunal beställning. Dokumentation enligt SoL saknades under ett antal månader då dokumentation digitalt inte är möjlig i dessa fall med det befintliga dokumentationssystemet. Nu finns rutin och dokumentationsblad framtagna och tillämpas.
- Det var ett utbrett narkotika svinn under sommaren. MAS utredde tillsammans med Bitr Ec. Vilket resulterade i täta narkotikakontroller som varje gång redovisades till Enhetschef samt polisanmälan av narkotikasvinn av Bitr. Ec.
- En lex Maria anmälan gjordes av MAS gällande de digitala läkemedelskåpen, då låskorten inte hanterades patientsäkert. Utredningen av IVO resulterade dock till inga krav, tillräckliga åtgärder hade redan vidtagits med redan tidigare utförda handlingsplan.
- Vi har haft kvalitetsråd under 2023 4 gånger för att gemensamt diskutera olika framkomna avvikelser för att arbeta proaktivt som ett team och förhindra vårdskador i möjligaste mån. Detta arbete ska satsas på under år 2024 med redan framtagen plan på att ha kvalitetsråd 9 gånger under året och gå igenom Hälso och sjukvårdsavvikelser.
- Vi hade verksamhetsuppföljning under november -23 där stickprovskontrollerna visade brister i: Följsamheten till egenkontroll av livsmedelshygien, följsamhet till basala hygienrutiner vid observation, i uppföljningen av avvikelserapporteringen, i uppföljningen av värdegrundsarbete, i kompetensutvecklingsplanen för samtliga professioner, brister i användandet av checklista vid nyanställning som i uppföljningen av ett aktivt värdegrundsarbete.
- Verksamhetsuppföljningen stick-prover – granskad dokumentation av både HSL och SoL med 5 slumpmässigt valda journaler visade god följsamhet till hur journal bör skrivas och hälsoplaner och genomförandeplaner finnas.

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.

Enhetschefen för vård- och omsorgsboendeenhet har haft det övergripande ansvaret för kvalitén, ekonomin och säkerheten på Katarinagårdens verksamhet.



Till bakgrunden är enhetschefen en erfaren ledare / chef och sjuksköterska som är övergripande chef för fler verksamheter.

Biträdande enhetschef är verksam på plats på Katarinagården och ansvarar för den dagliga driften av Katarinagården med såväl personal- arbetsmiljö som ekonomi/budget-ansvar som patientsäkerheten.

Olika processer bevakas lokalt genom schemalagda egenkontroller månadsvis för att kvalitetssäkra god och säker vård. Årshjul används som ett konkret verktyg i detta och täcker respektive professionsområde gällande såväl vård- och omsorgsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser som personalens arbetsmiljö för bästa förutsättningar för en god och säker vård. Vid ev. tänkta förändringar i verksamheten ska risk- och konsekvensanalyser göras inför godkännandet och verkställandet av implementeringar av nya arbetssätt.

Stadsdelens MAS och MAR har det övergripande ansvaret för att bevaka att vården och omsorgen uppfyller en god kvalitet och sker säkert och båda deltar i den årliga verksamhetsuppföljningen alternativt kvalitetsgranskningen med hjälp av framtaget verktyg för det, QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar).

Utöver MAS och MAR har vi på Katarinagården möjlighet att ta stöd och hjälp vid behov från stadsdelens Utvecklingsenhet med andra olika stödfunktioner så som dietist, vårdpedagog och kvalitets utvecklare. Vård- och omsorgsboendeenheten har sedan oktober 2023 även en namngiven kvalitetsansvarig/samordnare som ska vara behjälplig bland annat med att ta fram och följa upp verksamhetsrutiner vid behov – vara en förlängd arm i verksamheterna i det systematiska kvalitetsarbetet.

Stratsys, ILS-webb är ett verktyg i Stockholms stads kvalitetsledningssystem. Verksamheten kontrolleras genom uppföljningar med tertialrapporter och årlig verksamhetsberättelse och verksamhetsplan i systemet.

Katarinagårdens omvårdnadspersonal har i överlag arbetat länge i huset vilket kan tyda på arbetstrivsel och trygghet, en god resurs i sig för god och säker vård. Det råder även god kontinuitet gällande HSL-bemanning. Sjuksköterskor finns på plats i verksamheten vardag som helg 07-19 utöver den tiden finns jour sjuksköterska att tillgå med 30minuters inställetid samt jourläkare via Familjeläkarna.

Övergripande mål och strategier

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

En trygg och säker hälso-och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

o Egenkontroll av HSL dokumentation ska genomföras enligt mall en gång per månad med analys och vidtagna åtgärder vid behov.

o Delegeringar följes upp enligt rutin för egenkontroll månadsvis samt kunskapstest tillämpas inför beslut om delegering

o Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 ska utföras månadsvis enligt rutin för egenkontroll.

o Riskbedömningar genomförs regelbundet och vid behov utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktions bedömningen och trycksår samt registreras i nationella kvalitetsregister som Senior Alert förutsatt att samtycke finns från den boende. Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med dietist.

- o Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- o Team-möten ska hållas i det tvärprofessionella teamet regelbundet med målet att samtliga boende ska få hälsogenomgång minst en gång om året.
- o HSL-möten med HSL-personal och Kvalitetsråd med representanter från samtliga yrkeskategorier ska hållas en gång i månaden för systematisk genomgång av risker för vårdskada av olika slag.
- o Narkotikakontroller ska utföras enligt rutin för egenkontroll.
- o Personalens kompetens och behov av kompetenshöjande insatser kartläggs regelbundet årligen genom medarbetarsamtal.Handledning anordnas vid behov och stöd för förutsättningar ges genom möjlighet att delta i olika utbildningar, deltagande i nätverksträffar av olika slag.
- o Årlig uppföljning av hälsosjukvården genomförs av MAS/MAR genom Qusta.

Organisation och ansvar

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

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som till exempel chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter och patientnämnden ingå.

Verksamhetschefen har enligt 4 kap. 2§ i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. På Katarinagården är motsvarande titel enhetschef. Enhetschefen har det övergripande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav om god och säker vård. Enhetschefen ansvarar övergripande även för att legitimerad personal har rätt kompetens och att möjlighet till kompetensutveckling tillåts.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare / boende 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 stadens värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningssätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade och ordinerade 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 och bevakar att hälso- och sjukvårdsinsatser lever upp till kraven om god och säker vård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Beskriv **hur** och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med

överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Beskriv även om det finns processer och områden där samverkan saknas.

För att undvika vårdskador arbetar Katarinagården aktivt med att säkra upp att de befintliga verksamhetsrutinerna skall vara kända av samtliga medarbetare samt genom god daglig informationsöverföring med olika yrkesprofessioner emellan.

Även riskbedömning utifrån våldsprevention ska göras på individnivå vid behov. Medarbetare skall känna till hur gå till väga vid misstanke om våld i nära relationer.

Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten löpande och allvarigare händelser eller risker rapporteras vidare för stadsdelens MAS och MAR. Samtliga avvikelser dokumenteras digitalt. Rutin för arbetet med avvikelser är framtagen i det gemensamma digitala samarbetsrummet *Verktyget* och finns tillgänglig för samtliga medarbetare. En visuell processkarta är även framtagen för att fungera som enklare bildstöd för medarbetarna.

Samverkansöverenskommelser, befintliga avtal finns med:

- *Familjeläkarna Saltsjöbaden* ansvarar för läkarinsatserna för boende som gett sitt samtycke. Läkare från *Familjeläkarna Saltsjöbaden* besöker verksamheten på onsdagar för läkarrond. **Om den boende är listad hos en annan läkare än Familjeläkarna, tas kontakt med den ansvariga läkaren i fråga i dagtid. Övriga tider kontaktas Alarm, Prehospitäl bakjouren.**
- *Oral Care* för munhälsobedömningar och utbildningar om munvård för omvårdnadspersonal
- *LT fot & hälsagrup* för både medicinsk fotvård på remiss vid behov och övrig fotvård.
- *Regionen* för överrapporteringar, samverkan vid sjukhusvård, inför besök hos audionom mm.
- *Samverkan med Södersjukhuset* och *Atlas* för bårtransporter

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården tillämpas.

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

Systemstöd Vodok används för journalföring av hälso- och sjukvård.

Vid flytt till Katarinagårdens vård- och omsorgsboende inhämtas samtycke från den boende hur denne vill ha det, vilka närstående eller förmånsbevakare som är tillåtna att ta den av dennes journal. Samtycke inhämtas även gällande om den boende godkänner informationsöverföringen mellan olika professioner på boendet samt informationsöverföringen med olika aktörer emellan. Samtycke inhämtas såväl om den boende godkänner registreringar i olika nationella kvalitetsregister.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan med e-legitimation (Siths-kort) identifiera sig i olika digitala system för informationsöverföring mellan externa vårdgivare om samtycke från vårdtagaren / den boende finns. En av dessa exempelvis den nationella patientöversikten (NPÖ) vid fallen den externa vårdgivaren är regionansluten.

Samtliga medarbetare på boendet har egna tjänstekort med inloggnings till verksamhetssystem och utbildningar i dokumentation anordnas regelbundet inom stadsdelen samt lokalt stöd finns avdelningsvis genom ombud för dokumentation. Kvalitetssamordnaren är även tänkt att fungera som ett lokalt stöd i dokumentation vid behov samt som chefsstöd för egenkontroller av dokumentationen.

