

Patientsäkerhetsberättelse för Mälarbacken vård- och omsorgsboende År 2023



Datum: 2024-02-29

Ansvarig för innehållet: Leila Bakhshi

Diarienummer: BRO 2024/124

Inledning

Vårdgivaren ska årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen *PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §* 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 utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet som är framtagen av Socialstyrelsen. Berättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	8
En god säkerhetskultur	14
Avvikelse	14
Klagomål och synpunkter	16
Adekvat kunskap och kompetens	16
Patienten som medskapare	18
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	18
Öka kunskap om inträffade vårdskador	21
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Stärka analys, lärande och utveckling	25
Utvärdering och måluppfyllelse	25
Öka riskmedvetenhet och beredskap	29
Riskhantering	29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	30
Bilaga 1	33

SAMMANFATTNING

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. I patientsäkerhetsberättelsen redovisas verksamhetens arbete som genomförts under verksamhetsår 2023 för att nå en patientsäker vård och omsorg. I föregående berättelse bestäms särskilda delmål som verksamheten ska arbeta mot under året. För verksamhetsår 2023 bestämdes följande mål:

Delmål 1: Utbildning och kompetenshöjning för ökad patientsäkerhet

Delmål 2: Förbättrad följsamhet till rutiner gällande hantering och administrering av läkemedel i syfte att minska läkemedelsavvikelser, hindra fallskador samt förbättra dokumentation i avvikelsemodulen.

Delmål 3: Förbättrad följsamhet till åtgärder kopplade till hälsoplan utifrån riskbedömningar samt dokumentation i journal.

Delmål 4: Minska risken för ofrivillig viktninskning genom möjlighet till ökad delaktighet vid personcentrerad omvårdnad avseende aktivitet och måltidssituation.

Verksamheterna har arbetat mot att nå de uppsatta målen genom att genomföra olika aktiviteter som redovisas i berättelsen. Verksamheten kan konstatera att ett av fyra delmål uppfyllts i sin helhet, och att tre bedömts vara delvis uppfyllda.

Under 2023 har en genomgång av anställd personals utbildningsnivå genomförts i syfte att säkerställa rätt kompetens och utbildningsnivå. Utifrån genomgången har verksamheten genomfört flertalet utbildningsinsatser för att säkerställa rätt kompetens. Utbildningsinsatser som genomförts har bland annat varit utbildning i avancerad sårvård samt utbildning av BPSD administratörer (Beteendemässiga, psykiska symptom vid demens). Verksamheten bedömer att delmål 1 är uppnått, men kan konstatera att kompetensutveckling är en konstant och pågående process.

Vidare har verksamheten genomfört en kartläggning av samtliga enheters avvikelshantering av läkemedel och fall för att se om det finns en följsamhet till befintliga rutiner. Kartläggningen visar att det finns gemensamma arbetssätt för avvikelshantering men följsamheten inte uppnås i sin helhet på vissa enheter. Därmed anses delmål 2 vara delvis uppfyllt.

Dokumentationsgranskningen som genomförts under 2023 visar att mål 3 anses vara delvis uppfyllt.

Verksamheten kan konstatera att det även fortsatt saknas delar avseende vad som ska dokumenteras i en hälsoplan samt hur det ska följas upp.

Verksamheten har under året arbetat med flertalet åtgärder för att minska risken för ofrivillig viktninskning. Bland annat genom matlyftprojekt, uppföljning av vikt och nutritionsplan i Senior Alert,

utökad dietistkonsultation och förbättrat teamarbete kring nutritionen. Fortsatt arbete krävs för att minska ofrivillig nattfasta och förbättra näringstillståndet hos boende/patienter. Mål 4 anses vara delvis uppfyllt. Merparten av personer som deltagit i nattfastemätning uppfyller Socialstyrelsens rekommendation <11 timmars nattfasta. Resultat från kvalitetsregistret Senior Alert visar att 80 % av planerade nutritionsåtgärder är genomförda varpå målet anses delvis uppfyllt.

Sammanfattningsvis visar måluppfyllelsen att det gjorts framsteg inom områdena utbildning och kompetenshöjning, läkemedelshantering, och förebyggande av viktnedgång. Samtidigt krävs fortsatt arbete för att förbättra följsamheten till dokumentationsrutiner och för att minska risken för läkemedelsavvikelse.

Utifrån analysen från patientsäkerhetsarbetet för 2023 har verksamheten valt att arbeta för följande målsättningar under 2024. Målsättningarna inklusive delmålen finns även samlade i avdelningens och enhetens verksamhetsplaner och följs där upp kontinuerligt under året:

Mål 1 - Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande delmål:

- Initiera införandet av digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelshantering
- Ta fram nya/revidera befintliga rutiner för HSL som ska finnas tillgängliga digitalt
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom verksamheten
- Bidra till att skapa ett gemensamt nätverk för dokumentationshandledare
- Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska avvikelser
- Förbättrad dokumentation
- Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning i simulerad vårdmiljö (metodrum)

Mål 2 - Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande delmål:

- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs

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.



På Mälarbackens vård- och omsorgsboende finns 282 lägenheter med inriktning somatik, demens samt profilerna korttidsvård och psykiatriskt boende. Dessutom finns en dagvård för personer med en demenssjukdom samt ett tillagningskök och en caféverksamhet. Boendet har HSL-personal dygnet runt och cirka 300 anställda. En chefsförtätning i verksamhetens ledning har möjliggjort att uppföljningar i både personalfrågor, ekonomi samt arbetsmiljö har skapat tydligare styrning mot målen. Det har också resulterat i minskade sjukskrivningstal samt mer stöd till verksamhetens personal för att möjliggöra för dem att fullfölja sina uppdrag med målet att uppnå en tryggare patienter och en säker vård.

Övergripande mål och strategier

Verksamhetens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet dygnet runt. Att vården är säker är en grundsten i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. En säker vård där förekomsten av vårdskador är låg, handlar ytterst om att skapa en god vård. Utifrån det övergripande målet har fyra delmål tagits fram, vilka verksamheten arbetat för att uppnå under året. Målen har valts utifrån verksamhetens behov för utveckling och förbättring av patientsäker vård och redovisas nedan. Genom systematiska kontroller och uppföljningar i verksamheten identifieras och minimeras riskerna, vilket ökar möjligheterna för att bedriva säker vård av god kvalitet. Ansvar är gemensamt för vårdens alla professioner men ytterst ansvar ligger på verksamhetens ledning. Utöver den egna professionen krävs samarbete med andra professioner och med både patienter/boende/gäster och närstående för att uppnå en trygg och säker vård. Vårdens professioner bör arbeta personcentrerat, samverka i team, utöva evidensbaserad vård och eftersträva ökad kunskap för kvalitetsutveckling för att trygga en god hälso- och sjukvård med hög patientsäkerhet.

Följande strategier och arbetssätt har använts för att nå delmålen:

Delmål 1: Utbildning och kompetenshöjning för ökad patientsäkerhet

- Utveckling och bibehållande av kompetens genom utbildning/fortbildning av personal. Bland annat har utbildningar i demensvård utifrån Silviahemmets vårdfilosofi planerats i syfte att säkerställa en god vård och omsorg för boende med demenssjukdom. Verksamheten bibehåller således sin ”Silviacertifiering”. Särutbildning till all personal, där hela avdelningen blir certifierad efter ett kunskapstest, har påbörjats under 2023.

- Introduktion av nyanställda sker enligt fastställd mall med webbutbildningar samt utbildning i förflyttningskunskap av rehabiliteringspersonal. Därefter ingår en introduktionsperiod med handledande kollega under 1-2 veckor vid den aktuella enheten, Den handledande kollegan fungerar också som en mentor under de första månaderna. Introducerande handledare återkopplar till chef som beslutar om eventuell förlängd introduktion eller annat stöd som kan behövas för att den nyanställda medarbetaren ska kunna fullfölja sitt uppdrag.
- Upprätthålla hygienisk standard hos all personal genom hygienutbildning samt egenkontroll och självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner.
- Fler exempel på utbildningar som genomförts under året anges under avsnittet: ”Adekvat kunskap och kompetens”

Delmål 2: Förbättrad följsamhet till rutiner gällande hantering och administrering av läkemedel i syfte att minska läkemedelsavvikelser, hindra fallskador samt förbättra dokumentation i avvikelsemodulen.

- En central del i att kunna bedriva en säker vård och omsorg är att verksamheten har ett komplett och uppdaterat kvalitetsledningssystem. Under året har verksamheten fortsatt att arbeta med att uppdatera och implementera en del HSL- rutiner. Till exempel rutin för delegering och läkemedelshantering.
- Två biträdande enhetschefer från ledningsgruppen har fått uppdrag att tillsammans med HSL-utvecklare se över HSL-rutiner, uppdatera dem och informera övriga chefer om uppdateringar. Övriga chefer informerar i sin tur sin HSL-personal och ser till att implementera nya/uppdaterade rutiner på enheterna.
- Nya rutiner och arbetssätt med signeringslistor för läkemedelshantering har införts. Även loggkontroller av HSL-personal har utförts.
- Utredning, analys och uppföljning av hälso- och sjukvårdsavvikelser har skett i samarbete med MAS. Arbetet kommer att fortsätta 2024.

Delmål 3: Förbättrad följsamhet till åtgärder kopplade till hälsoplan utifrån riskbedömningar samt dokumentation i journal.

- Egenkontroll av dokumentation med strukturerad dokumentationsgranskning utifrån fastställd mall. Årets granskning har fokuserat på att säkerställa att läkemedelsgenomgångar utförts och att hälsoplan för palliativ vård fanns dokumenterad för aktuella patienter.
- Uppföljning av registreringar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert ger möjlighet till ett mer systematiskt arbete gällande identifiering av risker samt uppföljning av vidtagna åtgärder. Några av verksamhetens enheter använder kvalitetsregistret Senior Alert som en väl inarbetad metod och ett evidensbaserat verktyg i vård- och omsorgsarbetet för att göra riskbedömningar, sätta in åtgärder samt följa upp åtgärder. Samtliga enheter gör uppföljningar fyra gånger per år

med genomgång och analys men har inte nått systematiken ännu för att registrera alla fallavvikelser i registret.

