

Patientsäkerhetsberättelse för

Rinkeby Vård och Omsorgsboende
År 2023



Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen för Rinkeby vård och omsorgsboende syftar till att ge en översikt över de åtgärder och initiativ som vidtagits föra att säkerställa patientsäkerheten sedan starten 2023. Syftet är att beskriva verksamhetens strävan efter att erbjuda en trygg vårdmiljö av god kvalitet för våra patienter och våra medarbetare.

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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vård skador.....	8
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vård skador	13

Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu	13
Riskhantering	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR	16

SAMMANFATTNING

När Winroth arkitektur tillsammans med Micasa fastigheter skapade Rinkeby vård och omsorgsboende, använde man sig av ledorden **Trygghet**- för boende, personal och anhöriga, **Tydlighet** -god orienteringsbarhet, inga korridorer och inga mörka vistelseytor, **Trivsel**-ingen institutions känsla, omsorgsfullt materialval och taktilitet. Temat var Ringdans, i syfte att det inte ska finnas några avslut. Rinkeby vård och omsorgsboende blev nominerat till årets bygge 2023 och var finalist i allmännyttans bästa nyproduktion 2023.

Rinkeby vård och omsorgsboende öppnades under våren 2023 och de första patienterna togs emot i juli 2023. Inriktningen är somatisk vård, demensvård och korttidsplatser. Det finns totalt 90 lägenheter fördelade på 5 våningsplan. Varje våningsplan har 18 lägenheter fördelade på två enheter med vardera 9 lägenheter var. Under 2023 har två våningsplan varit belagda, d.v.s. 36 lägenheter, varav hälften varit korttidsplatser.

Under 2023 var antal inskrivna 75 patienter och antal utskrivna 46 patienter.

Innan boendet öppnades för patienter fick all personal introduktion på plats, men även som en del av sin introduktion, arbeta på Kista vård och omsorgsboende och Kista servicehus i syfte att ta del av stadens övergripande riktlinjer och lokala rutiner.

Som alltid med en helt nystartad verksamhet och ny personal, tar det ett tag innan rutiner och arbetssätt fungerar fullt ut. Patienterna och deras anhöriga är överlag nöjda med den vård och omsorg som bedrivs. Flera som vårdats på korttidsenheten har en önskan om att få bo kvar på Rinkeby vob när de beviljats en permanent plats på vård och omsorgsboende. Det finns mycket kvar att arbeta med gällande rutiner och samverkan, även om verksamheten kommit en bit på väg. Det finns utvecklingsbehov inom alla områden, men medarbetarna gör hela tiden sitt yttersta för att det inte ska påverka patienten.

På Rinkeby vård och omsorgsboende finns grunden i ett kvalitativt patientsäkerhetsarbete. Eftersom verksamheten varit igång under så kort tid finns ännu inte tillräcklig statistik att tillgå. Underlag från olika kvalitetsregister planeras att analyseras och användas i verksamhetens kvalitetsarbete och som en indikation på utbildningsbehov.

- Riskbedömningar utförs och dokumenteras regelbundet för att identifiera risker för den enskilda patienten. Riskbedömning, utredning, behandling och uppföljning av nutrition, fall, trycksår och munhälsa do-

kumenteras av sjuksköterska och ADL-bedömningar av arbetsterapeut samt förflyttningsstatus av fysioterapeut.

