

Patientsäkerhetsberättelse

Väderkvarnens vård- och omsorgsboende

2022



Datum 2023-02-28

Enhetschef Maria Lenner

Biträdande enhetschef, hälso- och sjukvårdsansvar Anna Ritzman Kraft

Diarienummer: NORR 2023/109

Inledning

Väderkvarnen är ett särskilt vård- och omsorgsboende riktat mot äldre som ligger centralt på Brunnsgatan i Stockholm. Det finns totalt 10 avdelningar motsvarande 92 vårdplatser samt ett Servicehus som omfattar 25 platser.

Avdelningarna är indelade efter inriktning. På Väderkvarnen finns två somatiska avdelningar, fem demensavdelningar och tre avdelningar med psykiatrisk profil.

Väderkvarnen består av enhetschef, tre biträdande enhetschefer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och omsorgspersonal.

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	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	11
Strålskydd	12
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	18
Riskhantering	18
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelse	18
Klagomål och synpunkter	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20
BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete..... Fel! Bokmärket är inte definierat.	

SAMMANFATTNING

Väderkvarnen har under 2022 haft som mål att bedriva en kvalitativ och patientsäker vård där vi strävat efter ökat samarbete och delaktighet hos de patienter som bor hos oss.

Verksamheten har under året fortsatt arbetet kring riskbedömning, avvikelshantering och följsamhet till rutiner gällande bland annat basala hygienrutiner, dokumentation, läkemedelshantering, nutrition, teammöten och egenkontroll.

Från den 1 april 2022 klassades Covid-19 inte längre som en samhällsfarlig sjukdom och lättnader i restriktioner möjliggjorde att vi kunde återinföra fysiska möten om än i begränsat antal. Vi har under året reviderat rutinen för teammöten så att dessa har skett med tätare intervall avdelningsvis.

Under hela året har det varit hög omsättning på legitimerad personal, och periodvis har verksamheten bemannats av inhyrd personal i hög grad. Parallellt vid rekrytering av tillsvidareanställda sjuksköterskor har ett omfattande arbete gjorts där ett nytt schema tagits fram.

Under hösten har det skett ett byte av läkarorganisation till Familjeläkarna. Det har inneburit en omställning där två ansvariga läkare delar på ansvaret för avdelningarna. Ronderna har utökats till två dagar i veckan istället för en som tidigare. Under 2023 kommer vi att fortsätta utveckla samarbetet med läkarorganisationen för att åstadkomma ytterligare kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamheten har fortsatt arbetet med dokumentation för att säkra innehållet i hälso- och sjukvårdsjournalen på ett sätt så att det överensstämmer med den sociala dokumentationen. Alla medarbetare har haft kontinuerligt stöd från processhandledare och det har även funnits tillfällen för riktade utbildningsinsatser i dokumentationsverktyget.

I början av året infördes det digitala signeringsverktyget APPVA. Samtliga medarbetare utbildades och implementeringsarbetet har förlöpt väl under året.

Verksamheten har tagit ett omtag i arbetet kring delegering efter apoteksrevision. Det har inneburit att vi har sett över delegeringsrutinen och omprövat samtliga delegeringar.