Delmål 4: Minska risken för ofrivillig viktninskning genom möjlighet till ökad delaktighet vid personcentrerad omvårdnad avseende aktivitet och måltidssituation.

- Mätning av nattfastan sker i samarbete med legitimerad dietist och med fastställd mall som är gemensam för hela Stockholms stad för möjlighet till jämförelser. Mätningen registreras på ILS webb, (internt ledningssystem). Verksamheten har även genomfört matlyftprojekt, uppföljning av vikt och nutritionsplan, utökad dietistkonsultation och förbättrat teamarbete kring nutritionen i syfte att minska risken för ofrivillig viktninskning

Organisation och ansvar

Nedan beskrivs hur ledningsorganisationen för patientsäkerhetsarbetet är organiserat på huvudmannan- och vårdgivarnivå.

Stadsdelsnämnden

Stadsdelsnämnden ansvarar för en stor del av den kommunala servicen inom stadsdelsområdet och de förtroendevalda i stadsdelsnämnden beslutar vad som ska prioriteras för de kommunala verksamheterna inom området.

Stadsdelsförvaltningen

Stadsdelsförvaltningen ska genomföra nämndens beslut. Avtal finns med stödfunktioner inom patientsäkerhet som Vårdhygien och smittskyddsenheten, Palliativt kunskapscenter (PKC) samt Apoteket AB.

Enhetschef

Enhetschef ska svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Enhetschef svarar även för att patientens behov av vård, trygghet, kontinuitet och samordning tillgodoses samt att en legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut eller legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast utses som fast vårdkontakt för denne. Enhetschefsansvaret frångår inte andra befattningshavare inom hälso- och sjukvården deras yrkesansvar. Enhetschefen har det samlade ledningsansvaret men kan överlåta till annan befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet av att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Detta ska dokumenteras. Eftersom verksamheten har 11 boendeenheter med olika inriktning samt tillagningskök och kaféverksamhet har enhetschefen fördelat ledningsuppgifter till två biträdande enhetschefer att ansvara för hälso- och sjukvårdsfrågor. Inom verksamheten finns totalt 11 biträdande enhetschefer (en ytterligare tolvte biträdande enhetschef är under rekrytering) som bildar verksamhetens ledningsgrupp och leds av

Mälärbackens enhetschef. De lagstadgade uppgifter som åligger MAS är undantagna från verksamhetschefens ledning.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska samt tillgång till medicinskt ansvarig för rehabilitering i Stockholms stad. MAR befattning är inte lagstadgad. Befattningen MAS kan inte anförtros annan än legitimerad sjuksköterska med den medicinska kompetens som krävs för uppdraget. Uppdraget som MAS regleras i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen och innefattar bland annat ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Stadsdelen har tidigare haft ett samarbete med grannstadsdelar gällande rollen som MAR, detta samarbete upphörde under 2023 då en av stadsdelarna valde att dra sig ur samarbetet. Stadsdelen har initierat ett nytt samarbete med en av stadsdelarna för att rekrytera en ny MAR tillika adjungerad klinisk adjunkt (AKA).

Utredning av allvarliga händelser görs i samverkan mellan enhetschef och MAS. Om utredningen visar att en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada har MAS skyldighet att rapportera till ansvarig nämnd. Nämnden har delegerat till medicinskt ansvariga att anmäla enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses den som har legitimation inom hälso- och sjukvården. Inom Stockholm stads hälso- och sjukvård finns yrkeskategorierna legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut, legitimerad fysioterapeut/sjukgymnast och legitimerad dietist. Inriktningen på hälso- och sjukvården ska vara hälsofrämjande och personcentrerad och förhållningssättet ska vara tvärprofessionellt och processororienterat. Hälsofrämjande innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Det hälsofrämjande arbetet utgår från den friska människan genom att tillvarata fysiska, psykiska, intellektuella och sociala resurser. I det hälsofrämjande arbetet är det centralt att stärka och uppmuntra patientens delaktighet. Hälsofrämjande omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans kompetensområde.

För att sprida kunskap och arbeta med kompetensutveckling för en förbättrad patientsäkerhet har verksamheten organiserat hälso- och sjukvårdspersonal utifrån specialistkunskap och pedagogisk förmåga. En specialistsjuksköterska med kompetensinriktning kring vård av äldre har slutfört utbildningen under året. En sjuksköterska tillsammans med en undersköterska har utbildats till certifierade BPSD-utbildare. Utbildarna har specifik kompetens som innebär att de kan utbilda administratörer i att använda kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Registret används på demensenheter för att säkerställa att personer med en demensdiagnos får tillgång till den bästa tillgängliga kunskapen inom demensvård som ska leda till en god och säker vård och omsorg.

En sjuksköterska på deltid (25 %) har ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdsutveckling i verksamheten, det innebär att revidera och utarbeta lokala rutiner och arbeta med gemensamma och övergripande frågor på uppdrag av ledningsansvariga hälso- och sjukvårdschefer på Mälarbacken. Den utsedda sjuksköterskan tar del av egenkontroller och stödjer biträdande enhetschefer i arbetssätt och kvalitetsfrågor för att främja en god patientsäkerhet.

Samtliga sjuksköterskor på Mälarbacken ska utbilda det egna arbetsteamet på enheten så att omvårdnadspersonal upprätthåller en hög kompetensnivå. Så kallade verksamhetsnära utbildningar är uppdelade i olika teman och tidplanen löper över helår. Till stöd för utbildningarna finns ett utrustat metodrum så att utbildningen kan ske i en simulerad vårdmiljö. Det finns också ett gemensamt utbildningsmaterial i form av bilder, instruktioner och QR-koder och visningsmateriel som stödjer den utbildande sjuksköterskan i undervisningen.

Hälsofrämjande aktiviteter i funktionsbevarande syfte är den legitimerade fysioterapeuten/sjukgymnastens och den legitimerade arbetsterapeuten kompetensområde. Kompetenserna används vid utbildningar i förflyttningsteknik som samtlig personal ska utbildas i återkommande, minst var tredje år. Rehabiliteringspersonalen är en resurs vid teammöte, kvalitetsråd samt individuella instruktioner vid utprovning av hjälpmedel. En ny organisation av rehabiliteringspersonal innebär att samtliga boenden i stadsdelen har samma arbetssätt, rutiner och att resurserna fördelas likvärdigt.

Samtlig legitimerad personal handleder högskolestudenter i grundutbildning i de olika yrkesprofessionerna. Handledarna deltar i handledarträffar och samarbetar med högskolorna för att erbjuda verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till högskolorna och med den kvalitet som högskolorna efterfrågar. Målet är att samtliga studenter har möjlighet att uppnå lärandemålen under sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU).

Omvårdnadspersonal

Omvårdnadspersonal (OVP) ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet samt följa sin befattningsbeskrivning och verksamhetens fastställda rutiner. De utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegering av ansvarig HSL-personal. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan svarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Delegering får inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Omvårdnadspersonalen är de som känner de boende allra bäst genom den dagliga omvårdnaden och är en viktig del av det ständigt pågående patientsäkerhetsarbetet.

Även undersköterskor är organiserade utifrån sina kompetensområden så kallade ombud, som t ex Silviasyster (specialist i demensomvårdnad) och palliativa ombud. Ombuden sprider kunskap genom att handleda och introducera nyanställda och inom sitt specialområde ingår de i nätverk för att bidra till

kvalitetsutveckling i verksamheten. På Mälarbacken finns fyra specialistundersköterskor, vilka innehar en påbyggnadsutbildning med inriktning multisjuka äldre. De arbetar i projekt som syftar till att kvalitetsutveckla och handleda i dokumentation och kontaktmannaskap. Specialistundersköterskan ska även kunna överföra kunskap till övriga medarbetare på Mälarbacken genom att hålla i föreläsningar inom det kompetensområde som förvärvats via utbildningen.

Dietist i kommunal verksamhet

Legitimerad dietist arbetar och samverkar med olika professioner för att säkerställa den äldres nutritionsstatus och näringsbehov. Dietist arbetar även med rutiner, utbildning, handledning, mat-och måltidssituation samt dygnsfasta. Målgruppen innefattar främst personer med ofrivillig vikttnedgång, ätsvårigheter eller undervikt med målsättning att individen får en så god livskvalitet som möjligt. I Bromma finns två dietister anställda som delas med stadsdelarna Hässelby/Vällingby samt Järva. Dietisterna arbetar i samverkan med särskilda boenden i egen regi. Stadens uppdragsbeskrivning för dietister reviderades under 2023 och ansvarsområdet omfattar, sedan dess, även konsultation och utbildningsinsatser för hemtjänstens personal.

Dietist har genomfört utbildning för sjuksköterskor 1-2 gånger per termin med olika teman. Även en utbildning för sjuksköterskor i hantering av nutritionsapparater har genomförts. För omvårdnadspersonalen har utbildningar hållits kring omsorgsmåltid och dysfagi (sväljsvårigheter) på några avdelningar. För kostombuden har flera utbildningar hållits, bland annat i näringslära, mellanmål, portionsstorlekar och om kosttillskott/näringsdrycker där även provsmakning ingick. Enligt lokal nutritionsrutin finns möjlighet till individuell konsultation, förskrivning av hjälpmedel samt rådgivning för enskilda patienter.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Stockholms stad har ett flertal överenskommelse med regionen i syfte att bedriva en god hälso- och sjukvård och för att skapa goda förutsättningar för att den enskilde får en sammanhållen, kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

De överenskommelser som omfattar särskilda boendeformer inom äldreomsorg är bland annat:

Samverkan med läkarorganisationen

Representanter för läkarorganisationen, avdelningschef för äldreomsorg, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och enhetschefer samverkar regelbundet minst 2 gånger/år samt vid uppkomna behov eller förändringar.