- För samtliga patienter genomförs läkemedelsgenomgång tillsammans med ansvarig läkare från läkarorganisationen Capiro.
- En årlig apoteksgranskning och uppföljning görs tillsammans med Apoteket AB. Samtliga åtgärdsplaner från apoteksgenomgången åtgärdas omgående av verksamheten och följs upp på nästkommande HSL möte. Apoteket AB var involverade i uppstarten och kommer att göra sin första apoteksgranskning 2024.
- Teammöten genomförs kontinuerligt med sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och vård- och omsorgspersonal där risker och förebyggande arbete diskuteras samt behov och samordning av framtida insatser. Vid behov inkluderas dietist.
- Risker, -tillbud och inkomna synpunkter och klagomål från patienter och närstående rapporteras av samtlig personal. Återkoppling till närstående och/eller patienter ges av verksamhetschef. Avvikelse följs upp i verksamhetens kvalitetsråd, på team-möten och APT
- Varje patient/boende har en upprättad genomförandeplan, som följer styrdokument och avtal. Alla patienter/boende får genom ankomst-samtal vid inflyttning möjlighet att påverka sin vardag i detalj.
- Närstående erbjuds att delta vid ankomstsamtal. Dokumentation och informationsöverföring sker enligt rutin samt GDPR.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Verksamheten har en verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § HSL som är legitimerad sjuksköterska. Inför verksamhetsstarten rekryterades två enhetschefer, varav en med hälso- och sjukvårdskompetens som dels är huvudansvarig för korttidsenheten och dels har ett organisatoriskt ansvar för verksamhetens legitimerade personal. I slutet av 2023 tillsattes en tillförordnad enhetschef för korttidsavdelningen och en nyrekrytering har skett.

Övergripande mål och strategier

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

Rinkeby vård och omsorgsboende har ett grundläggande ledningssystem under utveckling som beskriver verksamheten. Ledningssystemet finns digitalt och är tillgängliggjort för all medarbetare. Arbetet med att göra ledningssystemet känt för samtliga medarbetare pågår.

I ledningssystemet finns beskrivet hur viss informationsöverföring sker, hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas. Rutiner för hur kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal finns i olika delar och ska sammanföras samt säkerställas att det är känt hos alla medarbetare.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet har under 2023 gjorts löpande av MAS och MAR under verksamhetens uppbyggnad. Under 2024 ska uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet i huvudsak genomföras med stöd av kvalitetsinstrumentet "Qusta" som står för Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar - ett kvalitetsinstrument för granskning och patientsäkerhet. Med hjälp av instrumentet fastställs kvalitet, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar mål. Instrumentet säkerhetsställer också att rutiner, metoder, vård och omsorgsprocesser följs. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso-och sjukvården.

Järva mål och strategier som led i arbetet

- Säkerställa att alla medarbetare har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring avvikelser och tillbud som kunnat leda till en vårdskada eller allvarlig vårdskada.
- Säkerställa att rutiner för anmälan till läkemedelsverket vid händelser eller tillbud med medicintekniska produkter finns och är kända.
- Arbeta för att alla patienter ska ha korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerhetsställa att alla patienter får en risk- och preventionsbedömning i samband med inflyttning som uppdateras minst var 6:e månad och vid förändrat hälsotillstånd.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mätbara mål och åtgärder, där hälsoplanen ska kontinuerligt följas upp och revideras och uppföljningsdatum anges.
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska Palliativregistret och vid demens SveDem. BPSD registrets arbetssätt ska tillämpas.
- Alla patienter i livets slut ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Intresse från medarbetare för arbete som palliativa ombud finns och utbildning är planerad.
- Säkerhetsställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den patienter genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier
- Ha en god samverkan vid vårdövergångar
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling för alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig personal
- Arbeta för en säker läkemedelsprocess
- Arbeta för en säker delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Rinkeby vård och omsorgsboendes övergripande mål och strategier för 2024

- Fortsätta utveckling av palliativ vård genom att registrera i Palliativa registret och ständigt se till att palliativa ombud följer uppdaterade rön och omvärlds bevakar via Palliativt kunskapscentrums, nyhetsbrev och utbildningar

