

# Patientsäkerhetsberättelse för Ekeby & Paradsängen År 2023



Datum: 240123

Ansvarig för innehållet: Nina Dahlgren

Diarienummer

## Inledning

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

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

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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

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

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



Källa:

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

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

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet .....	8
Strålskydd.....	9

En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	9
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>10</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Säker vård här och nu .....	13
Riskhantering .....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
Avvikelse .....	14
Klagomål och synpunkter .....	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	15
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>16</b>
<b>BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken</b> <b>Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. ....</b>	<b>17</b>

## SAMMANFATTNING

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

- Enhetschef, biträdande enhetschef och samordnare har regelbundet genomfört kontroll av social dokumentation.
- Ansvarig sjuksköterska har kontinuerligt följt upp delegeringsbeslut.
- Apoteksgranskning av läkemedelshanteringen gjord under 2023.
- Genomgång av avvikelser varje vecka vid personalmöten och APT.
- Egenkontroll sker regelbundet. Patientsäkerhetsarbetet är integrerat i verksamheten.
- Riskbedömningar har genomförts av kontaktpersoner och sjuksköterska vid behov. När en risk har identifierats har sjuksköterskan upprättat en hälsoplan.
- Patienterna har varit delaktiga i verksamheten genom de boende möten som sker en gång i veckan. Här är synpunkter och klagomål är en stående punkt på dagordningen. Dessa möten är boendes forum för att framföra önskemål och förbättringsförslag.
- På enheterna finns blanketter för synpunkter/klagomål tillgänglig för alla brukare. Möjlighet att vara anonym finns om man vill. En låda att lägga sina synpunkter finns på respektive verksamhet
- Ansvarig sjuksköterska har tillsammans med stödpersoner kontinuerliga uppföljningar utifrån patienternas/brukarnas pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.
- Läkemedelsgenomgångar sker kontinuerligt i samråd med psykiatriker på öppenvården i Alvik, och allmänläkare på Hässelby vårdcentral.
- Avvikelse rapporteringen har skett enligt Stockholmstads riktlinjer, under 2023. Medarbetare eller sjuksköterska ska skriva en avvikelse som sedan följs upp av enhetschef och/ eller sjuksköterska. Åtgärder dokumenteras i VODOK, ParaSol och/ eller IA.
- Under 2023 har Enhetschef och biträdande enhetschef fortsatt samverka med äldreomsorgen, för de som fyllt 65 och är i behov av utökade omsorgsinsatser.
- Under 2023 fick verksamheten en ny MAS.

- 1 september 2023 organiserades verksamheten om och gick ihop med boende inom LSS, nu heter verksamheten Boende vuxna LSS och socialpsykiatri. Verksamheten fick då en ny enhetschef som heter Lena Svantesson.
- Under 2023 har en anhörigträff skett.
- En medarbetare i verksamheten som är ansvarig för den sociala dokumentationen, tillsammans med samordnare.
- Personalen på Paradsängen och samordnare har under 2023 gått utbildning i ESL, ett självständigt liv.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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

### Engagerad ledning och tydlig styrning

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



#### Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål för verksamheterna finns beskrivna i verksamhetsplanen för Säteritaket, Paradsängen och Ekeby gruppboende. Verksamheten kommer att fortsätta bedriva en god och säker vård, av god hygienisk standard. Den enskilda skall erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet och präglas av respekt för den enskildes integritet och självbestämmande.

### Under 2023 har vi arbetat med följande mål och aktiviteter, inom följande område:

Målet för verksamheten har som tidigare år varit att medarbetare skall stödja brukarna i att klara sig så självständigt som möjligt utifrån individuella förutsättningar. Brukaren ska känna att han eller hon har inflytande och självbestämmande och äger sin egen livssituation. Utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt får varje person individuellt utformade insatser. En grundläggande målsättning är att förebygga återinsjuknande, med inläggning på psykiatrisk vårdavdelning som följd.

