

Farsta stadsdelsnämnd

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Äldreomsorg

Socialpsykiatri

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för en god vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
<i>Övergripande mål och strategier.....</i>	<i>5</i>
<i>Organisation och ansvar</i>	<i>7</i>
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare.....	12
Agera för säker vård.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu	16
<i>Riskhantering.....</i>	<i>16</i>
Stärka analys, lärande och utveckling	16
<i>Avvikelser.....</i>	<i>16</i>
<i>Klagomål, synpunkter och beröm.....</i>	<i>19</i>
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	20

Inledning

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt PSL 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.

Kommunens hälso- och sjukvård är frivillig och utgångspunkten är att det finns samtycke till de åtgärder som vidtas. All hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Den ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens rättigheter till att avstå från en behandling ska respekteras. Vården och omsorgen ska präglas av trygghet, säkerhet, delaktighet och information.

Patientsäkerhetsberättelsen för Farsta stadsdelsförvaltning redovisas utifrån verksamhetsområdena äldreomsorg (ÄO) och socialpsykiatri (SP). Patientsäkerhetsberättelsen omfattar Edö vård- och omsorgsboende, Ängsö vård- och omsorgsboende och Postiljonen vård- och omsorgsboende inom avdelningen för äldreomsorg och Lingberga gruppboende inom avdelningen för individ- och familjeomsorg.

Inom avdelningarnas enheter arbetar baspersonal och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Inom enheterna har personalen ombudsroller av olika slag såsom exempelvis inom områdena palliativ vård, mat- och måltider, hygien och dokumentation. Det finns en dietist för såväl strategiskt som operativt stöd i verksamheterna. Patientansvariga läkare besöker äldreomsorgens enheter regelbundet. Inom socialpsykiatrin ansvarar vårdcentral och specialistmottagningar för läkarbedömningar.

Ängsö vård- och omsorgsboende, äldreomsorg

Ängsö är ett vård- och omsorgsboende med demensinriktning och har 13 platser.

Edö vård- och omsorgsboende, äldreomsorg

Edö vård- och omsorgsboende omfattar 107 platser varav 71 är med inriktning demens och 36 är med somatisk inriktning. Till verksamheten hör även en biståndsbedömd dagverksamhet för personer med demenssjukdom med cirka 45 gäster per dag som verksamheten har hälso- och sjukvårdsansvar för under den tid de vistas på dagverksamheten.

Postiljonen vård- och omsorgsboende, äldreomsorg

Postiljonen omfattar 57 platser varav 30 är med inriktning demens och 21 är med somatisk inriktning. Utöver det finns det finns en avdelning för korttidsvård med demensinriktning med 6 platser.

Lingberga gruppboende, socialpsykiatri

Lingberga gruppboende med inriktning socialpsykiatri är en bostad med särskild service enligt Socialtjänstlagen, SoL, och omfattar åtta platser. Målgruppen är vuxna personer som har en psykisk funktionsnedsättning.

Sammanfattning

Under året har både ledningsstrukturer och det systematiska patientsäkerhetsarbetet stärkts. Chefer har ett närmare samarbete över enhetsgränser än tidigare, genom samplanering, erfarenhetsåtervinning och i styrgrupp för hälso- och sjukvård. Arbetet med att stärka alla medarbetares kunskap om avvikelseprocessen och den egna betydelsen i analysarbetet har gett goda resultat, och alla enheter har en väl inarbetad process för att hantera avvikelser. Analyserna av inträffade händelser är starkare än föregående år.

Under året har ett projekt för att övergå till digital signering av läkemedelshantering och vissa åtgärder som inte kräver delegering startat. Syftet är en säkrare läkemedelshantering för den enskilda patienten. Systemet planeras vara i bruk i alla verksamheter under våren 2023.

Ett nationellt analysverktyg, som tagits fram av Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att stötta arbetet med systematisk uppföljning av patientsäkerhetsområdet, har testats på en enhet med mycket goda resultat. Under 2023 ska alla enheter som omfattas av patientsäkerhetsberättelsen använda hela eller delar av analysverktyget.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under året presenterat en delredovisning av en nationell tillsyn av Sveriges särskilda boenden för äldre. Tillsynen omfattade 1 985 enheter i 283 kommuner och stadsdelar. När patientsäkerhetsberättelsen skrivs vet förvaltningen ännu inte i detalj hur Farstas resultat ser ut. Avdelningen för äldreomsorg har under sommar och höst genomfört egenkontroller med fokus på de områden där IVO riktat kritik på nationell nivå. Inget lokalt resultat har medfört någon brådskande åtgärd, men resultaten på nationell nivå har gett enheterna en ökad medvetenhet om områden där extra vaksamhet krävs.

Enheternas arbete med att säkerställa adekvat kompetens utgår från fastställda planer för kompetensutveckling och kompetensförsörjning. Sjuksköterskor som rekryterats under året har erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård och/eller akutgeriatrik/palliativ vård. Vård- och omsorgsboendena Edö och Postiljonen har under året utökat sjukskötersketjänsterna med en sjuksköterska vardera, och säkerställer därmed sjuksköterska på plats alla vardagar till klockan 18.

Grundläggande förutsättningar för en god 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 god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Övergripande mål och strategier

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

Farsta stadsdelsnämnds vård och omsorg i egen regi har följande övergripande mål:

1. Patientsäker vård
2. Personcentrerad vård och omsorg
3. God vård i livets slutskede

Patientsäker vård

Strategier för patientsäker vård:

- Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs
- Läkemedelshandlingen är följsam gentemot lagstiftning, styrdokument och ordination
- Basala hygienrutiner följs
- Avvikelse, synpunkter och klagomål används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador
- All dokumentation lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer
- Säkra och utveckla hälso- och sjukvårdskompetens
- Främja en patientsäkerhetskultur genom ökad medvetenhet

Nämndens övergripande målsättning med det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda en god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet ska även förebygga lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kan undvikas genom att vårdgivaren vidtar adekvata åtgärder.