- Fortsätta utveckling på enheten genom att arbeta med registrering i Senior Alert och tillgodogöra oss statistik från dessa register för att använda oss av detta i vårt kvalitetsarbete kring patienten
- Fallförebyggande åtgärder med utbildning av fysioterapeut och arbetsterapeut som uppföljning efter fall eller förändrat tillstånd etc.
- Fortsätta en utveckling av verksamhetens kvalitetsråd och temamöten när det gäller patientsäkerhet och systematiska kvalitetsförbättringsarbetet.
- Införa och arbeta utifrån kvalitetsinstrumentet Qusta
- Införa och arbeta utifrån kvalitetsregistret Sve Dem (demens)
- Arbeta aktivt med Basala hygien rutiner, arbetsplan för hygienombud, rollbeskrivning och mandat
- Uppföljning och utvärdering praktiskt av delegering av läkemedel, genomförs med handledning av sjuksköterska
- HSL-dokumentation, införande av dokumentationsansvarig som kommer vara ett stöd till för befintlig personal men också nyanställda. En levande dialog gällande dokumentation
- Genomföra utbildningar i nytt system för digital signering och rondplattformen Collabodoc
- Utbildning av Vårdhygien

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet, Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens och driver det systematiska kvalitetsarbetet.

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

Samverkan för att förebygga vård skador

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

Lärarsamverkan-Järva stadsdelsförvaltning har ett samverkansavtal med läkarorganisationen Capio. Överenskommelsen uppdateras årligen. Järva SDF s MAS har regelbundna avstämningar och möten med Capio, och är del av processen för samverkansavtalet. Capios ledning har också årlig avstämning med Rinkeby VOB s verksamhetschef och sjuksköterskor, där det redogörs för ev. förbättringsarbete. Den ansvarige läkaren är på plats en dag i veckan, men finns tillgänglig alla vardagar, dagtid. Jourtid kontaktas jourläkare Vb

God och nära vård-I och med det nya arbetet med God och nära vård, finns en nyligen utarbetad samverkansöverenskommelse med Järvas alla primärvårdsmottagningar, basal hemsjukvård och primärvårds rehab, med syfte att stärka patientsäkerheten.

Två gånger om året träffas alla parter fysiskt under ledning av avdelningschef för Järva SDF

Samverkansöverenskommelse med geriatrik, ASIH och akutsjukhus på ett liknande sätt kommer att tas fram under första delen av 2024.

Samverkan korttidsvård – primärvårdsrehab. En samverkansöverenskommelse mellan korttidsvården och primärvårdsrehab kring ansvarsfördelning vid vårdövergångar är under upprättande. Överenskommelsen är i sin slutfas.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Stockholmsstad har en strikt IT- policy och en strikt informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Stockholmsstad.

I stadsdelsförvaltningen finns ansvarig för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftleverantör säkerställer att informationen är säkrad och kan inte missbrukas. Allt är anpassat med GDPR.

Logganalyser genomförs regelbundet av ansvarig HSL chef. Järva SDF s arkivarie säkerhetsställer att gallring tillämpas på rätt sätt

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

Alla anställda genomgår obligatoriska utbildningar i informationssäkerhet

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom stockholmsstad finns avdelningen för miljö och hälsoskydd, avdelningen arbetar med tillsyn genom inspektion och granskning

En god säkerhetskultur

Alla medarbetare ska ha kunskap om hur rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelse.



När en avvikelse bedöms som allvarlig rapporteras denna till verksamhetschef och till MAS/MAR som har ansvar för att systematiskt arbeta med ett ständigt förbättringsarbete samt att identifiera och bearbeta kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapport, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffade återförs till medarbetare, brukare, närstående eller andra intressenter.

Kvalitetsrådet som sker en gång per månad, fyller en viktig funktion i ett lärande syfte, då avvikelserna som är oidentifierade och utredda, diskuteras i teamet med frågorna

- Vad har hänt?
- Varför?
- Kunde vi gjort på ett annat sätt?
- Vad kan vi göra för att det inte ska upprepas?
- Vad har vi lärt oss?