Medicinsktekniska produkter (MTP)

Det finns gällande avtal mellan region och kommun avseende inköp/hyravtal/service av medicinsktekniska produkter. Samverkan sker med Sodexo och övriga leverantörer för vilka staden har ramavtal gällande medicintekniska hjälpmedel, så att endast hela och säkra produkter används.

Kostnadsfördelning av läkemedel

Gemensamt buffertförråd för läkemedel tillsammans med regionen är avsett att användas vid akuta behov som exempelvis vid antibiotikabehandling eller vård vid livets slut. Dessutom finns gemensamt förråd för provtagning och medicinska behandlingar för att kunna utföra läkares ordinationer.

Samverkan nutritionsbehandling

Verksamheten använder sig av regionens upphandlade nutritionsprodukter. Gemensamma riktlinjer för nutrition och arbetssätt finns i verksamheten. Upphandling av nutritionsprodukter som beställs via stadens upphandlingsverktyg (Agresso) förvaras i ett gemensamt förråd med standardprodukter för nutritionsbehandling via sond vid akuta situationer.

God läkemedelsanvändning för äldre

Genom att använda ordinationsverktyget (Pascal) för både ordination och iordningställande av dos samt beställning av originalförpackning främjas en säkrare läkemedelsbehandling.

Apoteket AB

Genomför kvalitetsgranskning en gång om året där MAS, sjuksköterskor samt biträdande enhetschefer deltar. Återkoppling från granskningen sker via protokoll och direkt vid inspektionstillfället. Resultaten av granskningen används i verksamheten för att stärka patientsäkerheten.

Vårdhygien

Genomför vid behov hygienronder inom verksamheterna där MAS deltar. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in till samverkansmöte med stadens medicinskt ansvariga två gånger om året. Vårdhygien erbjuder utbildningar och rådgivning till verksamheten.

Flexident

Samverkansmöten med kommunens kontaktperson (MAS) för tandvårdsfrågor genomförs på hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård en gång om året. Samverkan med tandläkarorganisationen Flexident sker i olika former bland annat genom munhälsobedömningar och utbildningsinsatser till såväl vårdpersonal som legitimerade yrkesgrupper

Fotsjukvård

Medicinsk fotsjukvård erbjuds genom ett samverkansavtal som bland annat reglerar kostnader, remisshantering samt hygienrutiner.

Nätverk kommun och region

I nätverket SVEA samverkar representanter från både regional verksamheter som geriatrik, primärvård, primärvårdsrehab och slutenvården med enhetschef för enheten för biståndshandläggning och enhetschef för kommunal hemtjänst för att arbeta med hälso- och sjukvårdsfrågor som är gemensamma för både region och kommunal verksamhet. Nätverket arbetar på uppdrag av en styrgrupp med chefer för de olika verksamheterna samt MAS. Arbetsgruppen kan ta fram underlag och förslag på arbetssätt och rutiner som syftar till att överbrygga insatser för patienten genom hela vårdkedjan. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och vara patientsäker i vårdens övergångar mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård. Under 2023 var arbetet fokuserat på återtagandet av delegering från hemtjänst till primärvården. Arbete med strukturer för att identifiera ofrivillig ensamhet hos äldre i Bromma stadsdel samt rutiner för in- och utflytt på korttidsboende är prioriterade områden för 2024.

Informationssäkerhet

För att säkerställa att legitimerad personal använder tillgång till patientuppgifter enligt gällande regelverk genomför biträdande enhetschef loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournaler. Vid avvikelser sker utredning i samråd med enhetschefen och MAS. Loggrapporter arkiveras på enheten. Ingen avvikelse har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) har genomförts under året. Vid avvikelse görs sammanställning och analys vid kvalitetsråd, samt återkoppling till MAS och berörd person. Loggrapporter arkiveras på enheten. Inga avvikelser har rapporterats av de kontroller som genomförts under året.

Dagens digitaliserade samhälle är beroende av ett fungerande nätverks- och informationssystem.

Grundläggande är att tjänsterna är tillförlitliga och säkra. Enligt NIS-direktivet måste åtgärder för att uppnå en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem tryggas, arbetet har initierats av stadsdelens IT-avdelning och lokala rutiner ska utarbetas. Behörigheter och åtkomst av olika stödssystem som berörd hälso- och sjukvårdspersonal är beroende av i sitt arbete, tar lång tid att utfärda, vilket kan påverka informationssäkerheten. Inom verksamheten finns det en rutin gällande användning av lånekort till timavlönade för att ha tillgång till dokumentationssystem. Anledningen till varför timavlönade behöver ha lånekort är att anställningarna inte hinner komma in i systemet i tid vilket hindrar personen från att få behörighet i rätt tid. Vid nyanställningar ska biträdande enhetschef beställa behörighet till dokumentationssystemet genom verksamhetens administratörer i god tid.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur där verksamheten både identifierar risker, rapporterar avvikelser, drar lärdomar samt vidtar åtgärder utifrån avvikelser. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Avvikelser

Avvikelsehanteringsprocessen på Mälarbacken vård- och omsorgsboende ser ut som följer;

Avvikelse skrivs av personal som upptäcker händelsen och ska helst ske i anslutning till händelsen. Tjänstgörande sjuksköterska eller annan legitimerad personal tar emot den skriftliga avvikelser och gör en bedömning om vilka åtgärder som ska utföras. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen, Vodok. Biträdande enhetschef ser över avvikelser i avvikelsemodulen och kallar till kvalitetsråd som är en gång per månad. På kvalitetsråden diskuteras och analyseras inkomna avvikelser. Kvalitetsrådet består av olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska fysioterapeut och biträdande enhetschef. Vid allvarliga händelser ser biträdande enhetschef till att MAS kontaktas. Biträdande enhetschef ansvarar för att följa upp och analysera avvikelser, så att aktuella åtgärder vidtas för att säkra och förbättra vården. Avvikelsen och de eventuella nya rutiner som införts med anledning av avvikelser lyfts på arbetsplatsträffen (APT) för implementering i hela arbetsgruppen. Om avvikelser bedöms som allvarlig eller som risk för allvarlig skada eller om avvikelser uppstått på grund av brister i hälso- och sjukvårdsutövandet gör MAS en egen utredning som kan leda till en anmälan enligt lex Maria. Anmälan skickas till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) som beslutar i ärendet. Under året har verksamheten haft två avvikelser som har lett till anmälan enligt Lex Maria. IVO har bedömt verksamhetens åtgärder som tillräckliga och därför beslutat att avsluta ärendena. De åtgärder som beslutats kvarstår i handlingsplan samt direktiv från MAS.

Under året har flest avvikelser registrerats inom läkemedel och fall. Antalet avvikelser har ökat och verksamheten anser att det kan vara till följd av att vikten av avvikelserregistrering tagits upp i olika forum. Verksamheten har påtalat vikten av att registrera och identifiera avvikelser.

Tabell 1. De vanligaste förekommande avvikelserna under 2022 och 2023

Antal avvikelser för Mälarbacken 2022 och 2023		
Mest förekommande avvikelser	2022	2023
Läkemedel	98	136
Fall	395	481

Läkemedelsavvikelser

Under året har verksamheten lagt särskilt fokus på kartläggning av läkemedelsavvikelser och kan konstatera att de ökat i jämförelse med tidigare år. Utifrån kartläggningen har flertalet riskfaktorer för läkemedelshantering identifierats. Dessa är bland annat brister i följsamhet till rutiner, bristande kommunikation mellan kollegor/arbetsgrupp samt förväxling av läkemedel vid utdelning. Avvikelseerna som identifierats avser främst utebliven signering vid utdelning av läkemedel, trots att boende har fått sina läkemedel i tid och enligt ordination. Orsaken till uteblivna signeringar har konstaterats bero på att följsamheten till rutiner och gällande arbetssätt inte genomförts i tillräcklig omfattning.

Läkemedelsavvikelseerna har varit ett uppmärksammat område då det skett allvarliga händelser vilka rapporteras enligt lex Maria, det vill säga utifrån avvikelserna har det funnits skäl att utreda vårdskada eller risk för vårdskada samt brist i hälso- och sjukvård. Patientsäkerhetsfrämjande åtgärder har tagits fram av MAS i samråd med enhetschef samt berörd personal. Lärdomarna från avvikelserna resulterade i en ny lokal läkemedelsrutin på samtliga enheter. Rutinen omfattar ett förtydligande gällande egenkontroll av läkemedel, reflektionstid vid varje arbetspass slut i samband med överrapportering samt god kommunikation mellan omvårdnadspersonal och med sjuksköterska. Dessutom har en översyn av delegeringsprocessen genomförts och krav har ställt på att delegerad personal genomför e-utbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”. Det har införts nya rutiner för dosett/dos utdelning i form av dubbelsignering för sjuksköterskor på vissa enheter inom verksamheten. En mer utförlig utbildning i läkemedelshantering med patientfall har utförts på de berörda enheterna. Dessutom har nyckelsystemet uppdaterats på samtliga enheter.

En orsak till ökningen av avvikelser anses vara att enheterna registrerat avvikelser i avvikelsemodulen Vodok i högre utsträckning än tidigare. Ytterligare en förklaring kan vara att effekten av att uppmärksamma ett bristområde medför att medarbetarna är mer uppmärksamma och fler avvikelser registreras. Verksamheten har uppmärksammat att vissa osunda beteendemönster förekommit som nu åtgärdats.