Personcentrerad vård och omsorg

Strategier för personcentrerad vård och omsorg:

- Bedömningar av patientens behov och resurser görs utifrån en samlad kunskap och helhetssyn som synliggör individen
- Vården beaktar och respekterar individens andliga, existentiella, sociala och psykiska behov likväl som fysiska behov.
- Patienten görs delaktig genom dialog och tydliga former för hur patientens önskemål och integritet respekteras
- Etik, värderingar och förhållningssätt lyfts fram

Inom verksamheterna utformas det stöd som ges utifrån individens förmågor, vanor och intressen i syfte att hen ska känna sig delaktig, uppleva välbefinnande, trygghet och meningsfullhet. Kontaktpersonen dokumenterar i genomförandeplan om dagliga rutiner, önskan om personlig vård samt livsstil. I hälsoplanen dokumenterar sjuksköterskan planeringen av patientens hälso- och sjukvårdsinsatser. Vården ska utgå ifrån individens förutsättningar, resurser och behov. Det innebär ett samspel mellan den enskilde, närstående, baspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal. Det dagliga arbetet genomförs sedan med genomförandeplanen, patientens levnadsberättelse och hälsoplaner som grund.

Inom verksamheterna samarbetar det multiprofessionella teamet i syfte att utveckla kvaliteten på den personcentrerade vården och omsorgen. Teammöten (äldreomsorgen) och brukargenomgångar (socialpsykiatrin) genomförs med regelbundenhet och under dessa diskuteras patientens behov utifrån en helhetssyn samt med vilka arbetssätt och strategier den personcentrerade vården och omsorgen kan utvecklas för den enskilde.

God vård i livets slutskede

Strategier för god vård i livets slutskede:

- Vården är väl planerad för att möta patientens och närståendes behov
- Tidigare erfarenheter och data från register används i ett kontinuerligt förbättringsarbete

Palliativ vård i livets slutskede innebär att tidigt upptäcka, förebygga samt lindra lidande. En del i att lindra lidande är att upptäcka smärta, ångest och oro samt andra fysiska och psykiska faktorer som kan förekomma i livets slutskede. I den palliativa vården i livets slutskede har baspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, dietist och läkare samverkat.

När patientansvarig läkare gjort bedömningen att det primära målet med vården har ändrats från livsförlängande till lindrande har ett brytpunktssamtal genomförts. Samtalet kan hållas vid ett eller flera tillfällen. Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att besluta hur hen vill ha det under den sista tiden. Vid samtalet har läkare, sjuksköterska, patient och närstående, om patienten samtycker till det, deltagit.

På vård- och omsorgsboendena har dödsfall registrerats i det palliativa registret. Registreringen har ökat markant under året. Genom registrering i palliativa registret kan enheterna mäta hur de lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom få stöd i förbättringsarbete som syftar till optimal vård.

Organisation och ansvar

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

Stadsdelsnämnden är ledningsansvarig för den kommunala hälso- och sjukvård som bedrivs i Farsta SDF.

Stadsdelsdirektör och avdelningschef för äldreomsorg ansvarar för att patientsäkerhetsberättelsen anmäls till nämnd.

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen, ansvarar för att det i verksamheten bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att kraven på en god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses. Verksamhetschef ska samverka och samråda med MAS och MAR i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) och Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) ansvarar för patientsäkerhetsarbetet utifrån hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Styrgruppen för hälso- och sjukvård i Farsta stadsdelsförvaltning består av verksamhetschefer, MAS, MAR, verksamhetscontroller och dietist. Styrgruppen beslutar om gemensamma satsningar inom patientsäkerhetsområdet.

Enhetschef/områdeschef i verksamheten ansvarar för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens för att bedriva en god och säker vård. Hen ska förvissa sig om att det lokala patientsäkerhetsarbetet är säkerställt för att förebygga vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att i sitt yrkesutövande följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Omvårdnadspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgift/er via delegering är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet är fastställt av nämnd och återfinns i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Under året har Edö och Postiljonen ökat bemanningen med en sjuksköterska vardera. Edö har förändrat sin ledningsstruktur, och har nu en områdeschef, tillika verksamhetschef enligt HSL, som är chef över legitimerad personal, administrativ personal samt dagverksamhet.

Samverkan inom hälso- och sjukvård

Extern samverkan

Samverkan med läkare: Regionen ansvarar för läkarinsatserna inom vård- och omsorgsboenden. Samtliga vård- och omsorgsboenden har fasta läkare, som arbetat i flera år på enheterna och som besöker enheterna varje vecka samt vid behov. En läkare har tillkommit under året. Även inom socialpsykiatri är det regionen som ansvarar för läkarinsatser. Regelbunden samverkan med vårdcentral och psykiatrimottagningar-/slutenvård. Inom socialpsykiatri är det oftast patienten som tar sig till den aktuella vårdinstansen, vid behov med stöd av personal på enheten.

Under året har en regelbunden samverkan etablerats mellan regionens samordnare och avdelningschef för äldreomsorg. Samordnaren är verksamhetschef på en av Farstas vårdcentraler och innehar ett samordningsansvar för samtliga vårdcentraler i Farsta.

Samverkan kring säker läkemedelshantering: Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs varje år. Under året har Apoteket AB genomfört granskningarna på samtliga enheter.