Rutin med schemalagda arkivleveranser av stadsdelen finns gällande både hälso- och sjukvårdsdokument och social dokumentation som allmänna handlingar.

Samtliga medarbetare påminns regelbundet om informationssäkerheten kring GDBR vilken cheferna har tidigare fått utbildning i.

Schemalagda egenkontroller är ett arbetssätt för att bevaka en kontinuerlig och konsekvent dokumentation gällande både hälso- och sjukvård om sociala insatser som tidigare nämnts. Vid egenkontrollen kontrolleras även att samtliga personakter innehåller information om ansvarig personal, chef, närstående och ev. godeman, förvaltare om sådana finns. Chefens ansvar är även att inhämta information, bekräftelse på godeman/förvaltare-intyg och se till att information om detta blir överfört till den boendens personakt.

En god säkerhetskultur

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

Beskriv **hur** ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Beskriv även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs. Beskriv gärna vilka verktyg ni använder för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).



Stockholms stad avser att arbeta aktivt med personal- och arbetsmiljöpolicyn då personalens engagemang och delaktighet ses som en avgörande förutsättning för en god säkerhetskultur.

För att följa upp personalens arbetsförhållanden och påverkansmöjligheter utförs en årlig kartläggning av arbetsmiljön, både den fysiska och den sociala och organisatoriska, individuellt och i gruppnivå. Arbetsmiljön är en pågående punkt på agendan för arbetsplatsträff månadsvis.

Skyddsrund utförs i verksamhet regelbundet i samråd med arbetstagar-representanter.

Medarbetarundersökning utförs årligen och resultat bearbetas samt handlingsplan tas fram vid behov.

Medarbetare uppmuntras även till att rapportera händelser, tillbud och olyckor i stadens / kommunernas informationssystem för arbetsmiljö, KIA.

Kvalitetsråd är ett forum som sker en gång i månaden eller planerat minst 10 gånger om året. Syftet med kvalitetsrådet är att kontinuerligt bearbeta de mottagna avvikelserna i verksamhet för vidare analys av händelseförloppen, hur åtgärda bäst och hur förhindra liknande händelser framöver. Varje profession ska ha sin företrädare vid rådet lika med kvalitetssamordnare och minst en chef på plats.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Beskriv **hur** yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. Beskriv **hur** säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens.

Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Kontinuitet på vårdgivare- vårdtagare-kontakten och medarbetarnas kunskaper och kompetens är den viktigaste förutsättningen för god personcentrerad vård och omsorg.

De flesta medarbetare är undersköterskor med professionsrelaterade krav för erhållen skyddad yrkestitel.

Medarbetarnas språkkunskaper kan variera gällande det svenska språket vilket är en utmaning i sig men något som aktivt planeras arbetas med bland annat genom anpassat stöd vid behov, vid exempelvis dokumentationen av omvårdnadsinsatser. Varje avdelning har ett namngivet ombud för dokumentation. Ombuden ska även vara ett extra stöd för de övriga medarbetare verksamhetsövertäckande vid behov.

Stockholms stad avser att införa kompetenstrappor inom äldreomsorgen för kvalitetssäkring av kompetensförsörjning i alla led. En viktig del i detta arbete är det årliga medarbetarsamtalet med den ansvariga chefen som bör hålla sig uppdaterad på var medarbetaren befinner sig kompetensmässigt i relation till verksamhetens mål samt även individuellt utifrån medarbetarens önskemål, styrkor och utvecklingsbehov.

Regelbundna kontroller och utbildningar utförs i baskunskaper så som bl.a. brandsäkerhet och informationssäkerhet.

Årliga genomgångar utförs för omvårdnadspersonal angående munhälsovård och inkontinens med de aktörerna som avtal skrivits med.

Sjuksköterskornas kompetensuppehållande och höjande insatser bevakas av den berörda chefen. Detsamma gäller samtlig rehab-personal, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Verksamheten har möjlighet att årligen ansöka om stimulansmedel, statsbidrag till olika kompetenshöjande insatser för personal. Denna möjlighet diskuteras vid jämna mellanrum och vid ansökningstider genom ledningsgruppsmöten med alla chefer.

Verksamheten förväntas årligen ta emot studerande genom befintliga avtal med olika läroinstanser. Detta ser vi på Katarinagården positivt och som en möjlighet att knyta an kontakter med blivande, kunnig arbetskraft.

Vi skattar oss ha god kontinuitet med vår arbetskraft på Katarinagården. Vid nyanställning tillämpar vi redan lära känna samtal med medarbetarna i enlighet med Stockholms stad personalpolicy och omtanke-samtal vid längre sjukfrånvaro och vid uppmärksam risk för arbetsrelaterad ohälsa i enlighet med arbetsmiljöpolicyn.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Ge exempel på **hur** patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.

Boendets och närståendes delaktighet är avgörande för god, personcentrerad och säker vård. Detta tar vi tillhänsyn redan vid uppvisningen av lägenhet, vid inflytt och under och efter vårdtiden hos oss. Närståendes delaktighet tillåts förutsatt att den boende själv har gett sitt samtycke till detta eller att det på andra sätt kan bekräftas vara lämpligt.

Den boende skall vara delaktig vid framtagningen av hälsoplan, de olika HSL- ordinationer utifrån dessa, lika med planeringen av andra insatser av samtlig personal. Genomförandeplanen upprättas utifrån den boendets egna önskemål och behov och ska godkännas av den boende genom underskrift eller genom bekräftat godkännande på annat sätt om en konkret underskrift inte är möjlig.

Anhörig/närståendeträffar ses som ett tillfälle för utbyte av erfarenheter med anhöriga/ närstående emellan eller för att kunna hjälpa anhöriga / närstående vidare med sina funderingar. Under verksamhetsår 2023 hade vi en närstående träff vilken uppfattades som lyckad. Vi anordnar även boenderåd där samtliga boende ges möjlighet att komma med synpunkter och önskemål.

En avsedd fysisk postlåda finns lättillgänglig för besökande i verksamhet samt de boende och närstående är informerade var och hur komma med synpunkter och ev. klagomål. Samtliga synpunkter

och / eller klagomål hanteras skyndsamt och återkopplas till den som lämnat synpunkten / klagomålet. Synpunkter och klagomål diarieförs.

Vid fallen av ev. anmälan enligt lex maria eller lex sarah erbjuds boende och närstående en möjlighet till delaktighet vid fallen det anses som lämpligt vid internutredningar (enligt 3 kap 3 § i patientsäkerhetslagen; 2010:659).

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

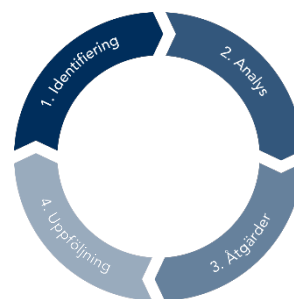
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg: 1. Identifiering, 2. Analys, 3. Åtgärder, 4. Uppföljning av åtgärd.



Exempel 2. Nedan visas ett exempel på hur en sammanställning kan göras i tabellformat.

Exempel-området angående Katarinagården 2023: Antalet rapporterade HSL-avvikelser på Katarinagården åren 2022 och 2023 för jämförande statistik. Digitala HSL-ordinationer med signering i Appva implementerades våren 2023 samt de digitala läkemedelsskåpen i oktober 2023 för bättre spårbarhet.

För bästa möjliga patientsäkerhet är syftet en månadsvis genomgång av framkomna avvikelser och att utföra strukturerad statistik ang. vårdavvikelser av olika slag.

Områden	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Källa
Avvikelser i sin helhet	Kontroll av avvikelser samt minskad prevalens i möjligaste mån	År 2022 jämfört år 2023	Målet uppfyllt eller ej	Återkoppling omgående vid avvikelser	Egenkontroll på att de rapporterade HSL-avvikelserna överförs till Vodok. Uppföljning på HSL-möten samt	Systemstöd Vodok

					<i>kvalitetsråd månadsvis.</i>	
fall		70 / 87	ökning		följts upp	
läkemedel		9 / 26	ökning		följts upp	
Specifik omvårdnad		2 / 5	ökning		följts upp	
Specifik rehabilitering		0 / 0			följts upp	
Trycksår		1 / 3	ökning		följts upp	
Vårdkedjan		1 / 3	ökning		följts upp	
Vårdrelaterade infektioner		1 / 0	minskning		Följts upp	

Resultat från PPM på Katarinagårdens vård och omsorgsboende i oktober -23. Sammanställning av kvalitetsindikatorer:

Antal inskrivna patienter mars 2023= 54 patienter

Antal inskrivna patienter oktober 2023= 53 patienter

Jämförande statistik. Utförd riskbedömning, risk för undernäring med MNA mars -23 – oktober -23 = 52 / 51

Jämförande statistik. Utförd riskbedömning för trycksår med Norton mars -23 – oktober -23 = 52 / 36.

Jämförande statistik. Utförd riskbedömning för fall med Downton mars -23 – oktober -23 = 60 / 63.

Jämförande statistik. Utförd riskbedömning för munhälsa med ROAG mars -23 – oktober -23 = 52 / 40

Totalt antal registreringar i Senior Alert vid punktprevalensmätning i oktober -23 = 53

Utöver punktprevalensmätning vid två omgångar under -23 har 48 ADL-bedömningar utförts under året enligt bedömningsinstrument Sunnås av arbetsterapeut och status följs upp av fysioterapeut med sökord *kartlagt hälsotillstånd* i Vodok med antal 32 bedömningar.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Beskriv **hur** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp. Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid?