Målsättning för 2022:	Resultat av utförda insatser:	Åtgärd för vidare arbete 2023:
Införande av APPVA	Införandet klart.	Fortsatt utveckling och egenkontroll.
Säkerställande av följsamhet till de basala hygienrutinerna genom regelbundna egenkontroller	Egenkontrollerna visar att det finns brister i följsamhet	Återkommande obligatorisk web utbildning för samtlig personal. Hygienombud med särskilt ansvar utses.
Fortsätta arbetet med dokumentation och informationsöverföring och korrekt omvårdnadsdokumentation för att säkra innehållet i HSL-journalen. På boende där man finner risk ska en hälsoplan upprättas och kontinuerligt följas upp och revideras	Utbildningsinsatserna i dokumentation har givit ökad medvetenhet om dokumentationsverktyget. Egenkontroll dokumentation, sk ”röda tråden” påvisar att det finns brister i informationsöverföring mellan HSL-personal och omsorgspersonal.	Ta fram fortsatt plan för att säkerställa att personal får kunskapspåfyllning och träning i dokumentation. För ökad samverkan mellan HSL och omsorgspersonalen har ett nytt schema med tätare mötesintervall tagits för tvärprofessionella teammöten.
Fortsätta att aktivt arbeta med uppföljning och revidering av enhetens rutiner	Ej klart.	Arbete påbörjat att gå igenom aktuella rutiner och förankra i HSL-gruppen.
Fortsätta arbeta med utveckling av vården i livets slutskede med fokus att utveckla det palliativa teamets roll i verksamheten	Ej klart.	Plan finns att utse palliativt ansvarig sjuksköterska samt att palliativa ombudens uppdrag ska formuleras.
Kompetenshöjande insatser för legitimerad personal i suicidprevention, handledning, förskrivning av inkontinenshjälpmedel och nutrition	Delvis klart. Sjuksköterskorna har fått individuella ansvarsområden.	Rutin för suicidpreventivt arbete och utbildningsinsatser för legitimerad personal är under framtagande. Fortsatt utveckling av sjuksköterskornas individuella ansvarsområden.

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.

Inom äldreomsorgsavdelningen har det skett ett omfattande arbete för att kartlägga patientsäkerhetsarbetet inför omställningen av god och nära vård. Hälso- och sjukvårdsfrågor behöver få ett ökat utrymme och ser ett behov av ökad kunskap om hälso- och sjukvårdsområdet. Man ser att behovet av detta finns på alla nivåer men ser olika ut beroende på funktion/roll och uppdrag.



Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera fel, brister och risker i hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder och förebygga vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig och psykisk skada, sjukdom och dödsfall, vilka hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Vårdtagare och närstående ska ges möjlighet att lämna synpunkter på förbättringar och erbjudas delaktighet i utformande och innehåll i den vård och omsorg som ges. Samverkan med vårdtagare ska vara en del i det naturliga utvecklingsarbetet.

Verksamheten arbetar riskförebyggande och har system för patientsäkerhetsarbetet inom följande områden:

Verksamhetens målsättning gällande patientsäkerhetsarbete:	Analys/beskrivning:	Utförande:	Uppföljning:
Säker läkemedels- och narkotikahandling	Verksamheten ska följa de riktlinjer som finns upprättade för att ha en säker handtering av samtliga läkemedel	Genomgång av reviderad rutin för läkemedelshandling. Veckovisa kontroller av narkotikaklassade preparat har minskat svinn. Årlig apoteksgranskning	Verksamheten har haft fokus på att hitta säkra arbetsätt för att minska risk för svinn. Lokala åtgärder har vidtagits för att minska risk för och hindra onödigt svinn. En åtgärd har varit att täta upp kontrollräkningen och egenkontrollerna. Årets apoteksgranskning visade att verksamheten behöver se över rutiner och säkerställa att delegeringsordningen sker på ett säkert sätt.
Följsamhet till basala hygienrutiner	Finns digital utbildning som är obligatorisk för alla.	Informationen mailas ut till samtlig personal i veckobrev när det är dags för digitala utbildningen.	Efter genomgången utbildning lämnas diplom till ansvarig chef.
Fall	Fall ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och handtering av avvikelser.	Varje händelse tas upp i teamet runt patienten. En gång per månad tas övergripande information kring avvikelser på kvalitetsråd.	Fallavvikelse tas upp på flera nivåer och sammanfattas vid APT.
Undernäring	Undernäring ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och registreras i form av riskbedömningar.	Risken bedöms utifrån bedömning som görs var 6:e månad eller vid behov. Var riskbedömning tas upp i teamet runt patienten där man planerar	Uppföljningen sker utifrån planerade insatser på individnivå.