Fallavvikelser

Verksamheten ser att antalet registrerade fallavvikelser har ökat från 2022 till 2023. Fallavvikelser ska registreras i verksamhetssystemet Vodok och ska kompletteras i kvalitetsregistret Senior Alert. Följsamheten för registrering i kvalitetsregister Senior Alert varierar mellan enheterna vilket framkommer i skillnaden mellan antal fallavvikelser som registrerats i de olika systemen.

Under 2023 har 311 av 481 fall registrerats i Senior Alert. Underlaget visar att 89 personer sammanlagt fallit 311 gånger. De främsta bakomliggande faktorerna vid fall har varit sjukdomar, läkemedelsbehandling som gett ökad fallrisk, nedsatt balans och rörelsemönster samt förvirring, desorientering eller upprördhet. Underlaget visar även att det finns fler registrerade fall på enheter för personer med en demenssjukdom än på enheter med somatisk inriktning. De främsta åtgärderna som genomförts är läkemedelsgenomgång,

installering av rörelselarm samt assistans vid personlig vård och förflyttning. Av underlaget kan verksamheten dock konstatera att det finns en differens i registreringen av planerade och genomförda åtgärder, något som behöver förbättras framledes. Verksamheten har analyserat underlaget och kommit fram till att en orsak kan vara att de boenden som flyttar in har en sämre hälsa vilket kan vara en anledning till ökad fallrisk. Ytterligare en anledning kan vara att personal uppmanats att skriva avvikelser. Avvikelserna lyfts på kvalitetsråd där analys av åtgärder samt förebyggande arbete diskuteras.

Klagomål och synpunkter

Att ta emot klagomål och synpunkter är ett annat sätt att förstå styrkor och svagheter i patientsäkerhetsarbetet. De utgör även ett viktigt underlag för att förbättra kvaliteten. En viktig del av kvalitetsledningssystemet är att det ska vara lätt och begripligt för både patienter, anhöriga/närstående och andra aktörer att delge verksamheten synpunkter och klagomål.

Genom månadsbrev som biträdande chefer skickar ut till boende och anhöriga/närstående finns information om hur synpunkter och klagomål kan lämnas. Det finns ett flertal lådor både på enheterna samt vid administrationen där blankett med synpunkt eller klagomål kan lämnas. Inkommen synpunkt eller klagomål hanteras skyndsamt av respektive chef, oftast genom personlig kontakt. Inför varje tertialrapport sammanställs inkomna synpunkter och klagomål, samt sorteras utifrån olika områden som tillgänglighet, bemötande, kompetens, kontinuitet, information, handläggning och insatsens innehåll.

Under året har 17 positiva synpunkter registrerats i verksamhetens system. Fjorton synpunkter handlade om positivt bemötande, två om bra information och en angående insatsens innehåll. Två klagomål har inkommit under året en avseende användning av mobiltelefon samt en angående utebliven läkarinsats.

Verksamheten kan anta att det finns en underregistrering av inkomna synpunkter och klagomål.

Verksamheten är medveten om att personal ofta åtgärdar synpunkter/klagomål direkt när det uppmärksammas och inte registrerar detta. Det finns brister i rapporteringen av synpunkter och klagomål, dels för att ett användarvänligt system för hantering av synpunkter och klagomål saknas och dels för att rutinen inte är implementerad fullt ut.

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.



Utbildningsinsatser under 2023

- Reflektionsmöten i lärande syfte med Palliativa ombud
- Webbaserad hygienutbildning
- Webbaserad demensutbildning

- Föreläsning om munhälsa i samarbete med Flexident
- Läkemedelsutbildning inför delegering
- Kompetenshöjande interna utbildningar för omvårdnadspersonal
- Ergonomi- och förflyttningsutbildning
- Mat- och måltider, måltidsobservation, internutbildning med dietist
- Vodok-nätverk för HSL-personal
- Påbyggnadsutbildning för undersköterskor USK3 + USK4
- Värdegrundsutbildning genom Stockholms stads utbildningspaket
- Reflektionsledare, utbildning genom Silviahemmet
- Specialistundersköterskor, extern 2 år (50 % studietakt) – 4 stycken, klar juni 2023, projektarbete ska påbörjas
- Specialistsjuksköterskor, extern 2 år (50 % studietakt) – 2 stycken, klar januari 2024
- Regelbundna nätverksträffar för samtliga sjuksköterskor på Mälarbacken
- Kvalitetsombud i syfte att uppnå kollegialt lärande samt förbättra kvalitet i vård och omsorg
- Läkemedelsgenomgång med patientfall för att jobba säkert med läkemedel
- Sårutbildning till all vårdpersonal som leder till certifiering
- BPSD utbildning för personal på demensenheterna

Kontinuitet i personalstyrkan är en viktig parameter för att uppnå hög patientsäkerhet. Genom att tillsätta vakanta tjänster har beroendet av bemanningstjänster fasats ut vilket har ökat både kontinuitet och kompetens i yrkesgrupperna. Ett arbetssätt som på sikt väntas bidra till att öka personalkontinuiteten är arbetet med att införa heltid som norm. Under året har en projektgrupp bildats inom avdelningen för äldreomsorg, vilken haft till uppdrag att ta fram en handlingsplan för införandet av heltid som norm liksom en minskning av andel timavlönade i enlighet med kommunfullmäktiges och nämndens mål. Handlingsplanen är klar och fastställd och under året har ett intensivt arbete för att genomföra planen påbörjats. Heltid som norm innebär att alla medarbetare som önskar arbeta heltid ska erbjudas en sådan anställning inom tre månader från det att önskemålet formaliserats i stadens HR-system LISA: Genom arbetssättet behöver verksamheten anpassa sina scheman så att ordinarie personal istället för timavlönade används i större utsträckning. Det bidrar till att personalkontinuiteten ökar vilket är grunden till en trygg, god och säker vård och omsorg, för målgruppen sköra äldre och specifikt för personer med kognitiv svikt.

Studentmottagande kan bidra till att locka medarbetare till äldreomsorgen och på så sätt knyta personer under utbildning till verksamheten. Ett upparbetat samarbete med högskola och gymnasieskolor finns och verksamheten erbjuder platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt platser för arbetsplatslärande (APL). Mälarbacken har erbjudit 48 högskolestudenter verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och ca 30 gymnasieelever har erbjudits arbetsplatslärande praktik (APL) under året.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om den så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten och deras anhöriga. Att patienter och anhöriga bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Verksamheten bjuder in patienten och eventuella anhöriga till vårdplanering/samtal vid inflytt samt vid behov. Vid dessa tillfällen delges information om verksamheten och frågor kan besvaras om samtycke inhämtats från den boende. Vid mötena efterfrågas önskemål om delaktighet i hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhetsarbetet. Digitala funktionsbrevlådor finns kopplade till respektive enhet för att underlätta för anhöriga att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal samt att kunna lämna synpunkter och klagomål. Det finns även "fysiska" brevlådor för inlämnande av synpunkter/klagomål från boende eller dess anhöriga. Medverkan i möten kan ske digitalt utan att vara fysiskt på plats vilket underlättar anhörigas/närstående möjlighet till delaktighet. Vid verksamhetens korttids/växelvård inbjuds anhöriga/närstående att delta vid vårdplaneringar och uppföljningar som sammankallas till via enheten för biståndshandläggning.

För att möjliggöra att de boende kan påverka sin vård och omsorg har de somatiska enheterna borådsmöten. De boende kan där få ytterligare information om verksamheten samt även möjligheten att vara med och påverka. På borådet finns även möjlighet för boende att framföra synpunkter och klagomål. Ett månatligt informationsbrev med nyheter och allmän information görs tillgängligt för boende/patienter men skickas även till anhöriga. I breven erbjuds anhöriga att lämna in synpunkter och klagomål. Informationsbrev med nödvändig allmän information om tillvägagångssätt och förhållningssätt för att till exempel påminna om "säkra besök" vid förhöjd risk för smittspridning har skickats vid flera tillfällen.

Matrådet är ett forum för boende på somatiska enheterna där de kan framföra sina synpunkter gällande mat och måltider.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

En viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att genomföra egenkontroller, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Under året har ett flertal egenkontroller planerats och genomförts vid verksamheten. I tabell nedan beskrivs de planerade och genomförda egenkontroller för 2023 och med vilken frekvens de genomförts.

Tabell 2. Planerade egenkontroller för år 2023

Egenkontroll för:	Omfattning demens	Omfattning soma	Resultat
Dokumentation i journalsystem Vodok	3 ggr/år	3 ggr/år	Av granskningarna framkommer att användandet av frastexter behöver utvecklas. Hälsoplanerna behöver utgå från riskbedömningar samt SoL- och HSL dokumentation behöver överensstämja. Granskningen visar att läkemedelsgenomgångar var utförda.
Delegering	1 ggr/år	1 ggr/år	Antalet läkemedelsavvikelser ökade något på totalen under 2023. För att minska risken för avvikelser införde vissa enheter ett nytt arbetssätt där personalen kontrollerar varandras signering två ggr/dag. Dessutom infördes en förstärkt delegeringsutbildning för att identifiera personer som behöver extra stöd i läkemedelshantering. Uppföljning av alla delegeringar sker inom 3 månader, dokumenteras och sparas i pärm på enheten. Alla delegeringar görs i Vodok med ett standardiserat dokument
Loggkontroll (Vodok och NPÖ)	1 patient/1 personal/mån	1 patient/1 personal/mån	Loggkontroll i VODOK utförs varje månad av biträdande enhetschef enligt rutin. Inga avvikelser. Arkiveras i digital mapp. Loggkontroll i NPÖ har genomförts regelbundet enligt rutin och inga avvikelser har noterats. Arkiveras i digital mapp.
Läkemedelsgenomgång m. symtomskattning	1 ggr/år + vid behov	1 ggr/år + vid behov	Genom egenkontroll av dokumentationen säkerställs att läkemedelsgenomgång genomförts en gång per år. Det genomfördes tre dokumentationsgranskningar under 2023 och inga avvikelser upptäcktes.