Beskriv identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, m.fl.

Riskbedömningar av hälso- och sjukvårdspersonal utförs i nära samarbete med omvårdnadspersonal och utifrån informationen från den boende själv angående risk för trycksår, undernäring, fall och munhälsa samt inkontinens och risk för psykisk ohälsa utifrån en lokal rutin.

Utifrån riskerna och utifrån varje yrkesprofessionens kompetens / ansvarsområde tas hälsoplan fram med ordinationer av arbetssätt för omvårdnadspersonal. Samtliga hälsorisker följes upp regelbundet samt vid behov på team-möten. Strukturen för team-möten är planerat att följas upp under våren 2024 för att kvalitetssäkra att samtliga boendens hälsoläge blir kartlagt minst en gång årligen samt utöver vid behov.

Vid framkomna avvikelser åtgärdas dessa omedelbart samt bearbetas och analyseras vidare på team-möten samt på månatliga kvalitetsråd.

Vid inflytt utförs riskbedömning angående arbetsmiljön hos den boende av den biträdande chefen. I detta arbete har cheferna stöd från rehab-personal, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som utför bedömningar av den boendens funktion- rörelse- och aktivitetsförmåga och förskriver hjälpmedel utifrån behovet lika med att boendemiljön anpassas så att vården och omsorgen kan ske riskfritt arbetstekniskt för omvårdnadspersonal.

Även risk för brand specifikt i den boendens lägenhet kartläggs av de biträdande enhetscheferna i nära samband med inflytt.

Vid inflytt får samtliga boende ett trygghetslarm vars funktion kontrolleras omgående. Kontroller utförs utöver löpande och åtgärdas omgående vid behov.

Vid kända risker för smitta eller annan viktig information att ta tillhänsyn vid planerandet av olika omvårdnadsinsatser är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att rapportera detta vidare och handleda övrig personal.

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.



Lokala rutiner för hälso- och sjukvård ska bygga på befintliga lagar och regler för hälso- och sjukvård samt de lokala riktlinjerna från MAS och MAR och verksamhetens ledningssystem.

Rutinerna ska vara tillgängliga för all hälso- och sjukvårdspersonal och vara så tydliga att det är enkelt även för tillfälligt anställda att arbeta utifrån dem. All personal ska ha kännedom om att det finns riktlinjer och regler som styr hälso- och sjukvården. Rutinerna är lättillgängliga via det digitala samarbetsrummet *Verktyget*. Även en fysisk pärm, för att kunna användas vid behov vid ev. driftstopp eller strömavbrott.

De specifika målen och strategier för patientsäkerhetsarbete på Katarinagården presenteras nedan utifrån områden som följes upp enligt den framtagna mallen för kvalitetsuppföljning (QUSTA) av stadsdelens MAS och MAR regelbundet och minst årligen.

Kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) är framtaget av medicinskt ansvariga sjuksköterskor från tio olika kommuner/stadsdelar i Stockholms län.

Syftet med kvalitetsinstrumentet är att säkerställa att alla patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet.

Den regelbundna uppföljningen av MAS och MAR ska säkerställa att verksamheten uppfyller kraven enligt HSL.

Kvalitetsinstrumentet QUSTA ger även underlag för bedömning om:

- vårdtagarna erbjuds en god och säker vård som håller hög kvalitet,
- framtagna regler för hälso- och sjukvård följs och
- verksamheterna i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården

Fokusområde	Det specifika målet	Strategin / arbetssättet på Katarinagården
	Gällande regelverk och lagkrav för HSL samt lokala riktlinjer av stadsdelens MAS & MAR	

<p>Systematiskt patientsäkerhetsarbete</p>	<p>Verksamheten ska ha rutiner för hur rapportering och hantering av risker och avvikelser sker samt hur utredningar av ev. vårdskador går till. Risker för vårdskador eller händelser som orsakat vårdskada ska alltid utredas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Av rutinerna ska även framgå hur samverkan sker med MAS/MAR vid risk eller misstanke om allvarlig vårdskada.</p>	<p>Vid uppmärksammade händelser rapporterar omvårdnadspersonal ansvarig eller tjänstgörande HSL-personal (ssk och / eller rehab) som utreder händelsen och föreslår åtgärder efter en behovsbedömning. Avvikelsen skrivs i pappersform för att sedan föras över till journalsystem Vodok av HSL-personal helst tillsammans med den personal som närvarade vid händelsen. Processkartan om avvikelshantering finns att tillgå till i arbetet kring avvikelshantering vid osäkerhet. Verksamheten avser som mål att avvikelserna ska systematiskt gås igenom på de regelbundna teammöten gällande den boende i fråga samt på de regelbundna kvalitetsråden för att i ett tidigt skede identifiera ev. risker till ohälsa samt hur bäst arbeta förebyggande i möjligaste mån. Vid team-mötet och kvalitetsråd ska representanter från varje yrkeskategori delta. Vid avvikelser av allvarligare slag kontaktas biträdande enhetschef omgående för bedömning om avvikelsen behövs tas vidare till utredning av MAS och MAR. Arbetet med att systematiskt rapportera in avvikelser bör kontinuerligt påminnas och uppmuntras om och egenkontroller görs för att se bl.a. att de rapporterade händelserna i omvårdnadspersonalens daganteckningar kommer till HSL-personalens kännedom och journalförs.</p>
--	--	---

		En uppdaterad rutin om patientsäkerhetsarbete finns tillgänglig för samtliga medarbetare i det gemensamma samarbetsrummet <i>Verktyget</i> .
Samverkan och informationsöverföring	Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur personalen ska kontakta ansvarig läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Telefonnummer till läkare och ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska hållas aktuella. Avtal och samarbetsöverenskommelser för läkarinsatserna ska finnas tillgängliga.	<p>Ansvarsfördelningen i de lokala rutinerna kring samverkan med läkare samt även mellan olika yrkesgrupper är uppdaterad i verksamhetens lokala rutiner. Den uppdaterade rutinen om <i>Samverkan och informationsöverföring</i> finns tillgänglig för samtliga medarbetare i det gemensamma digitala samarbetsrummet <i>Verktyget</i>.</p> <p>Verksamheten bör även försäkra sig om att ha en fysisk pärm tillgänglig med utskrivna rutiner vid fall av driftstopp eller strömavbrott</p> <p>Samtycken från de boende inhämtas vid inflytt gällande såväl godkännande för information mellan olika yrkesprofessioner emellan internt samt gällande informationsöverföring mellan interna och externa vårdgivare, närståendes delaktighet, gällande registreringar i olika kvalitetsregister samt ställningstagande vid HLR. Detta dokumenteras/följs upp under samordning i Vodok som en plan och där dokumenteras uppföljningen av detta. Vid inhämtande av samtycke har arbetet fungerat väl teambaserat hittills då samtlig HSL-personal samverkar.</p>
Läkemedelshantering	Lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel ska vara spårbar genom dokumentation respektive signeringslistor. Extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader.	<p>En uppdaterad rutin om <i>läkemedelshantering</i> finns tillgänglig för samtliga medarbetare i det gemensamma samarbetsrummet <i>Verktyget</i> sedan november -23.</p> <p>Verksamheten bör även försäkra sig om att ha en fysisk pärm</p>

		<p>tillgänglig med utskrivna rutiner vid fall av driftstopp eller strömavbrott.</p> <p>Läkemedelshanteringen har blivit säkrare genom implementeringen av det digitala signeringssystemet Appva. Samt digitala läkemedelsskåp.</p>
Delegering	<p>Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal.</p> <p>I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.</p>	<p>Delegeringar följes upp av delegerande sjuksköterska samt uppföljningen dokumenteras för att säkerställa den reella kompetensen hos den som fått delegeringen.</p> <p>Delegering skall hanteras enligt Mas Mar Riktlinjer samt enligt SOSFS 1997:14.</p> <p>För att säkerställa att samtliga SSK arbetar likställt med delegeringar har rutinen för delegering blivit uppdaterad och finns sedan november -23 tillgänglig i det gemensamma samarbetsrummet <i>Verktyget</i>.</p> <p>Läkemedelshanteringen har blivit säkrare med digital signering med Appva samt sedan digitala läkemedelsskåp driftsattes.</p>
Medicinteknisk produkt (MTP)	<p>Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omvårdnadspersonalens kompetens i att använda och hantera utrustning och hjälpmedel.</p> <p>Bruksanvisningar på svenska ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Lokala rutiner ska bland annat innehålla uppgifter om ansvarsfördelning i verksamheten och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmedel. Ett inventariesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.</p>	<p>Den lokala rutinen kring MTP har tagits fram under 2023 med hjälp av stadsdelens MAR.</p> <p>Inventarieförteckningen har blivit utformad enligt Läkemedelsverkets handbok.</p> <p>Årshjul för besiktningar för egenägda hjälpmedel har tagits fram och kontakt sköts av rehab-personal med delat ansvar gällande olika hjälpmedel. Sjuksköterskorna ansvarar för behandlande madrasser.</p> <p>Bruksanvisningarna för hjälpmedel finns i pärm i varje våningsplan. Personalen påminns regelbundet om vikten av att rapportera in uppmärksammade</p>