Metoden som varit i fokus sedan 2020, är motiverande samtal, som innebär att få brukaren att känna självförtroende och i slutändan få en bättre självkänsla.

Omvårdnadspersonalen på Paradsängen och samordnare har under 2023 gått utbildning i ESL, ett självständigt liv. Denna metod kommer vi att jobba vidare med under 2024.

All personal är informerade om Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Stockholm stad och kvaliteten i dokumentationen utvärderas löpande vid tillsyn, egenkontroller etc. Sjuksköterskan journalför hälso- och sjukvård i VODOK och medarbetare dokumenterar enligt Sol, i ParaSol.

### **Organisation och ansvar**

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

## **Verksamheten är en del av Stockholm stad och tillhör utförarenheten i Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning.**

**Enhetschefen** ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård uppfylls. Patienterna ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens integritet och självbestämmande.

Enhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschefen ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. I ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 1 september 2023 organiserades verksamheten om och slogs ihop med boende inom LSS. Nya organisationens namn är Boende vuxna LSS och Socialpsykiatri. Verksamheten fick då en ny enhetschef som heter Lena Svantesson.

**Biträdande enhetschef** är specialistsjuksköterska och har en masterutbildning i Äldrevård. Från och med omorganisationen, 1 september 2023, har biträdande enhetschef ett mycket större ansvar och har tagit över mycket av det arbete och ansvar som tidigare enhetschef på Ekeby och Paradsängen hade.



**Omvårdnadsansvarig sjuksköterska** ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård och att en god hygienisk standard uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Patienterna ska erbjudas trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patienternas integritet och själv-bestämmande.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar vid arbetsplatsträffar (APT) och personalmöten samt handledning. Sjuksköterskan på Ekeby/Paradsängen har en specialistutbildning och en masterutbildning i psykiatri. Enhetschef, biträdande enhetschef, samordnare och sjuksköterska har lokalt ledningsmöte en gång i veckan.

**MAS** har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt HSL och patientsäkerhetsförordningen, vilket innebär att patienten ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. MAS följer kontinuerligt upp att det görs och redovisar resultat av det till verksamhetens ledning. Ny MAS tillsattes under 2023, då tidigare MAS gick i pension.

**Omsorgspersonal** är hälso- och sjukvårdspersonal när hen efter delegering utför en hälso- och sjukvårdsuppgift. Omsorgspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ska även medverka i patientsäkerhetsarbetet och är skyldiga att rapportera risker samt negativa händelser som inträffar i samband med vård och behandling. Omsorgspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet. Vi har 24 tillsvidare anställda som i de flesta fall har mentalskötarutbildning och flera medarbetare har andra utbildningar som behandlingspedagog och undersköterska med inriktning mot psykiatri.

- Flera medarbetare har specifika ansvarsområden som samordnare, anhörigombud, kvalitetsombud, palliativt ombud, friskvårdscoach, kulturombud, brandombud och kostombud för att förbättra och säkra verksamheternas kvalitet, tillsammans med biträdande enhetschefen.
- Vi har en medarbetare som är ansvarig för den sociala dokumentationen tillsammans med samordnare.

- En medarbetare i verksamheten är munhälsoombud och har gått utbildning hos Flexident.
- Vid olika forum tas speciella frågor upp, exempelvis vid personalmöten och APT, två planeringsdagar och boende/husmöten en gång i månaden.
- Vi utför kontinuerligt egenkontroller för att säkra en hög kvalitet i verksamheten. Vi har under 2023 arbetat smittskyddsförebyggande och har haft ledningsmöten varje vecka där vi diskuterat och uppdaterat våra rutiner/riktlinjer. Dessa riktlinjer/rutiner har sedan lyfts på personalmöten och APT.
- Varje vecka på brukarmöten har omsorgspersonal tagit upp de riktlinjer/rutiner som gäller patienterna och låtit de vara delaktiga i besluten.
- Verksamheten var under 2023 med om en verksamhetsgranskning, där våra rutiner gicks igenom. Nya rutiner skapades och gamla uppdaterades.
- Under 2023 har personal och samordnare på Paradsängen gått utbildning i ESL, ett anständigt liv.
- Omsorgspersonal har under 2023 fått utbildning i munhälsa av Flexident tandvård.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Beskriv **hur** och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