Samverkan med Vårdhygien: Vård- och omsorgsboenden har genom avtal med Vårdhygien tillgång till rådgivning och undervisning samt hjälp med att kvalitetssäkra den egna verksamheten. I samråd med förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska har enhetschef planerat genomförandet av hygienrond som genomförs under ledning av Vårdhygiens hygiensjuksköterska. Hygienronden syftar till att identifiera förbättringsområden avseende god hygienisk standard i verksamheten. Ingen enhet har haft hygienrond under året.

Samverkan med jourföretag: Jourorganisationen, Klara T, bemannar med sjuksköterskor på avdelningens vård- och omsorgsboenden den tid som ordinarie sjuksköterskor inte tjänstgör, och har en inställetid på 30 minuter vid bedömt behov av akut besök. Mycket god samverkan mellan organisationerna, både avseende gemensam planering och utredning av avvikelser.

Samverkan med Palliativt kunskapscentrum, PKC: PKC i Stockholms län samfinansieras av Region Stockholm och kommuner i Stockholms län. Verksamheten drivs i SLSO:s regi (Stockholms läns sjukvårdsområde). För att möta personalens behov av kunskap erbjuder PKC utbildningar för olika målgrupper och verksamhetstyper. Kunskap om palliativ vård bidrar till ett tydligt fokus på teamarbete vilket är viktigt för en god vård men också för en god arbetsmiljö för medarbetarna.

Samverkan med Smittskydd Stockholm: Regelbunden kontakt, främst mellan MAS och smittskyddssjuksköterska. Smittskydd Stockholm kan också kontaktas direkt av enheterna.

Mobil tandvård: Region Stockholms tandvårdsstöd erbjuds till berättigade personer inom vård- och omsorgsboenden. Det finns en väl etablerad samverkansmodell mellan region och kommun för att erbjuda munhälsobedömning och nödvändig tandvård till berättigad person samt munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal. Under 2022 har Oral Care haft uppdraget.

Intern samverkan

Tvärprofessionella team träffas regelbundet för att upprätta och följa upp boendes hälsotillstånd. Till stöd finns bland annat svenskt demenscentrums demenschecklista, och enheternas egna framtagna agendor för teammöten.

Dietist: Samverkar med chefer och medarbetare på samtliga vård- och omsorgsboenden, och har regelbundna möten med mat- och måltidsombud. Dietist ingår i förvaltningens styrgrupp för hälso- och sjukvård, och samverkar regelbundet med stadens andra dietister, MAS, MAR och verksamhetscontroller för hälso- och sjukvård.

Regelbundna möten med MAS/chefer: varannan vecka bokade möten med fokus aktuella patientsäkerhetsfrågor.

Styrgrupp hälso- och sjukvård: I styrgruppen ingår samtliga verksamhetschefer enligt HSL,

dietist, MAS, MAR och verksamhetscontroller för hälso- och sjukvård. Avdelningschefer vid behov, samt inbjudna gäster. Fokus på patientsäkerhet, gemensam styrning, samplanering, kvalitetsutveckling och erfarenhetsåtervinning.

Samverkan i enheternas kvalitetsråd: Samtliga vård- och omsorgsboenden har månatliga tvärprofessionella kvalitetsråd. Syftet med rådet är att minska/eliminera risker och att skapa åtgärder som förhindrar att oönskade händelser inträffar eller upprepas, och att säkerställa god och säker vård och omsorg utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Kvalitetsrådet fokuserar på gemensamt lärande och är en del av verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete. Vid kvalitetsråden diskuterar deltagarna orsaker och följer upp förebyggande åtgärder. Kvalitetsråden följer en gemensam mall, vilken tagits fram i styrgruppen för hälso- och sjukvård i Farsta. Socialpsykiatrin använder sig av ett forum som kallas brukargenomgång, där teamet kring patienten samlas och går igenom aktuellt hälsotillstånd. Patienten erbjuds att vara med.

Dokumentationsgrupp: Under året har legitimerade från alla enheter mötts i en gemensam dokumentationsgrupp.

Socialpsykiatri, nätverk inom staden

Ett stadsövergripande nätverk för socialpsykiatri och psykiatri med fokus på kommunal hälso- och sjukvård har pågått under året, men avslutades under våren då medverkande inte såg behov av fortsättning.

Samverkan mellan Lingberga gruppboende och Postiljonen vob: Arbetsterapeuter och fysioterapeuter från Postiljonen vård- och omsorgsboende ansvarar för bedömningar och åtgärder för boende på Lingberga gruppboende.

Upprätta handlingar och arkivera: Regelbunden samverkan med förvaltningens arkivarie.

Planera och genomföra insats: samverkan mellan biståndshandläggare och berörda yrkeskategorier på VOB. För socialpsykiatrin sker intern samverkan mellan biståndshandläggare och berörda yrkeskategorier på boendenheten, samt med region, både primärvård och psykiatri.

Samverkan med patient och närstående beskrivs närmare under rubriken *Patienten som medskapare*.

Systematisk samverkan kring avvikelser

Kvalitetsråd: beskrivs i rubriken ovan, och är även en viktig del i det systematiska arbetet i avvikelseprocessen.

Styrgrupp för hälso- och sjukvård: beskrivs i rubriken ovan, och är även en viktig del i det systematiska arbetet i avvikelseprocessen.

Kvartalsgenomgång avvikelser verksamhetschef HSL-MAS: Varje kvartal går verksamhetschef HSL och MAS igenom enhetens avvikelser på övergripande nivå. Baserat på gemensam reflektion skapas en åtgärdsplan som följs upp vid nästkommande möte. Under 2023 kommer MAR att delta vid en genomgång per enhet. Ett exempel på resultat av kvartalsgenomgångarna är att avvikelseblanketten arbetades om i april, för att underlätta den analys som omvårdspersonal gör. Utöver kvartalsgenomgångarna diskuteras avvikelser löpande under hela

året, när behov uppstår.