Kvalitetsuppföljning apoteket farmaceut	1 gång/år	1 gång/år	Protokollen visar få anmärkningar och de är nu åtgärdade.
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädrutiner	3 ggr/år	3 ggr/år	Observationer visar på god följsamhet. Systematisk uppföljning av hygienkontroller utförs minst var tredje månad av hygienombud. Sammanställs av biträdande enhetschef. Resultatet presenteras på APT-möten och lagras i digitala mappar.
Funktionskontroll MTP	Varje vecka/månad/år	Varje vecka/månad/år	Funktionskontroll är genomförd och signeringslista förvaras i digital mapp.
Riskbedömningar/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1-4 ggr/år, utifrån behov	1-4 ggr/år, utifrån behov	Se tabell 3 på sida 22.
Nattfasta	2 gånger/år	2 gånger/år	Antalet boende som har en nattfasta som understiger rekommenderade 11 timmar har ökat, vilket är en effekt av de åtgärder som verksamheterna implementerat. Se tabell 4 på sida 29.
Viktmätning	Var 3:e månad, vid behov oftare	Var 3:e månad, vid behov oftare	Viktmätning har genomförts och dokumenterats i patientens journal.
Förekomst av trycksår	1 gång/år	1 gång/år	Följs genom PPM-punktprevalensmätning i kvalitetsregister Senior alert/journalsystem Vodok. I tabell 3 på sida 22 redovisas antalet trycksår.
Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning	1 gång/år	1 gång/år	Registreras i PPM- Svenska HALT punktprevalensmätning Kvalitetsregistret Senior alert. Se resultat i tabell 3 på sida 22.
Uppföljning av Skyddsåtgärder Skyddsåtgärder är åtgärder som syftar till att minska skador eller risk för skador hos patienten. Exempelvis sänggrind eller positioneringsbälte i rullstol.	1 ggr/mån i kvalitetsråd	1 ggr/mån i kvalitetsråd	Ordination av skyddsåtgärd sker alltid efter noggrant övervägande och i dialog med alla yrkesprofessioner samt patientens medgivande. Verksamheterna genomför individuella uppföljningar kontinuerligt för att säkerställa att skyddsåtgärder inte överanvänds. Målsättningen i

			verksamheterna är att ha så få skyddsåtgärder som möjligt. Skyddsåtgärder följs upp på kvalitetsråd en gång per månad.
Synpunkter/klagomål som rör hälso- och sjukvård	Kontinuerligt	Kontinuerligt	Under 2023 har 17 positiva synpunkter registrerats samt 2 klagomål
Avvikelser/händelser Hälso- och sjukvård	1 gång/månad kvalitetsråd	1 gång/månad kvalitetsråd	Totalt har 136 läkemedelsavvikelser och 481 fallavvikelser registrerats.
Kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel	1 ggr/månad	1 gång/månad	Regelbundna och korrekta kontroller månadsvis. De avvikelser som rapporterats under 2023 är hanterade enligt lokal läkemedelsrutin.
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt	Kontinuerligt	Från patientnämnden har en avvikelse registrerats.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

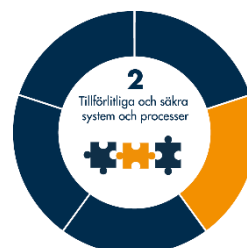
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbat patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Under avsnitt ”Agera för en god säkerhetskultur” på sida 11 finns redogörelse för avvikelshanteringsprocessen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerheten bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Ytterligare en del är återkommande processer och arbetssätt såsom utbildningar i preventivt syfte. Följande kvalitetsregister och processer används för att systematiskt arbeta med patientsäkerhetsarbete och kvalitetsutveckling.



Senior alert

Ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att stärka det förebyggande arbete för äldre personer som har risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen, undernäring och bläsdysfunktion. Senior alert utgår från teamarbete. Teamet består av olika professioner, bland annat sjuksköterska, omvårdnadspersonal,

fysioterapeut och arbetsterapeut. Sjuksköterskan informerar patienten om Senior alert och inhämtar samtycke och dokumenterar i journalsystemet.

Resultaten från registret visar på en hög användning, 322 bedömningar. Riskbedömningar genomförs vid inflyttning samt vid uppföljning efter sex månader eller vid behov. Nittiosex procent av utförda riskbedömningar påvisar risk för undernäring, fall- eller risk för trycksår samt ohälsa i munnen. Resultaten tyder på en stor skörhet hos äldre som flyttar in på särskilt boende och att många preventiva- och omvårdnadsåtgärder behöver vidtas under vårdtiden.

Tabell 3. Utdrag från Senior alert (2023), där de tre gröna kolumnerna visar att vårdpreventiva åtgärder är vidtagna för riskområden trycksår, undernäring, fall samt ohälsa i munnen.

	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Mälärbackens Vård och Omsorgsboende	322	96% ↑ 557 av 578	91% → 505 av 557	98% ↑ 547 av 557	79% ↑ 436 av 549	63 ↑ 45 personer	172 ↑ personer	310 ↑ 89 personer	146 ↑ personer
Trycksår		37% ↓ 214 av 578	96% ↑ 205 av 214	99% ↑ 211 av 214	78% ↑ 173 av 223				
Undernäring		71% ↑ 408 av 578	95% → 389 av 408	98% ↑ 401 av 408	80% ↑ 329 av 413				
Fall		86% ↑ 498 av 578	96% ↑ 480 av 498	99% ↑ 491 av 498	82% ↑ 393 av 481				
Munhälsa		51% ↑ 294 av 573	87% ↓ 255 av 294	98% ↑ 288 av 294	77% ↑ 228 av 296				

Svenska HALT

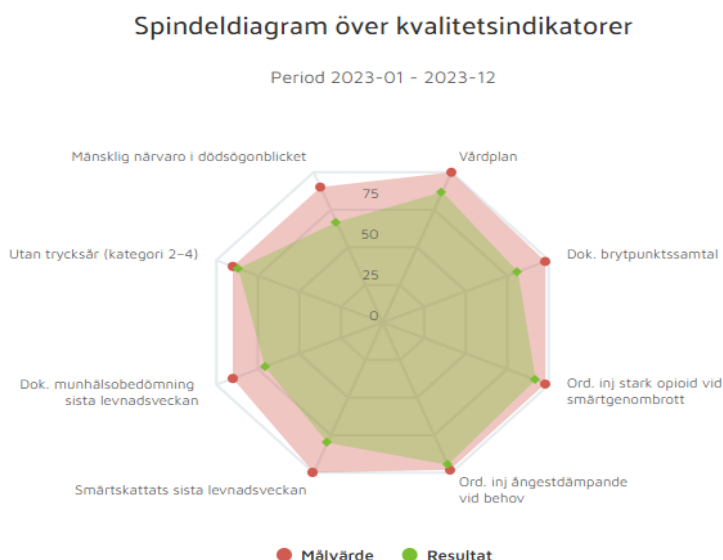
Är en metod som mäter vårdrelaterade infektioner som t ex lunginflammation, hudinfektion eller urinvägsinfektion samt antibiotikaanvändning hos vårdtagare på vård- och omsorgsboende. Mätningen sker en gång per år, en bestämd dag. Resultatet från samtliga elva enheter som registrerade i HALT visar att 5 av 282 patienter hade en pågående infektion vid mättillfället. Två av dessa hade en pågående antibiotikabehandling, vilket tolkas som en låg nivå. De somatiska enheterna hade en något högre nivå av pågående infektioner vid mättillfället, vilket kan förklaras med att patientgruppen har flera sjukdomstillstånd som kan leda till vårdrelaterade infektioner i högre utsträckning än bland patienter med en demenssjukdom. Totalt för verksamheten var antibiotikaanvändningen 0,7 % vid det aktuella mättillfället (november 2023).

Svenska palliativregistret

Är ett kvalitetsregister vars syfte bygger på att förbättra vården i livets slutskede för patienten och dennes närstående. Sjuksköterskan registrerar dödsfallet i registret och dokumenterar hela teamets insatser. Resultatet som bygger på 75 registreringar visar att det i hög grad finns läkemedelsordinationer i samband med palliativvård samt att trycksår i samband med palliativvård är sällan förekommande.

De förbättringar som verksamheten behöver arbeta särskilt med är smärtskattning med evidensbaserat instrument samt bedömning av munhålan. En ny indikator som följs i registret är även antalet upprättade vårdplaner för palliativvård. Resultatet för indikatorn visar att patienter i palliativvård har haft en vårdplan i 86,6 % av fallen.

Figur A. Utdrag från palliativa registret.



BPSD-registret

BPSD står för "Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom". Syftet med BPSD-registret är att utveckla ett arbetssätt för att kunna förebygga och minska BPSD-symtom hos personer med demensdiagnos.

Under verksamhetsåret har en Silviasjuksköterska och en Silviasyster (undersköterska) utbildats till certifierade utbildare i BPSD-registret. De hade sin första utbildning under hösten och Mälarbacken fick sju nya BPSD-administratörer. En genomgång och analys av registreringarna visar att antal registreringar kan påverkas av vilken rutin och struktur som finns på respektive enhet. Enskilda administratörers engagemang kan också vara en bidragande faktor till många registreringar. Vid nätverksträffen för certifierade utbildare poängterade deltagarna att det är större chans att lyckas med att komma igång och använda BPSD-registret om registreringarna efterfrågas i den egna verksamheten och även högre upp i organisationen, likt andra kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret. Antal registreringar uppgick till 80 stycken under 2023.