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

I verksamheten ingår tillgång till hälso- och sjukvård av sjuksköterska i verksamheten 40 timmar i veckan, dagtid måndag till fredag. Kvällar, nätter och helgdagar finns jour-sjuksköterska tillgänglig, via Big Care. Big Care tog över jourverksamheten 1 september 2019, efter upphandlingen.

Samverkan med regionens psykiatri finns och under 2023 har vi haft 21 hembesök. 25 besök har gjorts på psykosmottagningen i Alvik strand, och två besök på Affektiva mottagningen i Alvik. Samverkansöverenskommelse finns med Hässelby vårdcentral gällande somatiska åkommor och med läkarinsats vid behov. Vid 6 tillfällen under 2023 har läkare från vårdcentralen besökt verksamheten relaterat till somatiska åtgärder, till de som inte har kunnat besöka vårdcentralen, då vi har ansvar upp till sjuksköterskenivå. De gånger brukare har behövt somatisk läkarbedömning har vi arbetat för att motivera brukare att besöka vårdcentralen. 30 antal besök har gjorts på Hässelby vårdcentral under 2023.

Vi använder oss av vårdcentral, psykiatrisk öppenvård samt akuta vårdinrättningar vid behov. Vi verkar för att genomföra lagstadgade läkemedelsgenomgångar. Vi har avtal med godkända leverantörer och ett systematiskt arbetssätt i handhavande av medicinsk tekniska produkter. Vi har avtal med tandvårdsenheten för att erbjuda munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt utbildning till personal i mun och tandvård. Enhetschef, biträdande enhetschef och sjuksköterska har haft kontakt med kommunens MAS när det funnits behov för det.

De eventuella händelser som leder till en vårdskada utreds i samverkan med MAS och enhetschef på verksamheten. MAS ansvarar för att utreda, bedöma och besluta om händelsen ska anmälas till IVO. Om avvikelsen handlar om brister i vårdkedjan skickar MAS avvikelsen vidare till den vårdgivare det berör. Alla händelser som inträffat inom verksamheten tas upp på personalmöten eller arbetsplatsträffar. Vi arbetar kontinuerligt med patientsäkerheten.

3 brukare har under 2023 varit i behov av fysioterapeut. Verksamheten kontakter fysioterapeut vid behov från Klara Team, till de brukare som inte kan besöka Team Aktiv. Under 2023 har sjukgymnast besökt verksamheten vid 5 tillfällen.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Verksamheten följer Socialstyrelsen bestämmelser om informationssäkerhet och informationsöverföring.

Verksamheten följer även Stockholmsstads stadsövergripande policy, avseende skyddade av personuppgifter.

All information gällande journaler och patientuppgifter, förvaras i låsta, brandsäkra arkivskåp. Dessa är endast tillgängliga för ansvarig sjuksköterska.

Beställningar och genomförandeplaner är även dessa inlåsta i brandsäkert arkivskåp, och endast tillgängligt för personal i verksamheten.

Personuppgifter gällande personal är inlåsta i brandsäkra arkivskåp och endast tillgängliga för enhetschef, biträdande enhetschef samt samordnare.

Granskning av journalföring i Vodok görs av ansvarig sjuksköterska och Parasol granskas regelbundet av samordnare och vid behov av biträdande enhetschef.

Regelbundna loggkontroller i journalsystemet Vodok görs av biträdande enhetschef.

#### **Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Verksamheten som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Smittskyddsmyndighetens krav.

#### **En god säkerhetskultur**

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



För en god säkerhetskultur krävs insatser på flera nivåer.