Utöver den systematiska samverkan har samtliga personalgrupper under året haft genomgång av avvikelseprocessen tillsammans med sina chefer och MAS, detta i syfte att öka kunskapen om avvikelseprocessen och utveckla de analyser som görs av omsorgspersonal. Även stadsdelsnämnden har fått en genomgång av avvikelseprocessen och säkerhetskultur inom hälso- och sjukvård.

Resultat: Kunskaper om avvikelseprocessen har ökat under året och avvikelserna håller en högre kvalitet än föregående år. Främst syns detta i analysdelen i varje avvikelse.

Informationssäkerhet

Alla medarbetare ska årligen genomföra Stockholms stads webbaserade utbildningar om data-säkerhet, detta följs upp av chefer. Återkommande dialog på enheterna om sekretess i det dagliga arbetet. Nya digitala verktyg genomgår informationsklassning i enlighet med stadens riktlinjer, i samarbete med förvaltningens informationssäkerhetssamordnare.

En god säkerhetskultur

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personal har därför en skyldighet att rapportera avvikelser, det vill säga risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att:

- bedöma och vidta nödvändiga åtgärder när en händelse eller en risk inträffar,
- rapportera och registrera avvikelser,
- tillsammans med verksamhetschef utreda bakomliggande orsaker, besluta om och vidta adekvata åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen, och informera patient/närstående om händelsen lett till en vårdskada och dokumentera i journalen att information lämnats.

Under året har samtliga medarbetare träffat medicinskt ansvarig sjuksköterska för genomgång i avvikelseprocessen och vilka analyser som förväntas utifrån enheternas olika professioner. Mötena innehöll även dialog kring betydelsen och innebörden av en god patientsäkerhetskultur. Åtgärden har givit mycket stor förbättring inom alla avvikelseområden, och vi kan se att samtliga professioner nu analyserar i mycket högre utsträckning än 2021. Även chefer och nämnd har haft genomgångar med MAS. Det systematiska arbetet i avvikelseprocessen redovisas under rubriken *Samverkan inom hälso- och sjukvård*.

Under året har ett pilotprojekt genomförts på Postiljonens vård- och omsorgsboende. I projektet testades det nationella analysverktyget Agera för säker vård, som tagits fram av Sveriges kommuner och regionen (SKR) för att stötta arbetet med att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget.
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.
- skapa en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård.
- skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.

Under 2023 ska alla enheter som omfattas av patientsäkerhetsberättelsen använda hela eller delar av analysverktyget.

Adekvat kunskap och kompetens

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

Enheternas arbete med att säkerställa adekvat kompetens utgår från fastställda planer för kompetensutveckling och kompetensförsörjning. Sjuksköterskor som rekryterats under året har erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård och/eller akutgeriatrik/palliativ vård. Vård- och omsorgsboendena Edö och Postiljonen har under året utökat sjukskötersketjänsterna med en sjuksköterska vardera, och säkerställer därmed sjuksköterska på plats alla vardagar till klockan 18.

Bland de kompetenshöjande insatser som genomförts under året återfinns:

- Äldreomsorgslyftet: via äldreomsorgslyftet erbjuds baspersonal grundläggande vårdutbildning till undersköterska samt specialistkompetens för undersköterskor.
- Utbildning i förflyttningsteknik och säkra förflyttningar: Arbetsterapeut och fysioterapeut har utbildat baspersonal i hur säkra förflyttningar genomförs med och utan tekniska hjälpmedel. Även genomgång av hur lift och lyftskynken hanteras för att undvika skador vid förflyttning samt hur man positionerar en enskild vid sittande och ligande för att undvika trycksår. (ÄO)
- Fortsatt utbildning av medarbetare i "Stjärnmärkt", en utbildningsmodell framtagen av Svenskt Demenscentrum. Samtliga vård- och omsorgsboenden var vid årets slut stjärnmärkta, vilket innebär att medarbetarna har grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta med personcentrerad vård.(ÄO)
- E-utbildningar Demens-ABC, Demens-ABC plus och Nollvision.(ÄO)
- E-utbildning om basala hygienrutiner.(ÄO, SP)
- Baspersonal som ska hantera läkemedel utifrån delegering från sjuksköterska har genomfört utbildning och kunskapstester inför delegeringen. (ÄO, SP)
- E-utbildning i datasäkerhet och informationsskydd. (ÄO, SP)
- Dietistledd handledning för sjuksköterskor gällande nutritionsärenden inom vård- och omsorgsboenden
- Föreläsning av dietist om mellanmål och nattfasta (ÄO)
- Dietistledd utbildning i livsmedelshygien. (ÄO)

Förvaltningen arbetar också för att enheternas sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska känna varandra och ha naturliga nätverk även utanför den egna enheten. Under

hösten genomfördes en gemensam kompetensutvecklingsdag med fokus på aktuella patientsäkerhetsfrågor; kommande digital signering; analyser av IVO:s granskning av hälso- och sjukvård inom äldreomsorg; dietistens reflektioner/iakttagelser under året; stadens avtal om kost samt genomgång av nya föreskriften och riktlinjen för MTP.