För att undvika vård skador kommer verksamheten att arbeta aktivt med riskanalyser och handlingsplaner

- Samtliga medarbetare ska ha kunskap om avvikelssystemet. Alla ska ha fått en genomgång i hur systemet fungerar, hur de ska hantera klagomål, synpunkter, och förbättringsförslag
- Verksamhetschef arbetar kontinuerligt för att det ska finnas en god känsla för att rapportera och att ingen tystnadskultur skall förekomma. Alla medarbetare skall förstå att avvikelser är ett led i förbättringsarbetet och leder till förbättring och utveckling av arbetsättet.
- Avvikelser diskuteras och följs upp på kvalitetsrådet. Denna delaktighet skapar en transparent dialog och ett öppet klimat.
- Allvarliga vårdavvikelser utreds av verksamhetschef och MAS/MAR. Beslut i eventuell anmälan till IVO fattas av MAS/MAR
- Riskbedömning görs för varje arbetssituation patient-medarbetare för att stärka tryggheten i det dagliga arbetet. Upptäcks en risk så tas det upp i teamet och en vårdplan upprättas i hur arbetet kring patienter sker vidare för att minimera risker i patientsäkerhetsarbetet.

Adekvat kunskap och kompetens

Rinkeby vård och omsorgsboende mål i patientsäkerhetsarbetet är att bedriva säker vård där brukaren själv kan påverka sin vård och upplever trygghet med sin omvårdnadsansvariga sjuksköterska.

Rinkeby VOB kommer nå sina mål genom att ha en tydlig struktur för riskbedömningar, hälsoplaner och struktur för samverkan och att vi säkerhetsställer att vi har adekvat kompetens genom noggrann rekrytering av samtlig vårdpersonal



- På samtliga avdelningar finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Bemanningen av sjuksköterskor är alla dagar i veckan 07.00-21.00
- Natttid finns avtal med Klara Team sjuksköterskepatrull. Under året 2024 kommer nattsjuksköterska att anställas, relaterat till att det på Rinkeby vård och omsorgsboende finns korttidsverksamhet. Brukare på korttids har ofta ett större hälso- och sjukvårdsbehov, med fler insatser även nattetid
- Omsorgspersonalen är alla utbildade undersköterskor
- Egen fysioterapeut och arbetsterapeut finns att tillgå dagtid. Under 2024 kommer ytterligare rehab personal att anställas, relaterat till

korttids verksamheten som har ett stort behov av rehab insatser samt utökning av antal vårdplatser.

- Verksamhetschef är legitimerad sjuksköterska med adekvat vidareutbildning och god kunskap om både HSL och SOL,
- Det finns också välutbildade biträdande chefer och samordnare. ytterligare biträdande chef och samordnare kommer under 2024 anställas, då verksamheten kommer öppna upp resterande avdelningar

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Rinkeby vård och omsorgsboende arbetar med patient- och närstående stöd. Närståendestödet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom skickas månadsbrev ut, med information om det som har varit under månaden men också om kommande aktiviteter.



- Varje patient har en patientansvarig sjuksköterska.
- Journalsystemet stödjer genom frastexter att patientens delaktighet dokumenteras vid kartläggning av hälsotillstånd. Även patientens önskemål kring den palliativa vården dokumenteras.
- I egenkontrollen av dokumentationen finns särskild granskning av att patientens delaktighet framgår ur journalanteckningar.
- Vårt mål är att arbeta nära både våra patienter och närstående. Vid inflyttning genomförs ett välkomstsamtal där vi går igenom patientens önskemål. Även den närstående får uttrycka sina önskemål efter godkännande/samtycke från patient.
- Varje patient/boende har sin kontaktperson som därefter har ansvar för att upprätta genomförandeplan så att alla medarbetare kan ta del och ha kunskap om den patient/boende önskan om sin dagliga omsorg
- Genomförandeplan ändras efter behov, vid förändringar i tillstånd eller minst en gång var sjätte månad.