Samverkansmöten finns med beställare från äldreomsorgen, psykiatrin och Hässelby Vårdcentral. Under 2023 har vi även fortsatt samarbetet mellan sjuksköterskor inom socialpsykiatrin i västerort.

På APT/personalmöte diskuterar vi avvikelser inom den egna verksamheten men även förbättringsåtgärder kopplade till enskilda händelser, samt systematiska förbättringar. Regelbundna arbetsplatsträffar är viktiga för att i arbetslaget arbeta med verksamheten och arbetsmiljön, arbetsplatsträffen är medarbetarens möte och följer en dagordning. Grunden i det systematiska arbetet med att skapa en säkerhetskultur är vårt avvikelssystem, IA, där rapportören och utredarna

tillsammans har en viktig roll genom att utreda händelser på individnivå, sammanfatta dem till enhetsnivå och tillslut till förvaltningens nivå. Vi verkar även för att genomföra lagstadgade läkemedelsgenomgångar. Vi har avtal med godkända leverantörer och ett systematiskt arbetssätt i handhavande av medicinsk tekniska produkter.

### **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.



I verksamheten erbjuds kompetensutbildning och fortbildning. Även ansvarig sjuksköterska erbjuder mindre föreläsningar, med följande diskussions grupper för omsorgspersonal, vid önskemål.

För verksamheten är det viktigt att både bemanna utifrån nutida behov men även arbeta för att det framåt finns personal med rätt kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

### **Patienten som medskapare**

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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

- Målet är att samtliga patienter där sjuksköterskan ordinerar omvårdnadsåtgärder skall föregås av hälsoplaner med mål och delmål. Denna ska samtlig personal arbeta utifrån. Sjuksköterskan följer upp resultat som dokumenteras i både i Vodok och Parasol.
- Patienter/brukare ska ges möjlighet att ge synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbetet. Brukarna har getts möjlighet att delta vid deras vårdplanering samt även anhöriga när samtycke har getts.

- Patienter/brukare har varit delaktiga i förslag på hur verksamheten ska lösa matsituationer, speciellt till storhelger. Brukarna har fortsatt att använda handsprit inför måltider.
- I verksamheten har vi under 2023 haft en kräftskiva utomhus under sommaren där vi dukade långbord. Vi har även haft en vårfest och en halloween fest.
- Vi har även haft Svenska kyrkan på besök vid 9 antal tillfällen, för en stunds andakt. Detta har visat sig vara mycket uppskattat.
- Patienter/brukare har varit delaktiga i verksamheten genom de boende möten som sker en gång i veckan. Här är synpunkter och klagomål är en stående punkt på dagordningen. Dessa möten är boendes forum för att framföra önskemål och förbättringsförslag.
- Vi har under 2023 haft en anhörigträff, där patienten/brukare som önskat, bjudit in sina anhöriga på fika och samtal.
- Vi har ett anhörigombud som är verksamhetens länk till närstående.
- Vi samarbetar med närstående i patientens/brukarens hälso-och sjukvårds insatser om patienten/brukaren önskat detta, och ansvarig sjuksköterska har då en kontinuerlig kontakt med närstående.
- Vi kommer under 2024 fortsätta satsa på digitalisering hos patienten/brukaren.
- Vi har under hösten haft aktivitetsdag på boendet med tipspromenad, sittgympa, pyssel och hembeställd mat.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

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

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

tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll	Omfattning	Utformning
Trycksår, undernäring och fallrisk	1 gång per år, eller vid behov.	Nortons, Downton och MNA riskbedömning/VODOK
Smittspridning Covid-19	Kontinuerligt	Lägesbedömningar enligt riktlinjer
Basala hygienrutiner	Varje år kontinuerligt	Webbutbildning APT
Avvikelser	12 gånger per år	Avvikelsemodulen Vodok APT och Personalmöten Kvalitetsråd/ledningsgrupp
Patientens klagomål och synpunkter	Har påbörjats under kvartal 4, 2022	
Journalgranskning	1 gång per år	Uppdrag från MAS
Narkotikaklassade preparat	4 gånger per år Årligen	Kontrollräkning Granskning av Apoteket
Munhälsobedömning	1 gång per år	ROAG munhälsobedömning/VODOK Flexident tandvård
Medicintekniskutrustning	4 gånger per år	Riktlinjer för medicintekniska produkter, för kommunal regi Stockholm stad.
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	
Samverkan psykiatri	Fortlöpande	Dokumentation
Samverkan Hässelby vårdcentral	Fortlöpande	Dokumentation