		<p>brister på olika hjälpmedel samt att se till att hjälpmedlen i dagligt bruk ser fräscha ut.</p> <p>En uppdaterad rutin om <i>MTP</i> finns tillgänglig för samtliga medarbetare i det gemensamma samarbetsrummet <i>Verkyget</i>.</p>
Vårdhygien	<p>I särskilda boenden ska all personal arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamheten ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras i verksamheten.</p>	<p>Verksamheten arbetar kontinuerligt löpande med hygienfrågor i form av påminnelse om basal hygien, användning av skyddsutrustning vid olika vårdmoment vid kontakt med olika kroppsvätskor och även om rengöring av hjälpmedel. Stadsdelens MAS håller verksamheten uppdaterad löpande vid behov och vid ex. smittspridningar av olika slag i samhället. Om patienten har riskfaktorer för smitta ska provtagning göras vid inflyttning enligt en lokal rutin. Vid fall av MRSA ska uppföljande provtagning göras regelbundet enligt handlingsprogram. Verksamheten har under år 2023 utfört den årliga uppföljningen om utbildning av basal hygien, både individuellt och i samband med APT. En uppdaterad rutin om <i>Vårdhygien</i> finns tillgänglig för samtliga medarbetare. Alla medarbetare gör utbildningen samt lämnar diplom för godkänt utförande till närmsta chef, som på det sättet säkerställer att alla medarbetare har gjort utbildningen. Verksamheten tillämpar arbetssättet med hygienombud avdelningsvis.</p>
Rehabilitering	<p>Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i</p>	<p>Arbetsterapeut och fysioterapeut utför bedömningar av de boendens funktion- rörelse och</p>

samband med inflyttning och följas upp minst årligen. Ny bedömning ska erbjudas vid uppmärksammade behov/förändrat hälsotillstånd. Insatser från arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast ska erbjudas efter bedömt behov. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både på verksamhetsnivå och utifrån individuellt bedömda behov hos patient.

aktivitetsförmåga vid nyinflyttning samt regelbundet löpande vid behov. Arbetsterapeuten och fysioterapeuten deltar med sjuksköterskan vid riskbedömningar för trycksår, undernäring och fall.

Demens	Lokala rutiner för vård av personer med demens ska finnas i verksamheten och följa de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. En förutsättning för att säkra detta är att personalen har tillräcklig kompetens inom området, har tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella skyddsåtgärder.	En del av medarbetarna har genomfört utbildningen till BPSD-administratörer för att kunna arbeta med bemötandeplaner med icke-farmakologiska åtgärder, i möjligaste mån, samt kring samtycken för ev. skyddsåtgärder.
Psykisk hälsa	Lokala rutiner för att upptäcka, förebygga och behandla psykisk ohälsa ska finnas i verksamheten och hur de bedömer suicidrisk. En förutsättning för att säkra att personalen tillräcklig kompetens inom området är tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas lokal rutin om verksamheten använder screeninginstrument systematiskt för att upptäcka depression.	<p>En lokal rutin har tagits fram för arbetet kring psykisk ohälsa / hälsa med ett screeningsinstrument för initial bedömning. Arbetssättet behöves dock kontinuerligt följas upp och kännedom hos alla medarbetare försäkras.</p> <p>Vid risk för psykisk ohälsa ska hälsoplan tas fram och diskuteras teamgemensamt.</p> <p>En del av personal har gått utbildning kring detta och ytterligare personal är planerad för att genomföra utbildningen.</p>
Dokumentation	All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Enhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamheten ska ha rutiner för behörighetstilldelning och loggkontroller.	<p>Enhetschefen utför loggkontroller systematiskt och kontroll av hälso- och sjukvårds- samt social dokumentation utförs kontinuerligt.</p> <p>Nätverksträffar sker regelbundet kring social dokumentation och HSL-personal har möjlighet att ta stöd från utvecklingsenhetens verksamhetsutvecklare kring Vodok utöver ett kollegialt stöd lokalt på arbetsplatsen.</p>

<p>Fallprevention</p>	<p>Verksamheten ska ha lokala rutiner för ett fallpreventivt arbete. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till förebyggande åtgärder. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Åtgärder ska planeras i samråd med patient. Ett tvärprofessionellt team är en förutsättning för att lyckas med fallprevention. Personalens kompetens inom området bör regelbundet säkerställas t.ex. genom utbildning och handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska analyseras för att minska risken för ytterligare fall.</p>	<p>Fysioterapeut och arbetsterapeut bedömer den boendens funktion- rörelse och aktivitetsförmåga och vilka hjälpmedel och ev. andra artiklar (som ex. höftskyddsbyxa) som behövs för att i möjligaste mån motverka och minska risk för fall och fallskador. Det kan handla om hjälpmedel vid antingen förflyttning eller i aktivitet som ex. vid toalettbesök / dusch. Samtliga riskbedömningar ska registreras i Vodok och i Senior Alert, om samtycke till registrering i kvalitetsregister finns från den boende. Hälsoplan tas fram vid behov och förankras hos varje profession genom team- och andra möten. Rehabpersonal informerar och utför en HSL-ordination på förflyttning utifrån behovsbedömning i applikationen Appva för digitala HSL-ordinationer. Rehabpersonal kontaktas vid eller till följd av en fallolycka. Fysioterapeuten gör en bedömning av den boendens funktion- och rörelseförmåga efter fall för att utesluta ev. skador till följd samt hjälpmedlen kontrolleras om de varit inblandade vid fallet. Anhöriga / närstående informeras om fallhändelsen vid fallen då den boende har gett sitt samtycke till närståendens delaktighet i sin vård och omsorg. Fallhändelsen bearbetas / analyseras i team-mötet och följes upp ytterligare i det månatliga kvalitetsrådet. Arbetssättet /rutinen kring fall är uppdaterad och finns tillgänglig i det gemensamma digitala samarbetsrummet, Verktyget.</p>
-----------------------	--	--

		Tillsvidareanställd omvårdnadspersonal får en årlig uppföljning, utbildning i förflyttningsteknik och ergonomi samt introduktion ges till olika säsongsvikarier.
--	--	---

<p>Trycksår</p>	<p>Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.</p>	<p>Riskbedömning för trycksår görs vid bedömning av den boendens hälsostatus vid inflytt samt vid behov. Samtliga riskbedömningar ska registreras i Vodok och i Senior Alert, om samtycke till registrering i kvalitetsregister finns från den boende. Hälsoplan tas fram vid behov och förankras hos varje profession genom team- och andra möten. Rutinen för trycksårsprevention är framtagen och uppdaterad i verksamhetens gemensamma digitala mapp <i>Verktyget</i>.</p>
<p>Nutrition</p>	<p>Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med patient. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga malnutrition.</p>	<p>Risk för undernäring bedöms vid den boendens inflytt och vid behov. Samtliga riskbedömningar ska registreras i Vodok och i Senior Alert, om samtycke till registrering i kvalitetsregister finns från den boende. Hälsoplan tas fram om det finns risker och förankras hos varje profession genom team- och andra möten. Verksamheten har ett pågående samarbete med dietist. Verksamhetens SSK har tidigare haft utbildning kring nutrition.</p>

Mun- och tandhälsovård	<p>Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Boende ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Stockholms Regionen.</p>	<p>Arbetsättet /rutinen kring mun- och tandhälsovård är uppdaterad och finns tillgänglig i det gemensamma digitala samarbetsrummet, <i>Verktyget</i>. Samtliga riskbedömningar ska registreras i Vodok och i Senior Alert, om samtycke till registrering i kvalitetsregister finns från den boende. Hälsoplan tas fram vid behov och förankras hos varje profession genom team- och andra möten. Utbildning kring munhälsa för omvårdnadspersonalen utförs av Oral Care enligt ett befintligt avtal. Individuella munvårdskort används som ett konkret verktyg för personal i det dagliga arbetet för munhälsa.</p>
Kontinens	<p>Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problemen med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.</p>	<p>Enheten har SSK med kompetens för förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Basal utredning sker genom riskbedömningsverktyget Nicola, även registrering i Senior Alert görs om samtycke till registrering i kvalitetsregister finns.</p>
Vård i livets slutskede	<p>Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas enligt nationellt kunskapsstöd. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och vid vårdplanering. Etniska och religiösa tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden. Som ett led i att följa upp och utveckla vården ska verksamheten registrera i Svenska palliativregistret.</p>	<p>Arbetsättet /rutinen kring vård i livets slut är uppdaterad och finns tillgänglig i det gemensamma digitala samarbetsrummet, <i>Verktyget</i>. Brytpunktssamtal utförs och dokumenteras inför vård i livets slut. Information och tät kommunikation med den boende och även anhöriga/närstående sker såvida samtycke till deras delaktighet finns från den boende. Enheten har tagit fram sk. palliativa lådor med stödjande konkret material inför livets slut.</p>

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal, m.fl.



Vi uppfattar och bedömer oss ha goda grundförutsättningar för närvarande för säker vård här och nu på Katarinagårdens vård- och omsorgsboende utifrån att egenkontroll tillämpas månadsvis inom respektive professionsområde och de framkomna avvikelserna diskuteras löpande.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdskador. Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonans Analysis Method), inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet, m.fl.

Se det skrivna under specifika mål och strategier s. 19.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning, nationella register, m.fl.