Patienten som medskapare

Hälso- och sjukvård som erbjuds inom äldreomsorg och socialpsykiatri ska bygga på anpassad information, delaktighet och samtycke, och kräver ofta en hög grad av individanpassning. En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Samverkan med patienterna och närstående har skett regelbundet. I samband med att en patient flyttat in på vård- och omsorgsboende har ett välkomstsamtal hållits. Under samtalet har patienten och hans närstående informerats om verksamhetsspecifik information som exempelvis kontaktuppgifter, hantering av klagomål och synpunkter och anhörigstöd. I samband med inflyttning har även en vårdplanering genomförts samt ett läkarbesök. Vårdplaneringen har genomförts tillsammans med patient och baspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut. Närstående har erbjudits att delta om patienten lämnat sitt samtycke till det. Utifrån patientens samtycke har sjuksköterskan vid behov kontaktat närstående för att informera om vård och behandling.

Inom verksamheterna samarbetar det multiprofessionella teamet i syfte att utveckla kvaliteten på den personcentrerade vården och omsorgen. Teammöten (äldreomsorgen) och brukarråd (socialpsykiatri) genomförs med regelbundenhet och under dessa diskuteras patientens behov utifrån en helhetssyn samt med vilka arbetssätt och strategier den personcentrerade vården och omsorgen kan utvecklas för den enskilde.

Inom enheterna finns olika exempel på former för samverkan med patienter och deras närstående. Det kan vara genom närståendeträffar eller månadsbrev med information om planerade och/eller genomförda aktiviteter. Månadsbreven har varit ett sätt att för enheterna att nå ut med information och meddela tillfälliga och/eller bestående förändringar i verksamheten. Inom verksamheterna finns utbildade ombud som arbetar med stöd och vägledning såväl internt inom arbetsgruppen som till närstående. Närstående informeras om aktiviteter som anordnas centralt inom närståendestöd och vid behov förmedlas kontakt till förvaltningens anhörigkonsulent.

Inkomna klagomål och synpunkter har tagits emot och analyserats av enhetschefer/verksamhetschefer. Skyndsamt har åtgärder vidtagits och återkoppling har skett till berörda parter som framfört klagomålet.

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 in-

nefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, baspersonal, enhetschefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård har kontinuerligt och systematiskt undersökt och analyserat orsaker till risker. Egenkontrollernas resultat är ett viktigt underlag i enheternas patientsäkerhetsarbete genom att enheternas planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder följs upp. Resultaten har redovisats och diskuterats med alla personalgrupper vid gemensamma möten. Utifrån resultaten har åtgärder vidtagits för den verksamhet och situation det berör. Egenkontroller som har genomförts under året är bland annat inom områdena hygien, hälso- och sjukvårds- dokumentation, loggkontroll i hälso- och sjukvårdsjournaler, läkemedelshantering, måltidsobservation, medicinsk tekniska produkter (MTP) och nattfasta.

IVO har under året presenterat en delredovisning av en nationell tillsyn av Sveriges särskilda boenden för äldre. Tillsynen omfattade 1 985 SÄBO i 283 kommuner och stadsdelar. Som underlag användes 55653 kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, varav drygt 200 journaler från Farsta. När patientsäkerhetsberättelsen skrivs vet förvaltningen ännu inte i detalj hur Farstas resultat ser ut, men utöver tidigare redovisade egenkontroller har avdelningen för äldreomsorg under sommar och höst även genomfört egenkontroller med fokus på de områden där IVO riktat kritik på nationell nivå. Inget lokalt resultat har medfört någon brådskande åtgärd, men resultaten på nationell nivå har gett enheterna en medvetenhet om områden där extra vaksamhet krävs. Registrering i palliativa registret har ökat markant vilket ger enheterna bättre möjlighet att följa sina egna resultat.

Egenkontrollerna har genomförts inom områdena hälsoplaner, hälsoplaner för vård i livets slut, brytpunktsamtal, läkarkontakt, läkemedelsgenomgångar och dokumentation.

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 risker inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder.

Av de händelser som genomgått fördjupad utredning under året har ingen bedömts vara av så allvarlig art att den ska anmälas till IVO enligt lex Maria. Samtliga enheter har goda rutiner för att snabbt fånga upp och utreda händelser som bör analyseras, samt rutiner för gemensamt lärande av inträffade händelser.

Vårdskador och fördjupade utredningar

Enheterna rapporterar att fyra skador är bedömda som vårdskador. Om en skada bedöms som vårdskada har patienten rätt att söka ersättning. Berörda patienter har fått information via chefer i verksamheterna. Under 2023 kommer begreppet vårdskada att diskuteras på styrgrupp för hälso- och sjukvård, för att säkerställa en likvärdig bedömning inom verksamhetschefgruppen.

De fördjupade utredningarna rör händelser som medfört frakturer, smittspridningar och dubbel-doser. Flera utredningar har resulterat i att patienten bedömts ha drabbats av vårdskada el-

ler risk för vårdskada.

Två utredningar pågår när patientsäkerhetsberättelsen skrivs, båda rör frakturer.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Strukturerade och evidensbaserade bedömningar

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom vård- och omsorgsboenden ansvarar för utredning, behovsbedömning, utprovning av hjälpmedel, planering samt uppföljning och utvärdering av patienternas hälsotillstånd och beslut avseende direkta insatser i form av behandling, träning och aktiviteter. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att dokumentation av patientens hälsa, vård och behandling görs i patientjournalen. Vidare ingår handledning, råd och stöd till baspersonalen i deras arbete.