- Under året har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom ett aktivt arbete med att rapportera händelser och systematiskt följa upp dessa i verksamheten. Regelbundna genomgångar med sjuksköterska och omsorgspersonal gällande brukarnas/patienternas hälsa har genomförts.
- Regelbundna genomgångar med ansvarig psykiatriker och allmänläkare har genomförts under året. Sjuksköterskan har deltagit på alla vårdplaneringar som genomförts under året.
- Samtliga medarbetare som har fått delegering, förnyas och ses över en gång per år och alla medarbetare har fått genomgång av Lex Maria och Lex Sarah.
- Under 2023 har Enhetschef och biträdande enhetschef tillsammans med äldreomsorgen, fortsatt haft samverkan för de som fyllt 65, och är i behov av utökade omsorgsinsatser.
- Vi har haft en apoteksgranskning av läkemedelshanteringen i verksamheten under december 2023, med gott resultat och där de avvikelser som setts åtgärdats.
- Omsorgspersonal har följt de riktlinjer som folkhälsomyndigheten rekommenderat och de rutiner som verksamheten har, både de lokala och de som utförts av Stockholm stad.
- Vi har fortlöpande vidtagit åtgärder kring smittskydd och följt de riktlinjer som rekommenderats.
- Vid misstanke om Covid-19 har den skyddsutrustning som rekommenderats används.
- Sjuksköterskan har kontinuerligt sett till att det material som börjat ta slut fyllts på.
- Verksamheten har haft skyddsmaterialet lätt åtkomligt och har hela tiden även informerat vikarier om våra riktlinjer och rutiner.
- Omsorgspersonal har med Virkon torkat alla tag ytor morgon och kväll. Vi har försökt att begränsa de vikarier som arbetar i verksamheten till antal och i vilket hus alternativt gruppbostad de arbetar på.
- Omsorgspersonal har gått utbildning i basala hygienrutiner.
- I verksamheten blev 20 antal patienter vaccinerade med influensa vaccin och Covid-19 vaccin.



- Samtliga brukare har blivit erbjudna munhälsovård under 2023, och då brukare behövt kan de besöka Flexidents verksamhet i Bromma. Vi har haft hembesök av Flexident vid 14 tillfällen.
- Vi har haft fotvård på besök i verksamheten under 2023, för de brukare som inte kan ta sig till en fotvårdare. De brukare som har fotsjukvård har besökt denne på vårdcentralen.
- Två brukare har träffat dietist på Team aktiv kontinuerligt.
- All personal på Ekeby har under 2023 genomgått munhälsoutbildning via Flexident.
- Personal på Ekeby och Paradsängen har under 2023, genomgått en utbildning i HLR via allakanHRL.nu.
- Två brukare har under 2023 flyttat från Ekeby till vård och omsorgsboende då omsorgsbehovet ökade.
- Under 2023 har sjuksköterskan haft utbildning i Återhämtning på personalmöte.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



De eventuella händelser som leder till en vårdskada utreds i samverkan med MAS och enhetschef på verksamheten. MAS ansvarar för att utreda, bedöma och besluta om händelsen ska anmälas till IVO. Om avvikelser handlar om brister i vårdkedjan skickar MAS avvikelser vidare till den vårdgivare det berör. Alla händelser som inträffat inom verksamheten tas upp på personalmöten eller arbetsplatsträffar. Vi arbetar kontinuerligt med patientsäkerheten.