Läkemedelsgenomgångar

Både en enkel och fördjupad genomgång av den boendes läkemedelsordinationer sker minst två gånger per år. Genomgången utförs av läkarorganisation i samarbete med hela teamet. Genomförandet

kontrolleras bland annat vid dokumentationsgranskning som utfördes vid tre tillfällen under 2023. Samtliga granskade journaler hade en dokumenterad läkemedelsgenomgång och ingen avvikelse från läkarorganisationen om utebliven läkemedelsgenomgång har inkommit under året, vilket tolkas som att processen är tillförlitlig.

Team/gruppmöte

Alla enheter på Mälarbacken har team/gruppmöten. Vid dessa träffar deltar olika yrkesprofessioner bland annat sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och biträdande enhetschef. På korttidsenheten deltar även samordnaren på mötet. Den personcentrerade omvårdnaden står i fokus på mötena och varje yrkeskategori dokumenterar i patientens journal de omvårdnadsåtgärder, bedömningar, hjälpmedel, uppföljningar och bemötandestrategier samt om patientens förmåga att tillgodogöra sig insatserna som teamet gemensamt beslutat. Vid eventuellt ställningstagande till skyddsåtgärder tas ett teambeslut.

Följsamhet till basala hygienrutiner

I början av året utförs Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och följsamhet till klädregler. Resultatet registreras i SKR:s databas och kan jämföras på både verksamhets- och nationell nivå. Därutöver gör hygienombuden kontroller tre gånger per år av personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, samt gör en sammanställning som sedan lämnas till biträdande enhetschef. Biträdande enhetschef analyserar resultatet och sätter in åtgärder vid behov. Ett utarbetat webbaserat analysverktyg ”Esmaker” bidrar till en strukturerad uppföljning och analys, vilken kan följas över tid. Resultatet visar en övergripande god (?) följsamhet till de basala hygienrutinerna samt klädregler. Vid några enstaka tillfällen används inte handsprit före påtagning av handskar. I bearbetning av analysen framkommer att personalen anser att handskarna känns svåra att dra på till följd av fuktig hud. Det kan avhjälpas genom att låta händerna lufttorka innan handsken tas på eller genom att använda en större storlek.

Förflytningsutbildning

Utförs av rehab-personal för omvårdnads- och legitimerad personal med fokus på patientens säkerhet vid lyft och förflyttningar. Utbildningen genomförs inför sommaren och vid behov under övriga året så att samtlig personal har uppdaterade kunskaper i förflyttningsteknik. Förflyttning med personlyft får ej göras om personalen inte genomgått förflytningsutbildningen. Incidentanmälningar (IA) eller avvikelser som är kopplade till förflyttningar har inte inkommit till verksamheten under året.

HSL- möten för hälso- och sjukvårdspersonal

Ett forum där övergripande och aktuella hälso-och sjukvårdsfrågor diskuteras och genomgång av nya och reviderade rutiner som är kopplade till lagkrav och riktlinjer samt MAS/MAR- direktiv går igenom. Utifrån verksamhetens egenkontroll för avvikelser tar biträdande enhetschef med hälso- och

sjukvårdsansvar och enhetschef fram vilka åtgärder som behövs införas för att en god patientsäkerhet ska upprätthållas. Tillämpning, arbetssätt, uppföljning och revidering av rutiner i verksamheten arbetas fram med hjälp av en hälso- och sjukvårdsutvecklare.

Kvalitetsgranskning av läkemedelsförråd

Extern kvalitetsgranskning av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering och rutiner sker en gång per år. Protokoll från Apoteket AB med återkoppling till verksamheten med förslag på förbättringsområden används för verksamhetsutveckling. I årets granskning framkom behov av uppdatering av några dokument i läkemedelshanteringen samt behov av utbildning/handledning av delegerad personal. Utbildningen behövs för att personalen ska kunna tillgodogöra sig nödvändig information från läkemedels/ordinationshandling som är grunden för överlämnande av läkemedel till patient. Verksamheten har arbetat för säkra delegeringar och har infört ny rutin gällande att alla delegeringar ska registreras i Vodok samt att delegeringsutbildningen förstärks och följs upp med ett praktiskt prov med delegerande sjuksköterska. Inom tre månader görs ytterligare en uppföljning med delegerad personal.

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.



Det är också viktigt att förstå vad som bidrar till risker, avvikelser och vårdskador. Ett övergripande perspektiv är nödvändigt, så att också faktorer på systemnivå analyseras och ger underlag till förbättringsarbete. Genom att öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador ökar verksamhetens patientsäkerhet. Verksamheten kan då arbeta förebyggande och kan stimulera kunskapsutveckling inom områden som ansetts svagare vilket även det ökar förutsättningarna för en säker vård.

Utvärdering och måluppfyllelse

Mål 1: Utbildning och kompetenshöjning för ökad patientsäkerhet

Målet är uppnått genom att flera utbildningsinsatser genomförts under året samt att verksamheten har ombud för olika områden som till exempel hygien, dokumentation och palliativa ombud för att ta tillvara kompetensen och sprida den vidare i verksamheten. Genomgång av utbildningsnivåer har skett på samtliga enheter under året för att säkerställa rätt kompetens i personalgruppen och att medarbetarna har rätt utbildningsnivå. Flera nyrekryteringar har skett för att säkerställa kompetensnivån och de som saknar

formell yrkesutbildning har uppmanats att söka utbildning. Verksamheten kunde dock inte fullt ut undvika inhyrning av rehabpersonal under första halvåret 2023 på grund av en omorganisation som ledde till vakanser under en begränsad tid. Fler reflektionsledare och värdegrundsledare har utbildats, de har aktivt utfört reflektioner i grupper en gång i månaden. Olika webbaserade utbildningar har utförts under året som kompetensbevarande insatser. Flexident har haft utbildning gällande munhälsa. Dietisterna har haft intern utbildning till sjuksköterskor och bjudits in på arbetsplatsträffar för att utbilda personal. Flera enheter har möjliggjort för personal att genomföra en påbyggnadsutbildning i USK 3 och USK 4 som ordnats av Stockholms stad. Specialistsjuksköterskor, som går en 2-årig påbyggnadsutbildning håller på att utbildas.

Under året har verksamheten initierat särskilda satsningar i form av kompetenshöjande utbildningar såsom läkemedelsgenomgång och avancerad sårvård, samt BPSD administratörsutbildning. Verksamheten har även under året startat ett Vodok-nätverk bestående av sjuksköterskor från varje enhet som verkar för att förbättra dokumentation samt utbilda övrig personal. Specialistutbildade undersköterskor har tillsammans med SOL-ansvarig chefer påbörjat en kartläggning av specialistundersköterskans arbetsuppgifter, för att optimeras deras kompetens i verksamheten. Verksamheten har även utsett en sjuksköterska som särskilt ska arbeta med kvalitén kring HSL-rutiner och andra HSL-frågor tillsammans med HSL- chefer. På ett antal enheter finns särskilt utsedda kvalitetsombud som genomför kollegial granskning inom olika områden i lärande syfte för ökad kvalitet i verksamheten. Verksamheten har regelbundna palliativa reflektioner för palliativa ombud för att kunna utbyta erfarenheter och lära av varandra. I ledningsgruppen är två chefer utsedda att ha extra ansvar för omvärldsbevakning och utbildningsinsatser. Trots att målet anses vara uppfyllt kan verksamheten konstatera att arbete med kompetensutveckling är ett ständigt pågående arbete.

Mål 2 – Förbättrad följsamhet till rutiner gällande hantering och administrering av läkemedel i syfte att minska läkemedelsavvikelser, hindra fallskador samt förbättra dokumentation i avvikelsemodulen.

Målet är delvis uppfyllt. Verksamheten har gemensamma arbetssätt men följsamheten varierar på enheterna. Därför har vissa enheter redovisat ett högre antal avvikelser i Vodok än andra enheter som registrerat avvikelser manuellt. På de enheter som registrerar sina avvikelser digitalt finns en större möjlighet till spårbarhet och då även en större möjlighet att analysera huruvida det funnits en följsamhet till rutinerna. Genom att inte alla enheter genomför digitala avvikelserrapporteringar resulterar i svårigheter att göra en helhetsbedömning av måluppfyllelsen. Verksamheten kan konstatera att det finns enhetliga arbetssätt med tillhörande rutiner, men att följsamheten behöver förbättras. Arbetet är påbörjat men kräver fortsatt arbete även nästkommande år. Anledningen till att verksamheten ser behov av en förbättrad följsamhet är att göra fler träffsäkra analyser för hela verksamheten var det gäller avvikelshantering. Utifrån de läkemedelsavvikelser som rapporterats under året har verksamheten uppdaterat läkemedelsrutinen och implementerat denna för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. En ny

delegeringsrutin har tagits fram av HSL- chefer tillsammans med HSL- utvecklare och rutinen har implementerats i verksamheten. Den nya delegeringsrutinen ska säkra delegeringsprocessen och säkerställa att uppföljning av delegering görs i verksamhetssystem. Verksamheten har även använt sig av metodrum i samband med delegeringsgenomgångar för vårdpersonal. De övriga åtgärder som har framtagits för säker läkemedelshantering är: Dubbelsigneringar vid utlämning och registrering av narkotika, införande av ny rutin gällande kontroll av daglig läkemedelsadministrering, tätare uppföljning av delegeringar. Även dubbelsignering av utlämning och registrering av läkemedel har införts på vissa enheter inom verksamheten relaterat till direktiv från MAS.

Antalet registrerade fallavvikelse har ökat från 2022 till 2023, vilket bedömts vara till följd av en ökad fallrisk hos de som flyttar in på vård- och omsorgsboende. Verksamheten har utarbetade rutiner för riskbedömningar för fall och gör detta i ett tvärprofessionellt samarbete med fysioterapeut och arbetsterapeut. Avvikelse vilket inkluderar fallavvikelse lyfts på kvalitetsråd där analys av åtgärder samt förebyggande arbete diskuteras. Verksamheten kan konstatera att det finns följsamhet till att registrera fallavvikelse i verksamhetssystemet Vodok men att det finns brister i registrering i kvalitetsregistret Senior Alert. Det finns behov av kompetenshöjande insatser avseende analys av bakomliggande orsaker till fall i syfte att sätta in förebyggande åtgärder.