- Strukturerade och regelbundna riskbedömningar och utredningar av blås- och tarmdysfunktion, risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring och risk för ohälsa i munnen genomförs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Utifrån riskbedömningarnas resultat skapas hälsoplaner innehållande planerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Utöver riskbedömningar genomförs även bedömning av ADL-status, förflyttningar och måltidssituation.
- Kvalitetsverktyg som Senior Alert, Palliativa registret, registret för Beteendemässiga Psykiska symtom vid Demens (BPSD) och Svenskt demenscentrums *checklista demens* används för att analysera och utveckla kvalitet och säkerhet. Vissa av systemen/verktygen kräver samtycke från patienten. I kvalitetsregistren kan enheterna följa upp att t ex brytpunktssamtal, smärtskattning, fallförebyggande åtgärder med mer har genomförts.
- I samband med försämrat hälsotillstånd hos en patient ska bedömningsinstrumentet Visam användas av sjuksköterskorna. Visam är en strukturerad metod som används för att säkerställa en systematisk undersökning och säkrare bedömning, samt vård på rätt vårdnivå. Visam ger även en säkrare informationsöverföring mellan vårdgivare, vanligtvis mellan sjuksköterska och läkare på enheten.

Läkemedelshantering

Enheterna har genomfört egenkontroller inom området. Baspersonal som ska hantera läkemedel utifrån delegering från sjuksköterska har genomfört utbildning och kunskapstest inför delegeringen. Apoteket Farmaci AB genomför årligen kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen på samtliga vård- och omsorgsboenden. Samtliga enheter har genomgått granskningen med mindre anmärkningar.

Läkemedelsgenomgångar

Läkarorganisationen på vård- och omsorgsboenden ansvarar för att patienterna får en läkeme-

delsgenomgång årligen samt vid behov. På Edö och Postiljonen där Familjeläkarna är ansvarig läkarorganisation har 91 respektive 96 procent av läkemedelsgenomgångarna skett i tid. På Ängsö, där Capio Legevisitten ansvarar, har samtliga läkemedelsgenomgångar skett i tid.

Basala hygienrutiner

Under covid-19-pandemin har stort fokus legat på att säkerställa en god hygienisk standard genom bland annat återkommande utbildningar inom och kontinuerlig uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler. Samtliga enheter har markerat att egenkontrollen Basala hygienrutiner är godkänd. Egenkontrollen omfattar att:

- samtliga medarbetare under året har genomgått webbutbildning i basala hygienrutiner
- fastställda kvalitetsmättningsinstrument används enligt Vårdhygiens instruktioner som stöd för utvärdering av följsamhet till föreskrift SOSFS 2015:10
- avvikelser identifieras utifrån de resultat som uppnåtts i självskattning och observation
- återkoppling gjorts till verksamhetens medarbetare av resultat som uppnåtts i självskattning och observation samt planerade åtgärder
- chef har följt upp resultat av planerade åtgärder
- punkterna 2-5 genomförts till varje tertialrapport, verksamhetsberättelse/patientsäkerhetsberättelse och vid behov

Enheterna inom äldreomsorg har avtal med Region Stockholms hygiensjuksköterska, som erbjuder bland annat utbildning och hygienronder. Under året har ingen enhet använt möjligheten till hygienrond, däremot har flera enheter samverkat med hygiensjuksköterska i specifika frågor, exempelvis i samband med utredning av en händelse med MRSA-smittspridning. En enhet har genomfört en egen PPM-mätning, en punktprevalensmätning som undersöker följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Mätningen visade en övertro på handskanvändning och följdes upp med information och planering för vidare utbildning.

Avvikelseprocessen

Flera åtgärder för att stärka kunskapen om avvikelseprocessen har genomförts under året, och beskrivs under rubrikerna *Samverkan i hälso- och sjukvård, samt Stärka analys, lärande och utveckling*. Samtliga enheter har ett väl inarbetat arbetssätt med snabb uppföljning av chef när en händelse som måste utredas har inträffat.

Dokumentation

Samtliga enheter har genomfört egenkontroller inom området. Under året har legitimerade från alla enheter mötts i en gemensam dokumentationsgrupp.

Timanställda

Andelen timanställda inom förvaltningens äldreomsorg, inklusive hemtjänst, har varit fortsatt lägst i staden. Vid årets slut hade Farstas kommunala enheter en andel timanställda om 8,8 procent.

Nattfastemätningar och måltidsmiljö

Nattfastemätningar genomförs minst två gånger per år. Under vårens mätning upptäcktes en ökning av andelen boende med en oönskad nattfasta över 11 timmar. En enhet hade en försämring jämfört med tidigare mätningar, oklart om det speglar den faktiska verkligheten eller beror på svårigheter att fylla i mallen. Enheten har därefter haft fokus på nattfasta under reste-

rande del av året och tagit stöd i dietist. Klar förbättring i höstens mätning. En enhet har haft redovisat att nattfastan understiger 10 timmar för samtliga boende vid årets båda mätningar.

Utöver nattfastemätningar har egenkontroller i måltidsmiljö, i form av måltidsobservationer, genomförts. Utifrån resultaten har åtgärder vidtagits för den verksamhet och situation det berör. Förvaltningens dietist har varit involverad i arbetet och funnits som stöd i frågor som rör nutrition, både strategiskt och i vissa fall på individnivå. Förvaltningens dietist bedömer att det finns ett behov av fortsatt regelbunden genomgång av syftet med att begränsa nattfastan och hur enheterna kan arbeta med resultatet från nattfastemätningarna.

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.

Enheterna har kartlagda verksamhetsprocesser. Risker har identifierats, riskanalyser är gjorda och plan för egenkontroller finns upprättade i stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ILS. Genom egenkontroll har verksamheterna regelbundet och systematiskt följt upp att arbetet genomförts enligt kartlagda processer och fastställda rutiner, vilka resultat som har kunnat ses samt förbättringsåtgärder.

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.