Avvikelser

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

Beskriv **hur** verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

Se det skrivna under Samverkan för att förebygga vårdskador s. 11

Klagomål och synpunkter

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

Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Se det skrivna under patienten som medskapare s.15.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Beskriv **hur** detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling. Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel kompetensutveckling, riskfylld läkemedelsbehandling, patientkontrakt, m.fl.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att samtliga rutiner skall vara kända av berörda medarbetare samt att informationen av rutiner/ tillvägagångssätt är lättillgänglig.

Verksamheten har uppdaterade rutiner i det gemensamma digitala samarbetsrummet Verkyget, tillgång till samtliga medarbetare.

Verksamheten ska se till att samtliga rutiner finns även som utskrivna dokument i en pärm lättillgängligt vid ev. driftstopp eller strömavbrott på en beslutad, känd plats för samtliga medarbetare.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Mål för år 2024 utifrån patientsäkerhetsberättelsen

Mål	strategi	planerade åtgärder	aktiviteter
Samtliga verksamhetsrutiner välkända av alla	Användningen av Verktuget, det digitala samarbetsrummet med rutiner	Påminna medarbetare systematiskt och erbjuda konkret stöd	Reflektioner genom APT, Team-möten, avdelningsmöten, Kvalitetsråd, individuellt vid behov.
Säker vård och omsorg även vid längre driftstopp och strömavbrott	Användningen av en fysisk pärm / pärmar i verksamhet vid behov	Påminna medarbetare systematiskt och erbjuda konkret stöd	Uppdatera fysisk rutinpärm för respektive arbetsområde; SOL, HSL, Arbetsmiljö, KRIS Egenkontroll - deadline
Säkra läkemedelsdelegeringar	Kunskapspridning / överföring	Utbildningsinsatser & (Apotekets) kunskapstest inför läkemedelsdelegering	Planerad utbildning i 3 steg: chefer, ssk , samtlig omvårdnadspersonal
Höja ssk-kompetens och yrkesroll som arbetsledare	Medvetandegöra	Kompetenssatsning	Utbildning via Utvecklingsenheten
Säkerställa kunskapsnivån samtlig personal	Kompetensinventering	Kartlägga varje medarbetares kompetens	Medarbetarsamtal, personliga utvecklingsplan
Förtydliga ansvarsområden HSL	Förtydliga och medvetandegöra	Förtydliga uppdragsbeskrivning för varje HSL-profession	Arbets- uppdragsbeskrivningar lättillgängliga i verksamhetsrutiner
Kvalitetssäkra innehållet av Team-möten och att varje boende ska behandlas minst en gång per år.	Förtydliga och medvetandegöra vikten av varje yrkeskategori i	Följa upp om den framtagna rutinen följes samt om varje yrkesprofessions kompetens	Påminna varje yrkeskategori att förbereda sig till team-mötet inom sitt professionsområde.

	teamarbetet kring den boende	tillvaratas fullt ut. Följa upp på vems ansvar det är att vara sammankallande- varje boende ska tas upp minst en gång årligen.	Uppföljning via HSL-möten med ansvarig chef.
Att HSL-personal känner sig säker på att dokumentera i Vodok	Följa upp i HSL-grupp samt individuellt med medarbetarna	Kartlägga varje medarbetares kompetens och ett ev. stödbehov kring dokumentation	Egenkontroll, reflektion vid HSL-möten
Att god basal hygien råder överallt	Följa upp att rutinen efterföljes kring alla processer	Utse en observatör kring olika hygienmoment	Egenkontroller, reflektion vid månatlig APT
Säkerställa att checklista används vid nyanställningar i olika professionsområden	Uppföljningar yrkesvis: administration, omvårdnad, HSL.	Säkerställa att checklistor finns som täcker varje profession och att den är utformad utifrån verksamhetens befintliga rutiner	Egenkontroller vid nyanställning
Säkerställa att verksamheten lever upp till den nationella värdegrunden och den framtagna personalpolicyn i Stockholms stad	Följa upp att samtal om värdegrund hålls levande	Tillämpa årshjul för APT, ta stöd från utvecklingsenhet vid behov.	Reflektioner i grupp gemensamt, vid kvalitetsråd och vid APT

Patientsäkerhetsberättelse för Bergsunds vård- och omsorgsboende År 2023

Patientsäkerhetsberättelsen avser från 2023-10-01 i och med verksamhetsövergång från Ansvar och omsorg.



Datum: 2024-02-27

Berättelsen framtagen av Johanna Vähätalo, kvalitetssamordnare
Ansvarig för innehållet: Carina Lummer, enhetschef samt Bitr. Enhetschefer Robert Pernmalm och Tuija Niemonen
Diarienummer: SÖD 2024/190

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

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

Innehåll

Sammanfattning	162
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	163
Engagerad ledning och tydlig styrning	163
<i>Övergripande mål och strategier</i>	<i>164</i>
<i>Organisation och ansvar.....</i>	<i>167</i>
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	<i>167</i>
<i>Informationssäkerhet</i>	<i>168</i>
En god säkerhetskultur	169
Adekvat kunskap och kompetens.....	170
Patienten som medskapare.....	171
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	172
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	173
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	174
Säker vård här och nu	174
<i>Riskhantering.....</i>	<i>174</i>
Stärka analys, lärande och utveckling	175
<i>Avvikelse</i>	<i>175</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>175</i>
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	176
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	176
Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.	177

Sammanfattning

Bergsunds vård- och omsorgsboende ingår i Södermalms vård- och omsorgsboendeenhet bestående av sex vård- och omsorgsboenden och drivs i egen regi av Södermalms stadsdelsförvaltning sedan 1 oktober 2023.

Södermalms vård- och omsorgsboendeenhet drivs av en enhetschef med övergripande ansvar och biträdande enhetschefer som ansvarar för den dagliga driften i verksamheterna inklusive budget, personal och arbetsmiljöansvar.

Bergsunds vård- och omsorgsboende ligger i Stockholm på Södermalm.

Bergsund har 123 boendeplatser varav 16 platser är med demensinriktning.

Lägenheterna består av pentry och ett stort hygienutrymme och de flesta lägenheterna har egen balkong. I de allmänna utrymmena har vi en träffpunktslokal vilken används flitigt för olika sociala aktiviteter samt en avsedd lokal för träningar med fysioterapeut och / eller arbetsterapeut. Vi har en stor innergård för utevistelse och bra möjligheter ex. för promenader i närliggande området fritt från biltrafik.

På Bergsund har vi Legitimerade sjuksköterskor i tjänst dygnet runt. De har hälso- och sjukvårdsansvar och handleder omvårdnadspersonal i det dagliga arbetet. Sjuksköterskorna är även en länk mellan den boende och ansvarig läkarorganisation med en namngiven läkare, om inte annat valts av den boende.

Legitimerad arbetsterapeut och fysioterapeut ansvarar för bedömningar av de boendens funktion- rörelse och aktivitetsförmåga och behövda åtgärder utifrån bedömningar och handledning av omvårdnadspersonal i det dagliga arbetet samt genom förskrivning och utprovning av hjälpmedel.

Varje boende har en namngiven ansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut.

Även en kurator med vidareutbildning inom hälso- och sjukvård arbetar på plats.

Vi har högskoleutbildade aktivitetsansvariga /samordnare med spetskompetens i dans och rörelse och musik och drama som planerar och utför aktiviteter i verksamheten.

Boendet besöks regelbundet av representanter från Seniorglädje, Ung omsorg och Svenska Kyrkan. Terapi/vårdhundar kommer på besök.

Läkare med specialistkompetens inom geriatrik har fysisk rond varje vecka på Bergsund och vid behov. Kvällar, nätter och helger finns jourläkare att tillgå.

Södermalms förvaltning har en utvecklingsenhet som Bergsund samarbetar med och får stöd och hjälp vid behov från olika stödfunktioner såsom dietist, vårdpedagog, kvalitets utvecklare och stadsdelens MAS och MAR. Vård- och omsorgsboendeenheten har även en namngiven kvalitetssamordnare som ska vara behjälplig bland annat med att ta fram och följa upp lokala verksamhetsrutiner vid behov och vara en förlängd arm i verksamheterna i det systematiska kvalitetsarbetet.

För att bevaka såväl patientsäkerheten, brukarnöjdheten som personalens arbetsmiljö arbetar vi systematisk med våra interna schemalagda egenkontroller inom olika områden utifrån olika yrkesprofessioner. Dessa bland annat: Dokumentation av både sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser av personal, framkomna avvikelser, tillämpning av basal hygien i alla led och vid olika situationer, kontroll av lagerförhållning av förbrukningsartiklar och hjälpmedel, personalens arbetsmiljö (genom skyddsronder och arbetsplatsträffar) samt mottagna synpunkter- och klagomål både från de boende, närstående och / eller externa vårdgivare och övriga aktörer.

Utöver de schemalagda egenkontrollerna är det månatliga kvalitetsrådet ett arbetssätt att bevaka förhållanden för god och säker vård hos oss. Detta arbetssätt har tillämpats under tiden i privat regi och samma arbetssätt kommer att fortsättas med efter övertagandet av staden med eventuella kommande anpassningar för att i möjligaste mån arbeta så enhetligt som möjligt i hela vård- och omsorgsboendeenheten.

Under de första månaderna i stadens regi har fokus i verksamheten varit att introducera personal och föra över de administrativa rutinerna som staden har till vår verksamhet i Bergsund. De flesta medarbetare har valt att gå över till Stockholms stad vilket kan uppfattas utgöra en bra grund för den fortsatta patientsäkerheten hos oss.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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.