För att förbättra dokumentationen i avvikelsemodulen har en uppdatering och genomgång av avvikelsehanteringen med alla steg i systemet Vodok och hur man ska dokumentera enligt rutinen genomförts för samtliga sjuksköterskor. Ett dokumentationsnätverk har startats för stöd och vägledning i dokumentation. Biträdande enhetschefer kontrollerar och säkerställer att avvikelsehanteringen sker på ett patientsäkert sätt. Verksamhetens kvalitetssystem består av olika egenkontroller där varje biträdande enhetschef säkerställer att kontrollerna görs. En av egenkontrollerna är uppföljning av avvikelsehantering genom kvalitetsrådet en gång i månaden.

Genom de systematiska genomgångarna av avvikelser och utvärderingar av verksamhetens arbetssätt förväntas följsamhet till rutiner minska läkemedelsavvikelse, bättre förebygga fallskador samt förbättra dokumentation i avvikelsemodulen.

Mål 3 – Förbättrad följsamhet till åtgärder kopplad till hälsoplan utifrån riskbedömningar samt dokumentation i journal

Dokumentationsgranskningen i hälso- och sjukvård samt social dokumentation (2023) visade att målet är delvis uppfyllt. Granskningen utfördes tre gånger under 2023 och visade att det delvis fanns en struktur för dokumentationen (Struktur för granskning se bilaga 1). Det saknades fortfarande delar enligt vad som ska dokumenteras i hälsoplanen samt hur omvårdnadsåtgärder ska följas upp.

Dokumentationsgranskningarna har visat att det behöver ske en utveckling gällande strukturen för hur man dokumenterar, att man dokumenterar under rätt rubrik och att man använder frastexter (vägledande

texter färdiga att fylla i). Ett fortsatt arbete behövs för att säkerställa att hälsoplanerna skrivs utifrån riskbedömningar och att det sker en dokumentation i både Vodok och Parasol. All personal har jobbat och ska fortsätta arbeta med hälsoplaner och riskbedömningar samt dokumentation enligt Stockholms stads struktur som är beskriven i bilaga 1.

Mål 4 – Minska risken för ofrivillig viktninskning genom möjlighet till ökad delaktighet vid personcentrerad omvårdnad avseende aktivitet och måltidssituation

Målet bedöms vara delvis uppfyllt. För att minska förekomsten av undernäring är det av vikt att riskerna uppräcks i ett tidigt skede. Både hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal behöver vara uppmärksamma på undernäring och risk för undernäring. Information/utbildning och stöd till både patienten och de närstående kan också bidra till att patienten får ett tillräckligt näringsintag. Flera professionsgrupper behöver vara uppmärksamma på risken för undernäring eller om undernäring föreligger. Under året har verksamheten delvis uppfyllt målet avseende minska risken för ofrivillig viktninskning och en god näringstillförsel. Resultatet bygger på underlag från kvalitetsregistret Senior Alert som visar på att 80 % av alla patienter med risk för undernäring har fått preventiva nutritionsåtgärder genomförda, se tabell 3, sid 22. De åtgärder som verksamheten har arbetat med under året för att uppfylla målet är:

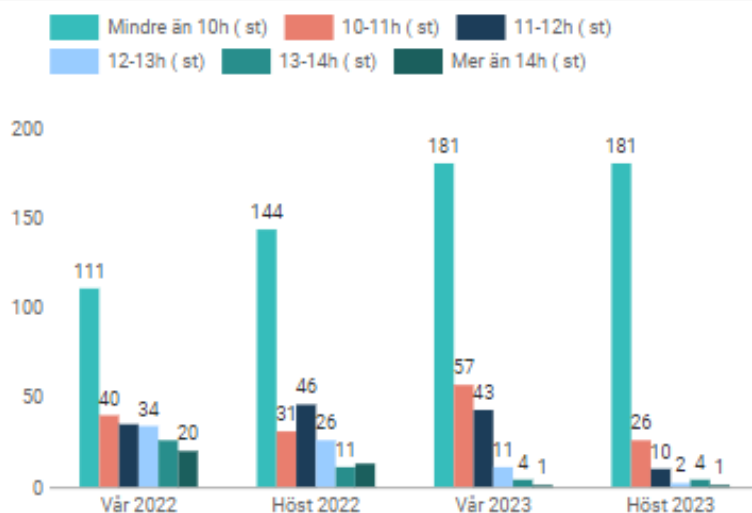
- måltidsobservationer
- projekt ”Matlyftet”: verksamheten har satsat mycket på mat och måltider genom olika projekt bl.a. restaurangmiddagar, frukostklubbar, extra uppmärksammat högtider och olika dagar, förstärkt mellanmål t.ex. grillat korv, pizza, goda bakelse mm
- uppföljning av vikt och nutritionsplan i Senior Alert.
- uppföljning av åtgärder som tagits fram i samband med nattfastemätning
- utökad dietistkonsultation i verksamheterna
- en uppdaterad nutritionsrutin är framtagen och implementerad
- förbättrat teamarbete kring nutritionen

En av egenkontrollerna för att förebygga viktninskning är nattfastemätning. I tabell 4 nedan syns den positiva utvecklingen gällande nattfasta. Den längre nattfastan över 11 timmar förekommer mest på de somatiska enheterna, där boende oftast medvetet tackar nej till mellanmål. På flera enheter sågs det en klar förbättring från förra året samt från våren till hösten. Dietisten har varit på olika enheters APT och informerat inför nattfastemätning samt haft föreläsningar om diverse ämnen gällande nutrition. Verksamheten har fortfarande boende som har en längre nattfasta än 11 timmar vilket medför att verksamheten behöver fortsätta arbetet med att förkorta tiden för ofrivillig nattfasta.

Tabell 4. Resultat av egenkontroll gällande nattfasta. Under hösten 2023 genomfördes ett lägre antal nattfastemätningar i jämförelse med vår 2023.

Nattfasta

Fördelning av boende medelvärde



Den sammanfattande analysen av de målsättningar som sattes upp för 2023 är att verksamheten har arbetat aktivt för att nå förflyttning inom målen. Verksamheten kan dock se att det fortfarande finns utvecklingsområden och behov av fortsatt arbete.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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. Stadens verktyg för riskanalys har använts vid exempelvis risker i arbetsmiljö. Riskanalysen tas fram i team med personal som är berörda tillsammans med chef alternativt i ledningsgruppen. I verktyget ingår att beskriva risken, bedöma allvarlighetsgrad, skapa åtgärder, utse ansvarig samt tidsbestämma uppföljning.



Riskhantering

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.

Stockholms stads verktyg för riskanalys har använts för att göra olika riskbedömningar. Riskanalysen tas fram i team med personal som är berörda tillsammans med chef alternativt i ledningsgruppen. I verktyget ingår att beskriva risken, bedöma allvarlighetsgrad, skapa åtgärder, utse ansvarig samt tidsbestämma uppföljning. Många risker har hanterats i verksamheten under året, se några exempel:

- Hantering av skyddsutrustning
- Smittförebyggande åtgärder
- Sommar/julbemanning
- Värmebölja
- Säkra besök till boende från närstående
- Säker bemanning vid ökade sjuktal, personal och chefer
- Inför IT- och elavbrott
- Försenad läkemedelsleverans
- Kris- och kontinuitetsplan
- Brandrutin
- Säker bemanning

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Den sammantagna analysen av verksamhetens arbete gällande patientsäkerhet visar att det finns strukturer och goda förutsättningar för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Analysen visar också att det krävs fortsatt utveckling inom flera områden. Under 2023 har det totalt varit 423 patienter som har varit inskrivna på Mälarbacken varav 290 av dem på korttidsenheten. Det höga patientflödet ställer stora krav på en välfungerande samverkan mellan olika aktörer. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv är de övergripande målen för 2024, *Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker* och *Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan*. Utöver de egenkontroller som genomförs regelbundet i verksamheten kommer ovan nämnda områden att följas upp för att bedöma hur kvaliteten i vården utvecklas. Verksamheten behöver samverka med andra vårdgivare och aktörer. Utmaningen framåt är att hitta former för stabil och långvarig samverkan på alla de områden där behovet finns.

Samverkan mellan verksamheten och olika aktörer sker ur flera perspektiv och med varierande fokus, exempelvis vid in- och utskrivningsprocessen och genom strategin för God och nära vård. Det är väl känt att vårdens övergångar är ett riskområde och att välfungerande samverkan mellan vårdgivare är en förutsättning i arbetet med att förebygga vårdskador. Utöver den patientnära samverkan som sker löpande mellan vårdgivare finns ett flertal samverkansfora på mer övergripande nivå. God och nära vård kan beskrivas som ett övergripande mål för den nationella omställning som pågår inom hälso- och sjukvården. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Regelbundna avstämningar behöver ske mellan geriatriken, stadsdelens MAS och enheten för biståndshandläggning och patienttransportföretag i syfte att upprätthålla en nära och god samverkan mellan parterna på grund av höga flöden av patienter mellan regionens geriatrik och vård- och omsorgsboenden. Det är önskvärt att se över samverkansöverenskommelsen och dess efterlevnad mellan olika aktörer så det ser likadant ut i hela Stockholms stad.