Avvikelse

Alla avvikande händelser som kan beröra hälso- och sjukvård ska rapporteras i hälso- och sjukvårdsavvikelsemodulen i Vodok. Därefter bedömer verksamhetschef om händelsen beror på en brist inom hälso- och sjukvård. Om verksamhetschefen bedömer att händelsen hade kunnat undvikas med fler eller andra preventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet är det en avvikelse inom hälso- och sjukvård. Även MAS kan göra denna bedömning.

För fall gäller att samtliga fall ska rapporteras i avvikelsemodulen i Vodok. När ett fall *inte* beror på en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef bedömt, vanligtvis baserat på teamets bedömning, att fallet inte hade kunnat undvikas med fler eller andra fallpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Enhetens analys av hälso- och sjukvårdsavvikelser 2022

Samtliga enheter har haft fokus på avvikelseprocessen under året. Det har gett stora effekter på avvikelsernas kvalitet, främst syns det i den del där omsorgspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och chefer analyserar händelsen i olika steg och utifrån sin profession.

Under 2022 har 640 negativa händelser, inklusive 393 fall, rapporterats i avvikelssystemet för hälso- och sjukvård. Av dessa har 162 händelser bedömts som brist inom hälso- och sjukvård. När en negativ händelse inte bedöms som en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef, vanligtvis baserat på teamets eller ansvarig sjuksköterskas bedömning, bedömt att händelsen inte hade kunnat undvikas med fler eller andra åtgärder eller rutiner inom området hälso- och sjukvård.

Läkemedelsavvikelser är den vanligast förekommande hälso- och sjukvårdsavvikelsen, där utebliven dos eller utebliven signering av läkemedel utgör drygt 60 procent av avvikelserna. En upptäckt under året är att verksamhetscheferna bedömt avvikelserna något olika; tre enheter har bedömt alla läkemedelsavvikelser som hälso- och sjukvårdsavvikelser och en enhet har i de flesta fall bedömt läkemedelsavvikelser som avvikelser inom SOL. Under 2023 förväntas bedömningen bli lika.

Fördjupade utredningar

Utifrån en ökad medvetenhet om de utredningsverktyg som kan användas har fler fördjupade utredningar genomförts än föregående år. Det bedöms vara en positiv effekt av årets fokus på avvikelseprocessen.

Joursjuksköterskornas delaktighet i avvikelseprocessen

Efter övergången till nytt jourföretag 2021 har joursjuksköterskornas delaktighet i avvikelseprocessen förbättrats avsevärt. Av samtliga rapporterade händelser har ca 20 procent rapporterats av joursjuksköterska, i princip alla rapporteringar gäller fall.

Jämställdhetsanalys

Avvikelsesystemet medger inte någon automatisk statistik baserat på juridiskt kön. Statistiken för de avvikelser som bedömts som brist i hälso- och sjukvård har tagits fram manuellt, men ger inte tillräckligt underlag för att analysera utifrån jämställdhetsperspektivet. Fler faktorer behöver vägas in, till exempel den totala könsfördelningen och hur sjukdomar och funktionsnedsättningar är fördelade mellan kön.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal rapporterade avvikelser i avvikelsemodulen inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som saknar slutlig bedömning	Antal rapporterade avvikelser där slutlig bedömning visar på skada	Antal skador som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	180	8	0	0	130	Diskrepans mellan hur enheterna har bedömt läkeme-

						delsavvikelser. Detta kommer sannolikt vara enhetligt under 2023.
Specifik omvårdnad	36	0	3	0	12	
Specifik rehabilitering	5	0	0	0	4	
Trycksår	2	0	2	1	1	
Vårdkedjan	22	3	1	0	7	
Vårdrelaterad infektion	2	0	1	1	2	
totalt	247	11	7	2	156	

Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall som saknar slutlig bedömning	Antal rapporterade fall där slutlig bedömning visar skada	Antal fallrelaterade skador som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Antal rapporterade fall som bedömts bero på brist inom hälso- och sjukvård	Kommentar
393	13	65	2	6	De fall som saknar slutlig bedömning av verksamhetschef HSL har skett i december, alternativt är under vidare utredning.

2022 skedde en ökning av antalet fall jämfört med år 2021.

118 individer har fallit under året, av dem har 41 drabbats av fallrelaterad skada. Vid de 65 fall som gett en skada hos patienten har de flesta, 40 stycken, skett vid egen förflyttning. Vid 14 tillfällen har fallet varit obevittnat och/eller oklar orsak.

Avvikelsesystemet ger inte stöd i att följa upp antal frakturer, då slutrapporten enbart visar antal skador - inte vilken skada. Även mindre sår eller skrapmärken rapporteras som skada. Vid en fallhändelse gör dock sjuksköterskan en första bedömning. För åtta individer fanns då initialt en misstanke om fraktur. Det saknas statistik över hur många fall som lett till sjukhusvård. Stadens MAS- och MAR-nätverk arbetar med förslag på utveckling av avvikelsemodulen i Vodok, med mål att kunna mäta antal frakturer.

Tillbud med medicinteknisk produkt

Antal tillbud med medicinteknisk produkt som anmälts till Läkemedelsverket, tillverkare och IVO	kommentar
0	

Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter krav på att alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska rapporteras till Läkemedelsverket, tillverkare och för kännedom till IVO. Verksamhetschef ansvarar för att i samråd med MAR eller MAS göra en anmälan.

Klagomål, synpunkter och beröm

Samtliga enheter har rutiner för hantering av synpunkter, klagomål och beröm, för att de ska kunna ingå i det systematiska kvalitetsarbetet.