Enhetschefen har det övergripande ansvaret för kvalitén och säkerheten inklusive daglig drift, ekonomi och arbetsmiljö av Bergsunds vård- och omsorgsboende. Till bakgrunden är enhetschefen en erfaren ledare / chef och sjuksköterska. Fyra biträdande enhetschefer arbetar på plats och har ansvar för personal, arbetsmiljö och budgetansvar, lika med att bevaka kvalitén av vården och omsorgen inklusive patientsäkerhet.

Två av de biträdande enhetscheferna har bakgrund som socionomer, en som sjuksköterska och en som fysioterapeut.

Utöver omvårdnadspersonal ansvarar den biträdande enhetschefen med sjuksköterskeutbildning och har specialistkompetens i demens (Silvia-sjuksköterska) för arbetsledning av sjuksköterskor, och chef för fysioterapeut-bakgrund för arbetsledning av rehab-personal.

Samtliga biträdande enhetschefer har arbetat i verksamheten flera år, enhetschefen har blivit tillsatt sedan stadens övertagande.

Bergsunds omvårdnadspersonal har i överlag arbetat länge i huset vilket kan uppfattas tyda på arbetstrivsel och trygghet, en god resurs i sig för god och säker vård.

Varje avdelning har antingen 15 eller 16 boendeplatser. På Demensavdelningen finns det en möjlighet att dela avdelningen med dörrar Natten bemannas av en undersköterska i varje avdelning/våringsplan, ingen löpare används. Natten bemannas även av en tjänstgörande sjuksköterska.

HSL-bemanningen består sammanlagt av 11 sjuksköterskor. En av sjuksköterskorna har specialistkompetens som distriktsköterska. Samtliga sjuksköterskor har kunskap i demens genom webb-baserade utbildningar av Svenskt Demenscentrum. Boendet avser även att få demensavdelningen bli stjärnmärkt så fort det blir möjligt.

Rehab-personal består av två arbetsterapeuter och två fysioterapeuter.

Stratsys, ILS-webb är ett verktyg i Stockholms stads kvalitetsledningssystem. Verksamheten kontrolleras genom uppföljningar med tertialrapporter och årlig verksamhetsberättelse och verksamhetsplan i systemet. Olika processer bevakas lokalt genom schemalagda egenkontroller månadsvis. Årshjul används som ett konkret verktyg i detta och täcker respektive professionsområde gällande såväl patientsäkerheten med vård- och omsorgsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser som personalens arbetsmiljö för bästa förutsättningar för en god och säker vård.

Vid ev. tänkta förändringar i verksamheten ska risk- och konsekvensanalyser göras inför godkännandet och verkställandet av implementeringar av nya arbetssätt.

Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

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.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur med aktivt arbete för att eliminera vårdskador av olika slag genom tidig riskidentifiering. Medarbetare uppmanas och påminns om vikten av att skriva avvikelser när det är aktuellt.

Bergsunds vård- och omsorgsboende har brutit ner verksamhetsmålen nedan utifrån de nationella och företagspecifika målen under driften av Ansvar och Omsorg fram till oktober 2023. Vid genomgång av målen och den befintliga strategin med arbetssätten kan dessa konstateras vara i linje med Stockholms stads, stadsdelsförvaltningens och nämndens mål gällande god och säker vård.

Dessa är:

Nationell Vision och Mål

God och säker vård överallt och alltid

Övergripande mål för Bergsund

God patientsäkerhetskultur i vården

Övergripande strategi

Vi har arbetat med teamforum där sjuksköterska kallar in teamet som består av rehab-personal, dietist, kontaktperson, kurator samt

		<p>vid behov aktivitetscoach. Vi har haft vårdplaneringar där den boende, närstående, chefen samt teamet har deltagit. Vi har haft SIP-möten där även PAL har deltagit. Målet är även att samtliga boendens genomförandeplaner i Sol-dokumentation är uppdaterade aktuella och utgår från individens / den boendens behov och önskemål.</p>
<p>Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada</p>	<p>Vi arbetar aktivt genom de nationella kvalitetsregistren såvida samtycke finns från den boende</p>	<p>Vi har registrerat kontinuerligt enligt planen i Senior alert, palliativ register samt BPSD på demensavdelningen.</p>
<p>Säkerställa god vård efter behovsbedömning</p>	<p>Upprätta vårdplaner</p>	<p>Vi arbetar kontinuerligt med vårdplaner. I vårdplanen beskrivs risk/problem, åtgärder och planerat datum för uppföljningar. De aktuella vårdplanen ska vara kända av både den boende själv som behörig personal för att kunna arbeta multiprofessionellt och uppnå god hälsa i möjligaste mån.</p>
<p>Initiera förbättringar med aktiva åtgärder vid behov</p>	<p>Avvikelsehantering och analysering</p>	<p>Uppmuntra och påminna samtlig personal till att skriva avvikelser vid behov. Både gällande SOL, HSL samt arbetsmiljö.</p>
		<p>Vi har under 2023 haft både läkemedelsavvikelser och fall-avvikelser som först har tagits upp på ett avdelningsmöte och sedan följts upp på kvalitetsråd månadsvis med teamet där representanter finns från varje yrkeskategori, HSL och omvårdnadspersonal samt arbetsledning.</p>
		<p>Syftet är att fortsätta med detta arbetssätt även under stadens regi sedan oktober 2023. Planerat även sedan stadens övertagande i oktober 2023 – ett implementerat</p>

samarbeta med
kvalitetssamordnare kring
detta löpande samt vid behov.

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 under 2023. Vid behov ges återkoppling till den / de berörda. Samma arbetssätt är planerat att fortsättas med i stadens regi.

Måltidsobservationer/
Motverka nattfasta

Dietist upprättar
mätninginstrument
/ material tas fram vid behov

Nattfaste-mätningar samt uppföljningar och åtgärder har gjorts. Mixers har köpts in för att göra energirika smoothies. Dietisten har även haft utbildning för teamet under året 2023. Samma dietist är kvar i sin tjänst mot Bergsund och arbetet planeras fortsätta inom stadens regi på samma sätt i möjligaste mån.

Fallprevention

Rehabteamet (arbetsterapeuter och fysioterapeuter) gör individuella vårdplaner och åtgärdsplaner utifrån behovsbedömning. Fysioterapeut och arbetsterapeut inventerar behov av utbildning och handledning i förflyttningsteknik och ergonomi för omvårdnadspersonal.

Vi har utbildat nyanställda samt dels tillsvidareanställd personal. Individuell ADL -bedömning och bedömning av funktion- och rörelseförmåga utförs för samtliga boende utifrån samtycke samt genom information / samarbete med omvårdnadspersonal. Arbetssättet fortsätter under stadens regi.

Hygienriktlinjer följes

Att man följer årliga rutinen

Vi har gjort hygienobservationer och självskattning under 2023. Vi har även haft hygienombudsmöten regelbundet där vi diskuterar vikten av hygienrutin. Samtlig personal har gjort en webb-baserad basal hygienutbildning. Vi uppfattar oss ha kunnat lyckas med smittspridningen av bl.a. covid 19 –fall tack vare det och source control. Kontroll

av att hygienrutinen tillämpas
fortsätter under stadens regi.

Nyttillkomna arbetssätt sedan övertagandet av Stockholms stad. Insatser som gjorts under 2023:

- Driftsättning av Digitala läkemedelsskåp för bättre spårbarhet.
- Lokalanpassning av samtliga verksamhetsrutiner från Södermalms vård och omsorgboendeenhet

Organisation och ansvar

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

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som till exempel chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter och patientnämnden ingå.

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

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare / boende 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 stadens värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningssätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade och ordinerade uppgifter kopplade till hälso- och sjukvårdsinsatser fullbordas enligt instruktion och fastställda krav samt rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ska säkerställa att verksamheten uppfyller kraven enligt HSL.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Beskriv **hur** och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser

mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Beskriv även om det finns processer och områden där samverkan saknas.

För att undvika vårdskador arbetar Bergsund aktivt med att de befintliga verksamhetsrutinerna skall vara kända av samtliga medarbetare samt genom god daglig informationsöverföring med olika yrkesprofessioner emellan.

Även riskbedömning utifrån våldsprevention ska göras på individnivå vid behov. Medarbetare skall känna till hur gå till väga vid misstanke om våld i nära relationer.

Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten löpande och allvarligare händelser eller risker rapporteras vidare för stadsdelens MAS och MAR. Avvikelserna diskuteras gemensamt i team-möten, HSL-möten och de månatliga kvalitetsråden som tidigare nämnts.

Samverkansöverenskommelser, befintliga avtal finns med:

- *Capio* angående läkarinsatser med rond två ggr i veckan på fasta dagar, tisdag och fredag.
- *Oral Care* för munhälsobedömningar och utbildning i munhälsa för omvårdnadspersonal
- *Fot & hälsa* för både medicinsk och övrig fotvård
- *Regionen* för överrapporteringar, samverkan vid sjukhusvård, inför besök hos audionom mm.
- *Samverkan med Södersjukhuset* och Atlas för bårtransporter

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården tillämpas.

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

Systemstöd Vodok används för journalföring av hälso- och sjukvård.