- Verksamhetschef skriver månadsbrev om vad som händer på enheten, via e post till närstående och delas ut personligen till patienten.
- Där delges aktiviteter som varit eller skall komma, planering, information om förändringar på enheten etc. All information om hur synpunkter och klagomålshantering fungerar, delges också i månadsbrevet och var alla närstående och boende kan hitta och lämna blanketter för synpunkter och klagomålshantering.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

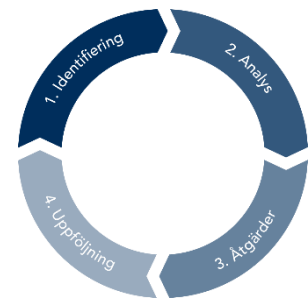
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Rinkeby Vård och omsorgsboende arbetar aktivt med att utveckla arbetet med avvikelser och avvikelshantering för att all personal ska ha en samsyn kring hantering och rapportering och att rutinerna ska vara välkända.

Kvalitetsråd har startat och kvalitetsombud finns på varje enhet. Samtliga medarbetare uppmanas att rapportera och dokumentera avvikelser och tillbud. Utbildning i avvikelssystemet i Vodok har hållits.

Egenkontroller utifrån ledningssystemet och dess rutiner är under uppbyggnad, exempelvis för basala hygienrutiner, avvikelser, riskbedömningar, medicintekniska produkter med flera.

Det fortlöpande förbättringsarbetet bygger på lärande och utveckling och är en viktig grund för patientsäkerhetsarbetet.



Riskbedömningar har utförts för patienter boendes permanent på vård och omsorgsboendet enligt följande:

Abby painscale	4	Vid behov, vanligen i vård i livets slut
Downton fallriskindex	17	3 pers utan fallrisk 3 pers hög fallrisk 11 pers mycket hög fallrisk
MNA initial	17	15 pers < 11p risk för undernäring
MNA slutlig bedömning	0	Görs endast om risk finns enligt MNA initial
Norton	18	1 pers < 20p risk för trycksår
MMSE-SR	0	Aktuellt endast vid demensutredning på uppdrag av läkare
ROAG	10	7 pers > 10p risk för ohälsa i munnen
Sunnås	13	

Verksamheten arbetar för en ökad rapportering av avvikelser och en ökning har setts under slutet av 2023, samtidigt har antalet patienter också ökat.

Fall	28 (16 pers)	Några avvikelser innehåller fler fall.
Läkemedel	10 (8 pers)	8st utebliven dos.
Specifik omvårdnad	0	

Specifik rehabilitering	0	
Trycksår	0	
Vårdkedjan	0	
Vårdrelaterad infektion	0	

Öka kunskap om inträffade vård skador

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

Genom att verksamheten utifrån sitt kvalitetsledningssystem utreder händelser och tillbud som eventuellt har kunnat leda till en vårdskada uppstår ett värdefullt lärande. Verksamheten arbetar aktivt med att hitta bra strukturer för kunskapsspridning, delvis via kvalitetsombuden.



Verksamheten har under 2023 inte haft händelser av allvarlig karaktär som föranlett en anmälan enligt Lex Maria.

Tillförlitliga och säkra system och processer

- Varje medarbetare tar del av klädpolicy vid anställning samt genomgår webutbildning i basala hygienrutiner. Upprepning av basala hygienrutiner sker löpande på avdelningsmöten och APT
- Hygienråd genomförs löpande med avsedda hygienombud löpande. Observationer och egenkontroller gällande hygienrutiner kommer att genomföras löpande enligt års hjul/styrdokument och rekommendationer.
- Läkemedelsgenomgång med ansvarig läkare genomförs enligt rutin
- Stort värde på att livets sista tid ska bli så bra, värdefull och smärtfri som möjligt, därför kommer omvårdnadspersonalen utbildas i smärtskattning, bemötande och omhändertagande av den palliativ patienten.
- Registrering i kvalitetsregister har påbörjats under hösten 2023 och är under utveckling. Fokus ligger på Senior Alert och Palliativa registret.