Rutinerna omfattar ansvarsfördelning mellan personal och chefer, samt processen för hantering och återkoppling. Synpunkten åtgärdas direkt eller så snart det är möjligt beroende på dess art. I de fall det berör enskild medarbetare tar enhetschefen upp det med berörd person. I de fall klagomålen eller synpunkterna berör övergripande rutiner eller arbetssätt ses rutinerna över och revideras om så är nödvändigt. Synpunkter, klagomål och beröm redovisas i förvaltningens ledningssystem ILS.

Synpunkter, klagomål och beröm som rör hälso- och sjukvård

Synpunkt, klagomål eller beröm?	vad gällde synpunkten/klagomålet/ berömet?	Från vem? (patient/närstående/ samverkanspartner/annan)	Åtgärd	Återkoppling
Beröm socialpsykiatri	Skönt att få hjälp med medicinen	Patient	Återkoppling till personalgruppen	Ja
Beröm socialpsykiatri	Personalen går att lita på	Patient	Återkoppling till personalgruppen	Ja
Synpunkt socialpsykiatri	Att vi dansar oftare i boendet	Patient	Personalen deltar i och uppmuntrar dans som aktivitet på kvällarna	Ja
Klagomål vob	Vård vid covid år 2020, fortsatt på tidigare ärende	Närstående/IVO	Analys, besvarat IVO	Ja
Klagomål vob	Rehabilitering och sondmatshantering	Närstående	Vårdplaneringar, telefonsamtal, enskilda samtal	fortlöpande
Synpunkt vob	Läkemedel, rehabilitering	Närstående	Vårdplaneringar	Ja
Klagomål vob	Bemötande	Närstående	Samtal m berörd medarbetare	Ja
Klagomål vob	Läkemedel, handhavande	Närstående	utredning	Ja
Beröm vob	Information och återkoppling från SSK till närstående - generellt	Närståendemöte, storgrupp	Återkoppling till personalgruppen	Ja
Beröm vob	Medicinsk och omvårdnadskompetens SSK	Närståendemöte, storgrupp	Återkoppling personalgruppen	Ja
Beröm vob	God omvårdnad, upprepade beröm	Närstående	Återkoppling personalgruppen	Ja

Beröm vob	Bemötande, upprepade beröm	Närstående	Återkoppling personalgruppen	Ja
Beröm vob	Daglig livsföring och aktiviteter, upprepade beröm	Närstående	Återkoppling personalgruppen	Ja

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.

Enheterna har aktuella kontinuitetsplaner. Under året har situationen i omvärlden påverkat exempelvis upprättande av beredskapslager med mer. I det arbetet har förvaltningens dietist haft en nyckelroll.

Förvaltningens dietist har tagit fram en lokal rutin för livsmedelsförsörjning som krisberedskap. Rutinen innehåller förslag på beredskapslager med livsmedel för enklare matlagning samt krismenyer som utgår ifrån råvaror som ska gå att lagrhålla och tillaga/äta även i kris.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Övergripande mål, strategier och utmaningar för kommande år

Inom Farsta stadsdelsförvaltning kommer verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs under år 2023 att fortsätta arbeta utifrån de fastställda strategierna med målen patientsäker vård, personcentrerad vård och omsorg samt god vård i livets slutskede (se kap 3.1.1).

Förvaltningen kommer att utveckla det påbörjade arbetet utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet; *Agera för säker vård*. Arbetet innebär att göra genomlysningar av varje enhet utifrån analysverktyget, samt skapa handlingsplaner för varje enhet som bedriver hälso- och sjukvård, om möjligt för förvaltningen som helhet.

Under våren 2023 införs digital signering av läkemedelshantering, och signering av vissa åtgärder som inte kräver delegering, på samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Palliativ vård

Inom vård- och omsorgsboende fortsätter arbetet med att utveckla och stärka det palliativa förhållningssättet och vården genom teamarbete, stärkta ombudsroller, samverkan med läkarorganisationerna samt patienters och närståendes delaktighet. Kunskapshöjande insatser kommer att utgå ifrån Palliativt kunskapscentrum, PKC, och deras utbildningserbjudanden. Arbetet med att utveckla användandet av palliativa registret fortsätter under 2023 genom fortsatta registreringar samt erbjudande till närstående om att fylla i närståendeenkät.

Centralisering av hälso- och sjukvård inom socialpsykiatri

Socialnämnden ska i samarbete med kommunstyrelsen och stadsdelsnämnderna förbereda för en centralisering av hälso- och sjukvården inom socialpsykiatrins bostäder med särskild service från den 1 januari 2024. Mål att enheten ska vara väl förberedd inför övergången.

Samtliga enheter har nu goda kunskaper om avvikelseprocessen och analys av avvikelser. Kommande år fokus på mer enhetliga bedömningar från både chefer och legitimerade medar-

betare.

Mål	Planerade åtgärder/aktiviteter	Uppföljning
Patientsäker vård	Införande av digital signering av läkemedelshantering (Appva)	Uppföljning av antal läkemedelsavvikelser under året, samt 2024 jämfört med 2022. Enkät till medarbetare och chefer med fokus på hur och om verktyget upplevs ha förbättrat säkerheten i läkemedelshanteringen.
Patientsäker vård	Samtliga enheter inom förvaltningen som bedriver hälso- och sjukvård gör en genomlysning utifrån analysverktyget Agera för säker vård	Uppföljning av resultat i patientsäkerhetsberättelse 2023
God vård i livets slutskede/Personcentrerad vård	Utbildningar via PKC. Uppstart av palliativt ombudsråd/nätverk. Utveckla arbetet med palliativa registret.	Kursintyg från utbildning/ar. Utdata från svenska palliativregistret.