Förslagsvis kan samverkansmöten mellan de kommunala verksamheterna och Capio Legevisitten för kommunens hälso- och sjukvårds insatser utökas och utvidgas till biträdande enhetschef nivå för att få fram förslag direkt från enheterna. Samordnad individuell plan (SIP) 3 Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård behöver användas i större omfattning om behov finns. Även samverkan med psykiatri behöver utvecklas. Det finns ett stort behov av välfungerande samverkan inom området då många boende inom särskilt boende och korttids- och växelvårdsboende har behov av vårdkontakt med äldrepsykiatri på grund av psykisk ohälsa.

Utifrån verksamhetens dokumentationsgranskningar samt IVO:s granskning framkom ett fortsatt behov av arbete med utveckling/förbättring av dokumentation både i HSL och SoL. I de granskade journalerna fanns delvis en struktur, dock saknades fortfarande delar enligt vad som ska dokumenteras i hälsoplanen samt hur åtgärder/resultat följs upp. Verksamhetens lokala Vodok- nätverk är ett forum för sjuksköterskor där det diskuteras hur systemet ska användas för att få en mer enhetlig struktur i dokumentationssystemet. Dokumentationsombuden i Parasol har extra ansvar för förbättring av dokumentation och utbildning på varje enhet.

Målsättningen är att minska antalet totala avvikelser i verksamheten och arbeta med förebyggande åtgärder. Anledningen till ökningen av antalet avvikelser har bedömts vara en ökad registrering i avvikelssystem, vidare har vikten av att registrera avvikelser lyfts i personalgrupperna. Genom att tidigt identifiera riskerna i teammöten, gruppmöten och kvalitetsråd kan förebyggande åtgärder sättas in i tidigt skede för att undvika avvikelse. Uppföljning och utvärdering av olika åtgärder är också ett sätt för att arbeta förebyggande och utvärdera resultat för att se om det har skett förbättring eller om ytterligare åtgärder behöver vidtas.

Utifrån resultaten från 2023 års patientsäkerhetsberättelse samt ovanstående beskrivning av utvecklingsområden kommer verksamheten arbeta mot följande delmål för att nå verksamhetens övergripande verksamhetsmål under 2024:

Mål 1 - Brommas äldreomsorg har en god och nära hälso- och sjukvård som är patientsäker

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande delmål:

- Initiera införandet av digitalt verktyg för hantering av bland annat läkemedelshantering
- Ta fram nya/revidera befintliga rutiner för HSL som ska finnas tillgängliga digitalt
- Säkerställa att basal medicinsk utrustning finns inom verksamheten
- Bidra till att skapa ett gemensamt nätverk för dokumentationshandledare
- Fortsatt arbete med förebyggande åtgärder för att minska avvikelser
- Förbättrad dokumentation
- Utföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal genom utbildning i simulerad vårdmiljö (metodrum)

Mål 2 - Brommas äldreomsorg har en god samverkan med andra aktörer för trygghet i hela vårdkedjan

För att nå målet ska verksamheten arbeta utifrån följande delmål:

- Säkerställa att samverkansrutiner finns och efterlevs

BILAGA 1

Dokumentation

ICF

Den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) ska användas i den teambaserade journalen. Klassifikationen har en bestämd struktur med standardiserade och definierade begrepp för att beskriva patientens fungerande hälsa i förhållande till hälsokomponenter och hälsorelaterade komponenter i stället för utifrån sjukdomens konsekvenser. Graden av ett hälsotillstånd mäts med bedömningsfaktorer med en gemensam skala för alla komponenter. Klassifikation finns att tillgå på socialstyrelsens hemsida.

Patientcentrerad vård

Patientcentrerad vård innebär att dela makt och ansvar med patienten och att identifiera, respektera och ta hänsyn till patientens individuella värderingar, val, behov och livssituation. Patienten ska ges bästa möjliga förutsättningar att göra egna val vad gäller sin hälsa. Detta medför till exempel att det krävs en kontinuerlig dialog med patienten för att förstå henne eller honom. Det kan också medföra att involvera familj och närstående i vården enligt patientens önskemål.

Vårdprocessen

Med vårdprocessen avses problemlösande arbetsmetoder som har sin grund i principerna för vetenskapliga metoder som kräver tänkande, kunskaper och erfarenhet. Syftet med processen är dels att skapa förutsättningar för vårdpersonalen att få information om patientens behov av omvårdnad och rehabilitering, dels att underlätta för patienten att ta större ansvar för sin egenvård. De vårdprocesser som används inom den kommunala hälso- och sjukvården är sjuksköterskans omvårdnadsprocess och fysioterapeutens/sjukgymnastens och arbetsterapeutens rehabiliteringsprocess. Processernas olika steg är att initiera vård och omsorg, utreda, ta ställning, genomföra och följa upp. I ett processarbete är det nödvändigt att gå fram och tillbaka, att kontinuerligt komplettera datainsamlingen. Det är också nödvändigt att hela tiden resonera och kritiskt granska planerade och genomförda åtgärder.

Aktuellt hälsotillstånd

För att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ge den vård och omsorg som patienten har behov av, är det nödvändigt att få en så fullständig bild av patienten som möjligt. Det innebär att inkludera både patienten och närstående när det är relevant. Vem är den här personen, vilket liv lever den här personen och vad är viktigt för den här personen? Bedömningen måste också omfatta uppgifter om patientens aktuella hälsotillstånd. Detta görs genom insamling av data om kroppsfunction och kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer som påverkar patientens hälsotillstånd. Insamlingen av data ska ske på ett systematiskt sätt, till exempel genom samtal, observationer, olika undersökningar, information från journaler och legitimerad personals bedömning.

Kartlagt hälsotillstånd

Insamlade data ska analyseras för att se mönster, bakomliggande orsaker och samband. I analysen förs ett diagnostiskt eller hypotetiskt resonemang, en tankeprocess för att identifiera resurser, risker eller problem

för att komma fram till ett kartlagt hälsotillstånd. Det kartlagda hälsotillståndet ska ligga till grund för ställningstagande om upprättande av hälsoplan eller inte. I kartläggningen av patientens hälsotillstånd är det nödvändigt att gå fram och tillbaka, att kontinuerligt komplettera datainsamlingen. Det är också nödvändigt att hela tiden resonera och kritiskt granska planerade och genomförda åtgärder.

Hälsoplan

En hälsoplan ska innehålla diagnos, avsett hälsotillstånd, planerade och utförda ordinationer/åtgärder, uppföljning och utvärdering. Med hjälp av diagnosen kan legitimerad personal i tillsammans med patienten precisera patientens behov av omvårdnad och rehabilitering. Diagnosen baseras på insamlade och dokumenterade data som kan finnas under flera sökord i journalen. Man kan säga att insamlad data ska innehålla bevis för den ställda diagnosen. Fråga dig om problemet eller risken är något du kan åtgärda. Om svaret är ja, är det troligen en omvårdnads- eller funktionsdiagnos. Om svaret är nej, är det troligen en medicinsk diagnos. Vid uppföljning följs utförda ordinationer/åtgärder upp för att se om de haft avsedd effekt eller inte. Vid utvärdering följs hälsoplanen upp för att se om det avsedda hälsotillståndet uppnåtts eller inte.

Avsett hälsotillstånd

Målet för vården av patienten är det förväntade resultatet, det vill säga det hälsotillstånd man avser uppnå. Målet måste vara realistiskt, möjligt att uppnå och önskvärt ur patientens perspektiv. Vården ska ske i samråd med patienten, som ska ges möjlighet att uttrycka sitt mål för avsett hälsotillstånd.

Ordinationer/ åtgärder

Ordinationerna är beslutade av legitimerad personal och är avsedda att påverka patientens hälsotillstånd. Det betyder att en ordination är direkt riktad till patienten oavsett om åtgärden utförs av legitimerad personal eller av omsorgspersonal. De utredande och behandlande åtgärder som sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut ordinerar, innebär att åtgärderna ordinerar av respektive profession oberoende av läkare eller specialistsjuksköterska. De åtgärder som ordinerar av läkare eller specialistsjuksköterska kallas beroende ordinationer, vilket innebär att åtgärderna är beroende av annan ordinator än sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut. Ordinationen ska innehålla en instruktion om viss behandling eller åtgärd. Ordinationen ska ange vad som ska göras och hur det ska göras, inte målet med åtgärden. Ordinationen ska vara tidsatt och effekten följas upp. Utförda ordinationer ska signeras på signeringslista när de utförs av omsorgspersonal. I de fall legitimerad personal utför ordinationen signerar även de på samma signeringslista. Vid uppföljning av ordinationers effekt ska legitimerad personal ta ställning till om åtgärden fortfarande är en hälso- och sjukvårdsåtgärd eller om den ska övergå till en instruktion för omsorgspersonal. När ordinationen övergår till en instruktion avslutas den som hälso- och sjukvårdsinsats. Instruktionen är nu att betrakta som ett förhållningssätt till personen i dennes vardag och kräver inte signeringslista.

Uppnått hälsotillstånd

Möjligheten att bedöma effekter av vården hör i hög grad ihop med hur nyanserad bedömningen av patientens hälsotillstånd är initialt och hur preciserad diagnosen är. För att bedöma om patientens hälsotillstånd har förändrats ska hälsoplanen fortlöpande utvärderas för att se om ordinationen/åtgärder

haft avsedd effekt och om avsett hälsotillstånd uppnåtts. Ett nytt hälsotillstånd medför nya ställningstaganden och beslut. Hälsoplaner och ordinationer/åtgärder som inte längre är aktuella ska avslutas. Vid förändrat hälsotillstånd där nya risker- eller problem identifierats ska hälsoplaner revideras eller nya upprättas.

Palliativ vård i livets slutskede

Efter genomfört brytpunktssamtal övergår vården till palliativ vård i livets slutskede. All fortsatt dokumentation görs då i en plan ”Palliativ vård i livets slutskede”.

Epikris

Efter avslutad vårdtid ska alltid en epikris skrivas och journalen avslutas.

Arkivering

Arkivering av journaler görs enligt MAS lokala regler.