Senior Alert	7	Korttidsboendet inte aktuellt för Senior Alert
--------------	---	--

BPSD	0	
Swedem	0	
Palliativa	3	Samtliga förväntade dödsfall registrerade

Säker vård här och nu

- Intern samverkan utvecklas löpande och verksamheten arbetar för att hitta bra fungerande strukturer för informationsöverföring mellan HSL- och SoLpersonal. Förändringar görs när det finns utvecklingsbehov
- Extern samverkan finns på en övergripande nivå i stadsdelen för läkarsamverkan och samverkan med vårdcentralerna, vilket även innefattar Rinkeby vård och omsorgsboende. En samverkan med primärvården är under uppbyggnad 2024.
- Patientdokumentationen i journalsystemet Vodok förutsätter stöd och handledning vilket har givits av MAS och MAR.
- Verksamheten har under 2023 haft en god bemanning av Hälso- och sjukvårdspersonal. Under 2024 kommer rekrytering göras allt eftersom nya avdelningar öppnas.



Riskhantering

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

Staden har en övergripande riktlinje för utredning av vårdskador, rapportering av avvikelser utredning av händelser och anmälan enligt Lex Maria. I verksamhetens kvalitetsledningssystem beskrivs genom lokal rutin hur riktlinjen ska tillämpas. Verksamheten arbetar för att riktlinje och rutin ska bli känd hos samtliga medarbetare

Alla medarbetare ska ha kunskap om hur rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef och MAS/MAR, som sedan tar ställning om utredning och ev. anmälan till IVO

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

punkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffade återförs till medarbetare, patienten, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

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

- När brister eller risker påtalas av närstående, patient eller medarbetare görs en riskbedömning eller uppdatering av tidigare riskbedömning. Riskbedömningar görs som en del av ett kontinuerligt arbete.
- Riskbedömningar görs löpande i arbetet med patienten och uppdateras enligt års hjul
- Riskbedömningar görs inom arbetsmiljö, arbete med patienter, smittläge (t.ex. covid) samt HSL-riskbedömningar för patienter
- Avvikelse följs upp och diskuteras i verksamhetens olika forum som kvalitetsråd, teammöten, ledningsgrupp och APT. Avvikelse överförs till förbättringsloggen om behov finns att skapa ett förbättringsområde för att förbättra arbetssätt och processer.

Stärka analys, lärande och utveckling

Rinkeby vård och omsorgsboende arbetar kontinuerligt för att identifiera kompetensutvecklingsbehov, för att säkerställa att personalen har den kompetens som behövs för att arbeta patientsäkert. Verksamheten prioriterar områden för att på ett strukturerat sätt kompetenshöja, vilket innebär att vissa utvecklingsområden får stå tillbaka för andra områden.



Avvikelse

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet

- Samtliga medarbetare ska följa framtagna rutiner för rapportering av avvikelser och har skyldighet att direkt rapportera och åtgärda en händelse. Tydliga och kända rutiner finns för åtgärd och uppföljning.

Enligt årshjulet tas avvikelserapportering, skyldighet och funktion upp löpande flera gånger per år och påminner medarbetarna om vikten av att rapportera allt som avviker i verksamheten

- När en avvikelse bedöms som allvarlig kontaktas alltid verksamhetschef och MAS/MAR
- Varje månad tas statistik fram över rapporterade avvikelser i systemet och analyseras på kvalitetsrådet. Om något behövs tas vidare så kan det tas med till t.ex. avdelningsmöten eller teamträffar. Om analysen visar behov av handlingsplan upprättas det då ett förbättringsförslag som läggs in i förbättringsmapp och som sedan arbetas vidare med.

Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål. Under 2023 har inga skriftliga klagomål inkommit, endast muntliga som i huvudsak rört svårigheterna att parkera i området. De muntliga klagomålen har hanterats i enlighet med verksamhetens rutiner.