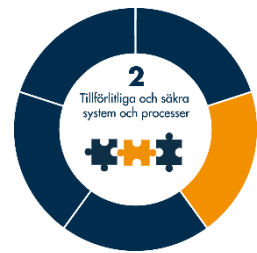
Då vi har en hög andel patienter som nu fyllt 65 år så ökar risken för malnutrition, fall och trycksår. Detta gör att riskbedömningar i nutrition, trycksår, munhälsa, fall

och bedömning av blåsdysfunktion (Nikola), uppdateras fortlöpande, hos de som är i behov utav det. Kalori och vätskemätning samt trycksårs prevention, utförs vid behov.

Vi har ett nära samarbete med Klara Team och Team aktiv för att säkerställa att de som är i behov av fysioterapeut och dietist får det. Samverkan finns även mellan äldreomsorgen och verksamhetens enhetschef och biträdande enhetschef.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

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



Läkemedelsavvikelser är den vanligaste avvikelserna. Orsaken till dessa är till stor del att man glömt att ge läkemedlet. Här jobbar vi mycket med kommunikationen kring detta, avvikelserna diskuteras på personalmöten och APT, varje vecka. Samt att berörd personal och ansvarig sjuksköterska diskuterar kring avvikelserna.

Delegeringsprocessen är en komplex process som kräver rätt utbildning till rätt person i rätt sammanhang innan den legitimerade gör riskbedömning inför delegering. Därför utförs Kontinuerliga uppföljningar av delegeringen av ansvarig sjuksköterska. Förhoppningen är att antalet glömda läkemedelsgivningar minskar och därmed antalet avvikelser.

Förvaringen av de person bundna läkemedel som finns samt de narkotikaklassade preparaten uppfyller de krav som förordas.

För att få en delegering behöver omsorgspersonal genomgå en webbutbildning "Att jobba säkert med läkemedel" och prov med godkänt resultat. Denna webbutbildning med prov ska sedan årligen göras vid förlängning av delegering. För att få delegering för att administrera insulin krävs genomgång en webbutbildning för insulin samt prov och även det med godkänt resultat.

## 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.



Enhetschefen ansvarar för att tänkbara och uppkomna säkerhetsrisker ska identifieras, analyseras, bedömas och följas upp. Detta innebär en systematisk användning av tillgänglig information för att identifiera riskkällor.

Risicanalys genomförs vid behov inom befintlig verksamhet. Riskanalyser görs när förändringar planeras i verksamheten. Vi har under 2023 gjort riskanalyser både på verksamhetsnivå och på individnivå. Samtliga patienter/brukare har dokumenterade riskbedömningar inom relevanta områden. På verksamhetsnivå har en risk och konsekvensanalys gjorts utifrån förändringar i verksamheten.

### 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.

Riskbedömningar görs strukturerat samt vid förändringar i patientens/brukarens hälsa. Dessa görs gemensamt med kontaktperson och sjuksköterska. När risk har identifierats har en hälsoplan upprättats i VODOK. Ansvarig för detta är sjuksköterskan. Sjuksköterskan gör fortlöpande riskbedömningar i VODOK.

Riskbedömningar har fortsatt gjorts kontinuerligt under 2023.

### Som risk för vårdskador räknar vi bland annat:

Brister i läkemedelshanteringen, hot och våld, suicidrisk, nutritionsproblem (över- och undervikt), läkemedelsbehandling och biverkning till följd av läkemedelsbehandling, medicinändringar, försämring i psykiatrisk status, somatisk sjukdom.