Vid flytt till Bergsunds vård- och omsorgsboende inhämtas samtycke från den boende hur denne vill ha det, vilka närstående eller förmånsbevakare som är tillåtna att ta den av dennes journal. Samtycke inhämtas även gällande om den boende godkänner informationsöverföringen mellan olika professioner på boendet samt informationsöverföringen med olika aktörer emellan. Samtycke inhämtas såväl om den boende godkänner registreringar i olika nationella kvalitetsregister.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan med e-legitimation identifiera sig i olika digitala system för informationsöverföring mellan externa vårdgivare om samtycke från vårdtagaren / den boende finns. En av dessa exempelvis den nationella patientöversikten (NPÖ) vid fallen den externa vårdgivaren är regionansluten.

Samtliga medarbetare på boendet har egna tjänstekort med inloggningar till verksamhetssystem och utbildningar i dokumentation anordnas regelbundet inom stadsdelen samt lokalt stöd finns

avdelningsvis genom ombud för dokumentation. Kvalitetssamordnaren är även tänkt att fungera som ett lokalt stöd i dokumentation vid behov samt som chefsstöd för egenkontroller av dokumentationen.

Rutin finns med schemalagda arkivleveranser i stadsdelen gällande både hälso- och sjukvårdsdokument och social dokumentation som allmänna handlingar.

Samtliga medarbetare påminns regelbundet om informationssäkerheten kring GDPR vilken cheferna har tidigare fått utbildning i.

Schemalagda egenkontroller är ett arbetssätt för att bevaka en kontinuerlig och konsekvent dokumentation gällande både hälso- och sjukvård om sociala insatser som tidigare nämnts.

Vid egenkontrollen kontrolleras även att samtliga personakter innehåller information om ansvarig personal, chef, närstående och ev. godeman, förvaltare om sådana finns. Chefens ansvar är även att inhämta information, bekräftelse på godeman/förvaltare-intyg och se till att information om detta blir överfört till den boendens personakt.

En god säkerhetskultur

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

Beskriv **hur** ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker.

Beskriv även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs.

Beskriv gärna vilka verktyg ni använder för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

Stockholms stad avser att arbeta aktivt med personal- och arbetsmiljöpolicyerna då personalens engagemang och delaktighet ses som en avgörande förutsättning för en god säkerhetskultur.

För att följa upp personalens arbetsförhållanden och påverkansmöjligheter utförs en årlig kartläggning av arbetsmiljön, både den fysiska och den sociala och organisatoriska, individuellt och i grupp-nivå. Arbetsmiljön är en pågående punkt på agendan för arbetsplatsträff månadsvis.

Skyddsrund utförs i verksamhet regelbundet i samråd med arbetstagar-representanter.

Medarbetarundersökning utförs årligen och resultat bearbetas samt handlingsplan tas fram vid behov.

Medarbetare uppmuntras även till att rapportera händelser, tillbud och olyckor i stadens / kommunernas informationssystem för arbetsmiljö, IA.



Kvalitetsråd är ett forum som funnits tidigare hos den privata aktören Ansvar och Omsorg . Detta arbetssätt finns även i staden och ska fortsättas med. Kvalitetsrådet planeras ske en gång i månaden. Syftet är att kontinuerligt bearbeta de mottagna avvikelserna i verksamhet för vidare analys av händelseförloppen, hur åtgärda bäst och hur förhindra liknande händelser framöver. Varje profession ska ha sin företrädare vid rådet lika med kvalitetssamordnare och minst en chef på plats.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Beskriv **hur** yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. Beskriv **hur** säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens. Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Kontinuitet på vårdgivare- vårdtagare-kontakten och medarbetarnas kunskaper och kompetens är den viktigaste förutsättningen för god personcentrerad vård och omsorg.

De flesta medarbetare är undersköterskor med professionsrelaterade krav för erhållen skyddad yrkestitel.

Medarbetarnas språkkunskaper kan variera gällande det svenska språket vilket är en utmaning i sig men något som aktivt planeras arbetas med bland annat genom anpassat stöd vid behov, vid exempelvis dokumentationen av omvårdnadsinsatser. Varje avdelning har ett namngivet ombud för dokumentation. Ombuden ska även vara ett extra stöd för de övriga medarbetare verksamhetsövertäckande vid behov.

Stockholms stad avser att införa kompetenstrappor inom äldreomsorgen för kvalitetssäkring av kompetensförsörjning i alla led. En viktig del i detta arbete är det årliga medarbetarsamtalet med den ansvariga chefen som bör hålla sig uppdaterad på var medarbetaren befinner sig kompetensmässigt i relation till verksamhetens mål samt även individuellt utifrån medarbetarens önskemål, styrkor och utvecklingsbehov.

Årliga genomgångar utförs för omvårdnadspersonal angående munhälsovård och inkontinens med de aktörer som avtal skrivits med.

Områden där kompetensutveckling/försörjning även är planerad fortsättningsvis under år 2024 är palliation, psykisk ohälsa, våld i nära relationer och HLR som redan tidigare nämnts.

Sjuksköterskornas kompetensuppehållande och höjande insatser bevakas av den berörda chefen. Detsamma gäller samtlig rehab-personal, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Verksamheten har möjlighet att årligen ansöka om stimulansmedel, statsbidrag till olika kompetenshöjande insatser för personal. Denna möjlighet diskuteras vid jämna mellanrum och vid ansökningstider genom ledningsgruppsmöten med alla chefer.

Verksamheten förväntas årligen ta emot studerande genom befintliga avtal med olika läroinstanser. Detta ser vi på Bergsund positivt och som en möjlighet att knyta an kontakter med blivande, kunnig arbetskraft.

Vi skattar oss ha god kontinuitet med vår arbetskraft på Bergsund. Vid nyanställning tillämpar vi redan lära känna samtal med medarbetarna i enlighet med Stockholms stad personalpolicy och omtanke-samtal vid längre sjukfrånvaro och vid uppmärksam risk för arbetsrelaterad ohälsa i enlighet med arbetsmiljöpolicyn. Vid använder oss av även fasta timvikarier i möjligaste mån för att säkerställa en god vård och omsorg i möjligaste mån.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Ge exempel på **hur** patienterna görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.

Boendets och närståendes delaktighet är avgörande för god, personcentrerad och säker vård. Detta tas tillhänsyn redan vid uppvisningen av lägenhet, vid inflytt och under och efter vårdtiden hos oss. Närståendes delaktighet tillåts förutsatt att den boende själv har gett sitt samtycke till detta eller att det på andra sätt kan bekräftas vara lämpligt.

Den boende skall vara delaktig vid framtagningen av hälsoplan, de olika HSL- ordinationer utifrån dessa, lika med planeringen av andra insatser av samtlig personal. Genomförandeplanen upprättas utifrån den boendets egna önskemål och behov och ska godkännas av den boende genom underskrift eller genom bekräftat godkännande på annat sätt om en konkret underskrift inte är möjlig.

Anhörig/närståendeträffar ses som ett tillfälle för utbyte av erfarenheter med anhöriga/ närstående emellan eller för att kunna hjälpa anhöriga / närstående vidare med sina funderingar. Verksamheten planerar att testa arbetssätt anhörigcafé månadsvis i detta arbete där viss representation av medarbetare planeras från verksamhet i form av kurator, några chefer och ev. andra medarbetare.

Verksamheten anordnar även boenderåd där samtliga boende ges möjlighet att komma med synpunkter och önskemål.

Varje biträdande enhetschef har sin postlåda utanför kontoret där synpunkter från både medarbetare, boende och / eller anhöriga / närstående kan lämnas. Samtliga synpunkter och / eller klagomål hanteras skyndsamt.

Vid fallen av ev. anmälan enligt lex maria eller lex sarah erbjuds boende och närstående en möjlighet till delaktighet vid fallen det anses som lämpligt vid internutredningar (enligt 3 kap 3 § i patientsäkerhetslagen; 2010:659).

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

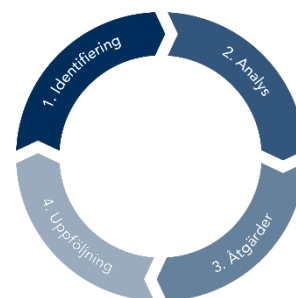
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

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



1. Identifiering

- Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverket och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning).

2. Analys

- Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning. Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras visas i bilaga 1.

För lägesbild av **Identifiering, analys, åtgärder och uppföljning av åtgärder** på Bergsunds vård- och omsorgsboende se rubriken *Övergripande mål och strategier*, sida 7-10. Planen för

månadsvisa schemalagda egenkontroller på respektive verksamhetsområde professionsspecifikt är ett sätt att systematiskt bevaka god och säker vård i olika led.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Beskriv **hur** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp. Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäckta vårdskador i rimlig tid?

Beskriv identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, m.fl.

Riskbedömningar angående risk för trycksår, undernäring, fall och munhälsa utförs vid den boendens inflytt och mera komplett hälsostatus senast under de två första veckorna på boendet av hälso- och sjukvårdspersonal i nära samarbete med omvårdnadspersonal och utifrån informationen från den boende själv.

Utifrån riskerna och utifrån varje yrkesprofessioners kompetens / ansvarsområde tas hälsoplan fram med ordinationer av arbetssätt för omvårdnadspersonal. Samtliga hälsorisker följes upp regelbundet samt vid behov på team-möten. Strukturen för team-möten är planerat att följas upp under våren 2024 för att kvalitetssäkra att samtliga boendens hälsoläge blir kartlagt minst en gång var sjätte månad.