- Alla medarbetare ska ha kunskap om hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål
- Vid inflyttning till Rinkeby vård och omsorgsboende informeras patient och närstående om synpunktshanteringen. Skriftlig information lämnas i välkomstmappen och finns anslagen på avdelningarna och på entréplanet, I entrén finns en brevlåda för inlämnande av synpunkter. I månadsbrevet som verksamhetschefen skriver upprepas information om synpunktshanteringen. Anhörigträffar påbörjas 2024.
- Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständigt pågående kvalitetsarbetet
- Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast till berörd part.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vid identifierade kompetensutvecklingsbehov finns i stadsdelen en utbildningslägenhet (KTC) där man kan träna olika omvårdnadsmoment tillika hälso- och sjukvårdsåtgärder, exempelvis HLR, provtagning, förflyttningsteknik.



Järva stadsdels verksamheter har en hög beredskap för kortvård och plötsliga infektionsutbrott. Rinkeby vård och omsorgsboende håller successivt på att introduceras i arbetssättet.

Rutiner för brand finns framtaget, rutiner för utebliven matleverans och vatten. Vid strömavbrott finns övergripande riktlinjer i staden, samt lokala rutiner som är under uppbyggnad.

Vid driftstopp i journalsystemet finns rutin för dokumentation på papper, läkemedelslistor finns utdraget på papper.

Stadsdelen arbetar i samverkan med dietist för att säkerställa livsmedelsberedskapen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR KOMMANDE ÅR

Rinkeby vård och omsorgsboende har till dagens datum bara varit igång ett halvår. Självklart finns det mycket att implementera och arbeta vidare med.

MÅL 2024

Målet för 2024 är att säkerställa verksamhetens basala processer, såsom:

- Personalrekryteringar vad det gäller alla funktioner kommer göras under året, då enheten just nu bara har två avdelningar av fem igång.
- Nattsjuksköterska kommer att anställas, för att säkra upp vården
- En plan för utbildning och introduktion av nyanställd personal.
- Införande av kvalitetsinstrumentet Qusta kommer införas succesivt., för att säkra upp kvalitet och kunskap rörande patientsäkerhet och rutiner.

- Processer gällande in- och utskrivning samt vårdförlopp arbetas med i dag men kommer ytterligare stärkas under året.
- Risk och preventionsbedömningar, där målet är satt till 100 % vad det gäller alla våra kvalitetsregister (senior alert, palliativa registret, Sve Dem)
- Fortlöpande arbete med dokumentation, där målet är att journalerna ska följa journalgranskningsmallen till 100 %, utvärderas fortlöpande, införande av dokumentationshandledare
- Fortsatt fallförebyggande arbete
- Fortsatt arbete basala hygienrutiner, genom att utbilda lokala hygienombud
- Fortsatt arbete förebyggande trycksår och minskning av antibiotika användning
- Säker läkemedelsprocess, ha årlig granskning av Apoteket AB
- Genomgång av delegeringsförfarandet, utbildning via Apoteket AB
- Minska antalet läkemedelsavvikelser genom införande av digitalt signeringssystem under 2024
- Arbeta smittförebyggande, det finns avtal med vårdhygien och de kommer bjudas in på hygienrund
- Fortsatt utbildning palliativa ombud via PKC
- Satsning språkombud
- Säkra samarbete med läkare genom att ansluta till systemet rondplattform Collabodoc
- Fortsatt arbete med HSL möten, Kvalitetsråd, Team möten.
- Fortsatt implementering av teamarbete
- Fortsatt utveckling av den medicinska kompetensen hos både HSL och SOL personal, bl.a. genom tillgång till Järva SDF Utbildningslägenhet
- Införande och utbildning enligt SBAR, utbildning via extern utförare
- HLR och hjärtstartare utbildning
- Säkerställa spårbarhet av medicintekniska produkter
- Säkerställa besiktning och funktionskontroll för att säkerställa att endast säkra och ändamålsenliga produkter används.
- Utveckla Nära vård och uppnå en god samverkan i vårdkedjan