## Stärka analys, lärande och utveckling

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



### I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

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

#### Avvikelser

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

Beskriv **hur** verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

- Under året 2023 har på Ekeby 21 läkemedelsavvikelser dokumenterats, i avvikelsemodulen i Vodok. Detta är en minskning med 2 avvikelser i läkemedelshantering sen år 2022. 2 läkemedelsavvikelser är relaterade till insulin och utebliven signering.
- På Paradsängen har 3 läkemedelsavvikelser dokumenterats under 2023.
- Fallavvikelser har på Ekeby minskat från 18 fall 2022, till 16 fall, 2023. Inget fall blev till en allvarlig skada. 1 fall har lett till skada i form av fraktur.
- På Paradsängen har inga fallavvikelser dokumenterats under 2023.
- Under det gångna året dokumenterades ingen avvikelse, som beskriver brister specifik omvårdnad.
- Aktuella avvikelser går igenom varje vecka, på APT/Personalmöte.

På Paradsängen har läkemedelsavvikelserna ökat. Under 2023 har 3 läkemedelsavvikelser dokumenterats. Detta kan bero på att personalgruppen missat vem som har ansvaret för läkemedelsadministrationen, detta då en del nya timvikarier har varit i tjänst och en ordinarie personal varit långtidssjukskriven.

En förklaring till att läkemedelsavvikelser har minskat med 2 stycken på Ekeby kan bero på att vi har diskuterat avvikelser på varje personalmöte/APT och att 2 brukare med stort omvårdnadsbehov har flyttat. Minskningen är marginell men går ändå åt rätt håll, vilket vi ser som positivt. Bakomliggande orsaker till att fallavvikelserna har minskat ytterligare på Paradsängen och Ekeby under 2023, kan bero på att de två brukare som var äldre och somatiskt sjuka har flyttat. Att fall avvikelserna är högre på Ekeby än på Paradsängen kan bero på att det är fler över 65 år som bor på Ekeby.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Alla identifierade avvikelser som uppkommit i verksamheten, inklusive klagomål/synpunkter från patienter/brukarna har rapporterats, åtgärdats och följs upp på ett systematiskt sätt.

Genom systematisk analys och uppföljning av avvikelser ökar personalens kunskap om risker. Alla medarbetare har kunskap om lokala rutiner/ Stockholms stads riktlinjer för rapportering av avvikelser ska ske, och deras skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse.

När avvikelserna bedöms allvarliga rapporteras detta direkt till enhetschef som i sin tur tar ställning om överordnad chef och uppdragsgivaren ska informeras omedelbart. Om det är en allvarlig hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med kommunens MAS. Detta har inte varit aktuellt under 2023.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All omsorgspersonal har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering ska utföras beskrivs i den lokala rutinen.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har utifrån omvärldsbevakningen väkts fråga om verktyg för mätning av säker vård, och uppmärksammat nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024, ”Agera för god och säker vård”. Handlingsplanen omfattar fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa områden kan också ligga till grund för prioriteringar av åtgärder på nationell, regional och kommunal nivå. Hit räknas Öka kunskap om inträffade vårdskador, Tillförlitliga och säkra system och processer, Säker vård här och nu, Stärka analys, lärande och utveckling samt Öka riskmedvetenhet och beredskap.

För att kunna fortsätta arbeta patientsäkert i framtiden fortsätter verksamheten att öka omsorgspersonalens kunskap i till exempel basal hygien, dokumentation, personcentrerat arbetssätt, palliativ vård, våld i nära relationer och psykisk ohälsa, genom fortlöpande utbildningar.

Vi planerar att under 2024 påbörja utbildning i HLR.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