Vid framkomna avvikelser åtgärdas dessa omedelbart samt bearbetas och analyseras vidare på månatliga kvalitetsråd.

Vid inflytt utförs riskbedömning angående arbetsmiljön hos den boende av omvårdnadspersonalen. I detta arbete medarbetaren stöd från rehab-personal, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som utför bedömningar av den boendens funktion- rörelse- och aktivitetsförmåga och förskriver hjälpmedel utifrån behovet lika med att boendemiljön anpassas så att vården och omsorgen kan ske riskfritt arbetstekniskt för omvårdnadspersonal.

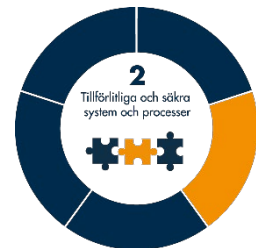
Även risk för brand specifikt i den boendes lägenhet kartläggs av omvårdnadspersonalen i nära samband med inflytt.

Vid inflytt får samtliga boende ett trygghetslarm vars funktion kontrolleras omgående. Kontroller utförs utöver löpande och åtgärdas omgående vid behov.

Vid kända risker för smitta eller annan viktig information att ta tillhänsyn vid planerandet av olika omvårdnadsinsatser är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att rapportera detta vidare och handleda övrig personal.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK), läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning, m.fl.

Se sida 7-10: Övergripande mål och strategier. Bifogar årshjul på egenkontrollplan kring HSL i slutet av dokument som en bilaga,

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokalisering av patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal, m.fl.



Vi uppfattar och bedömer oss ha goda grundförutsättningar för närvarande för säker vård här och nu på Bergsunds vård- och omsorgsboende.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

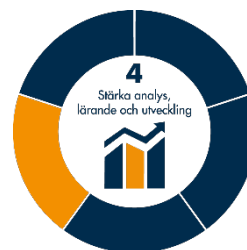
Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdsador. Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonance Analysis Method), inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet, m.fl.

Se sida 7-10: *Övergripande mål och strategier*. Ett befintligt arbetssätt med avvikelshantering och månatligt kvalitetsråd pågår vilket ska följas upp under år 2024. Lika med de årliga verksamhetsuppföljningarna av stadens och stadsdelens stödfunktioner; tertial rapporter, verksamhetsuppföljning av både de sociala och hälso- och sjukvårdsinsatser samt statistik genom olika kvalitetsregister.

Nulägesbild vid utskrift av denna patientsäkerhetsberättelse kring ex palliation på Bergsunds vård- och omsorgsboende: Vi har fortsatt utvecklingsbehov på områden kring smärtskattning och munhälsa vid vård i livets slut enligt status via det palliativa registret i början av 2024.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning, nationella register, m.fl.

Avvikelser

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

Beskriv **hur** verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

Se sida 7-10: *Övergripande mål och strategier*.

Statistik angående hälso- och sjukvårdsavvikelser under tiden från Stockholms stads övertagande fram till årsslutet:

20231001-20231231:

Läkemedel = 22

Fall = 20

Vårdkedjan = 1

Specifik omvårdnad = 2

Klagomål och synpunkter

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

Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av

klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Se sida 7-10: Övergripande mål och strategier

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Beskriv **hur** detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling. Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel kompetensutveckling, riskfylld läkemedelsbehandling, patientkontrakt, m.fl.

Verksamheten arbetar kontinuerligt med att samtliga rutiner skall vara kända av berörda medarbetare samt att informationen av rutiner/ tillvägagångssätt är lättillgänglig.

Cheferna har i dagsläge tagit fram en digital gemensam rutinmapp där samtlig tillsvidareanställd personal har tillgång till. Målet är under vår 2024 fortsätta att säkerställa att samtliga rutiner stämmer överens med verkligheten och börja överföra materialet till stadsdelens digitala rutinpärm, *Verktyget*. Rutin vid kris är en verksamhetsrutin.

Verksamheten ska se till att samtliga rutiner finns även som utskrivna dokument i en pärm lättillgängligt vid ev. driftstopp eller strömavbrott.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Se sida 7-10: Övergripande mål och strategier. Mål, strategier och utmaningar för kommande år, 2024:

- Systemet Appva för digital signering. Kommer att införas under våren 2024.
- Säkra läkemedelsdelegeringar och Apotekets bevakad kunskapstest. Utbildning i tre steg. 1. för samtliga chefer, 2. Sjuksköterskor, 3. Omvårdnadspersonal. Våren 2024.
- Genomgång av samtliga verksamhetsrutiner med olika arbetsgrupper. Överföring till stadsdelens digitala samarbetsrum *Verktyget*, under vår 2024. Introduktion- och praktisk handledning-stöd för samtliga medarbetare.
- Genomgång av de faktiska SOL- och HSL-pärmarna avdelningsvis. Pågående arbete. Kvalitetssäkring av informationsöverföring vid ev. driftstopp eller strömavbrott.
- Utbildning för palliativa ombud (1 ombud från varje avdelning) genom Betania-stiftelsen för att kvalitetssäkra arbetssättet kring palliation. Våren 2024.

- Utbildning för personal i psykisk ohälsa. Våren 2024
- Utbildning i HLR – 4-5 representanter från boendet ska utbildas för att kunna fungera som interntutbildare för verksamhet och / eller hela vård- och omsorgsboendeenhet i stadsdel. Under vår - höst 2024.
- Hjälpskommer även tas lokalt till verksamhet via Utvecklingsenhetens vårdpedagog inom valda fokusområden så som ex. utbildning / uppföljning i basal hygien, kompetenshöjning; uppföljning i bedömning av de vitala parametrar och kommunikation med SBAR. En utbildningsåtgärdsplan är även planerad för samtliga sjuksköterskor med syfte att stärka sjuksköterskornas arbetsledande funktion utifrån omvårdnadsansvar.

Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

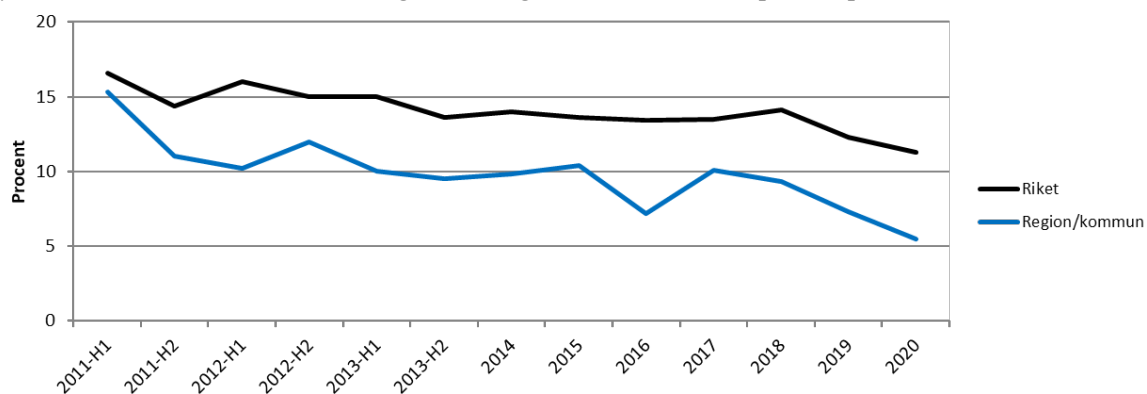
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Exempel 1: Nedan visas ett exempel på hur en sammanställning kan göras utifrån beskrivande text och diagram.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska.

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande enligt punktprevalensmätning en gång per år och följs dagligen online. På länets sjukhus hade 5,3 procent av de inläggande patienterna trycksador eller trycksår vid vårens nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 11,3 procent.



Analys av resultat: Målet att förekomsten av trycksår ska minska är uppfyllt på övergripande nivå, dock ses ökning av förekomsten på någon enstaka enhet. Ny personal kan vara en anledning, samt avsaknad av avlastande madrasser. Något fler män än kvinnor hade trycksår under året.

Åtgärd: På enheter med högre förekomst av trycksår genomfördes trycksårdialog, utbildning, materialöversyn och extramätning under hösten.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Åtgärderna på berörda enheter hade effekt och trycksårsförekomsten minskade.

Exempel 2. Nedan visas ett exempel på hur en sammanställning kan göras i tabellformat.

Trycksår

Områden	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<i>Ex trycksår</i>	<i>Förekomsten av trycksår ska minska varje år</i>	<i>År 2020 hade 5,3% av inläggande patienter trycksår (6,2% år 2019) (Riket 11% år 2020)</i>	<i>Målet uppfyllt på övergripande nivå. Viss ökning på enstaka enheter</i>	<i>Enheter med högre förekomst genomfört utbildning och extra mätning</i>	<i>Dialoger har genomförts med de enheter som visat ökad förekomst. Åtgärderna hade effekt och förekomsten minskade</i>	<i>Samtliga vårdenheter PPM våren 2020 (1gf år). Enheter med ökad förekomst extra mätning varannan månad</i>	<i>PPM-trycksår Sveriges Kommuner och Regioner</i>

Bilaga 1 / Årshjul- egenkontrollplan HSL . Stockholms stad, Södermalms stadsdelsförvaltning. Äldresomsorg, särskilt boende.



Bilaga 2 / Årshjul- egenkontrollplan Rehab-personal specifika. Stockholms stad, Södermalms stadsdelsförvaltning. Äldreomsorg, särskilt boende