- 1/1- 2024 kommer sjuksköterska utgå från LSS/SoL hälsan. En omorganisation har gjorts där alla Socialpsykiatriska boenden går över till LSS/Sol hälsans HSL-ansvar. Familjeläkarna kommer under 2024 att ombesörja sjuksköterskor under jourtid.
- Med start i januari 2024 kommer all omsorgspersonal i verksamheten utbildas i HLR, via instruktörer på LSS/SoL hälsan.
- Under 2024 får sjuksköterskan ett nytt journalsystem, vilket gör det lättare att få en överblick då patienterna är inlagda eller har besökt annan vårdgivare.
- Från och med 1/1 2024 har verksamheten närmare till fysioterapeut, då HSL ansvaret övergått till LSS/SoL hälsan, där även fysioterapeut ingår i teamet.
- Vi kommer ha fokus på dokumentation i ParaSoL, bland annat vad som ska framgå av genomförandeplaner och journalanteckningar genom egen lokal kontroll var tredje månad.
- Synliggöra patientens delaktighet och teamets arbete i patientjournalen. Ge stöttning, feedback och utbildning för chefer, nya och etablerade användare av funktioner och dokumentation i journalsystemet ParaSol.
- Regelbundna genomgångar med omsorgspersonalens dokumentation i ParaSol.
- Fokus på att fortsätta arbeta för en positiv utveckling av dokumentationen.
- Kvalitetsgrupp som består av enhetschef, biträdande enhetschef och kvalitetsombud, kommer kontinuerligt ha uppföljningar av dokumentationen.
- Vid olika personalmöten och APT diskuterar vårt förhållningssätt till praktiska exempel som exempelvis vid avvikelser och aktuella rutiner.
- Riskanalys på individ och verksamhetsnivå. Vid inkomna avvikelser analysera vad som kan ha bidragit till en avvikande händelse vilket sker vid

personalmöten och APT. Vid förändring i verksamhet identifiera risker. Kvalitetsgruppen kommer utveckla en struktur för uppföljning av avvikelser.

- Om/när en patientsäkerhetsrisk identifierats skall det finnas en hälsoplan kopplad till risken.
- Öka brukarnas inflytande och delaktighet med att de bland annat får information om det utbud som finns i samhället och de kulturevent som erbjuds.
- Sjuksköterskan har kontinuerlig genomgång och uppföljning av delegeringsbeslut.  
Att medarbetare får nödvändig information som berör boende/patient.
- Öka kompetensen om speciella sjukdomstillstånd till medarbetare, genom externa och interna utbildningstillfällen. De interna görs av legitimerad sjuksköterska i verksamheten.
- Fortsatt samarbete med Flexident tandvård för samtliga brukare och dietister från Team Aktiv, till de som behöver.
- Verksamheten kommer att under 2024 fortsätta arbeta med att minska den sociala distanseringen hos brukarna.
- Under 2024 kommer vi att fortsätta lägga fokus på patientens klagomål och synpunkter.
- Fortsatt satsning på digitalisering både för brukare och medarbetare under 2024.



## BILAGA 1.

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

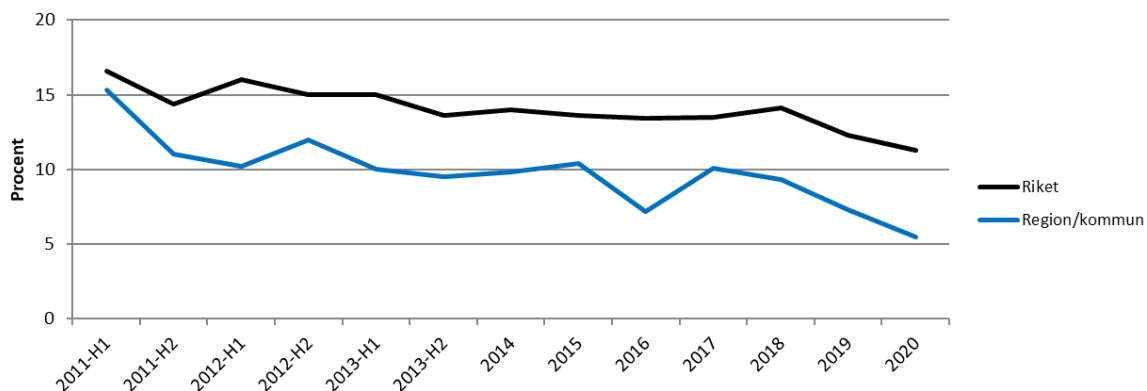
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

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

##### Trycksår

**Mål:** Förekomsten av trycksår ska årligen minska.

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



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

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

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

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

**Trycksår**

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