		åtgärder. Vid behov tillkallas dietist.	
Trycksår	Trycksår ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och hantering av avvikelser.	Bedömning av risk för trycksår görs var 6:e månad eller vid behov. Förankras i teamet runt patienten där man planerar insatser. Inventering av basmadrasser har gjorts och inköp av 50 madrasser för att ersättning av befintliga. Sårutbildning genomfördes i samband med detta för samtlig personal.	Uppföljningen sker utifrån planerade insatser på individnivå.
Kontinens	Bedömning av blås- och tarmfunktion ingår i systematiska kvalitetsarbetet.	Bedömning av risk görs var 6:e månad eller vid behov.	Uppföljningen sker utifrån planerade insatser på individnivå.
MTP	Service och kontroll sker kontinuerligt enligt rutin för MTP.	Extern service via Etac sker varje och vartannat år (för sängar). Periodisk inspektion görs var 6:e månad av legitimerad rehab.personal.	Uppföljning sker enligt rutiner.
Informationsöverföring mellan olika vårdgivare	Skер vid överrapportering, vid ronder, vid teammöten.	Finns en checklista för att säkerställa att informationsöverföring sker på ett korrekt sätt.	Uppföljning sker enligt rutin.
Kommunikation med patient, annan personal och andra vårdgivare	Skер vid ankomstsamtal, teammöte, samverkan med andra vårdinstanser.	Rutin finns för intern och extern samverkan.	Uppföljning sker enligt rutin.
Specifik omvårdnad/rehabilitering	Skер vid individuell bedömning av legitimerad personal.	Bedöms utifrån patientens individuella behov och funktioner.	Uppföljning sker utifrån planerade insatser t ex specifik funktionsträning.

Egenkontroll och uppföljning av avvikelser ingår i verksamhetens kvalitetsarbete. Kompetenshöjande insatser som till exempel utbildning och egenkontroll med återkoppling till personal används på enheterna.

Äldreomsorgens övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god och säker vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition.

Verksamheten har i utvecklingsplaner tydliggjort inriktning för äldreomsorgen genom kartläggningen i analysverktyget, verksamhetsuppföljningar och egenkontroller. Inom vissa områden behöver arbetssättet förändras och patienters och anhörigas perspektiv tas tillvara för att målen ska uppnås. Nyckelord som personcentrering, helhetssyn, och gemensam målbild behöver finnas med i processen för att ansvaret att erbjuda en vård- och omsorg med god kvalitet ska uppnås.

Organisation och ansvar

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

Nämndens ansvar

Stockholms stad har uppdragit till Norrmalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen för de verksamheter som bedrivs i egenregi i stadsdelen.

Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar

Kravet på att verksamhetschef ska finnas ”där hälso- och sjukvård bedrivs” och är reglerad i lag och förordning¹. Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) så att vården bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning² och innebär att MAS ska ansvarar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område. I uppdraget ingår att bedöma om händelser i verksamheten inneburit risk för allvarlig vårdskada och besluta om anmälan enligt Lex Maria.

Verksamhetens chefer har samverkat med MAS under verksamhetsåret i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

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

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

² Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

Avdelningschef

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

Enhetschef

På Väderkvarnen är enhetschef också Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården samt omsorgen. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

Biträdande enhetschef

På Väderkvarnen finns tre biträdande enhetschefer med uppdelat ansvar för avdelningar och personal. Biträdande enhetschefer ansvarar för att i samråd med verksamhetschef upprätta och dokumentera samtliga lokala rutiner, regler och arbetssätt.

Se till att rutiner, regler och arbetssätt är tillgängliga för medarbetarna och tillämpas.

Följ upp verksamheten, analysera och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Försäkra sig om att egenkontrollerna är tillräckliga och att arbetsmetoder och rutiner överensstämmer med krav på en god och säker hälso- och sjukvård.

Biträdande enhetschef med HSL-ansvar

Biträdande enhetschef med HSL-ansvar är närmaste chef för den legitimerade personalen och särskilt ansvarig för att hälso- och sjukvården bedrivs enligt gällande regler och rutiner samt att följa upp, analysera och vidta åtgärder vid behov.

I ansvaret ingår ledningsuppgifter som delegeras av verksamhetschef:

- Ansvara för att regler och rutiner för hälso- och sjukvårdsdokumentation efterlevs i verksamheten.
- Ansvara för hantering av läkemedelsförråd enligt gällande regler och rutiner.
- Ansvara för att narkotikakontroll sker enligt rutiner och ansvarsfördelning.
- Ansvara för att årlig service och kontroll av medicintekniska produkter utförs enligt regler och rutiner.

Medarbetare

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bl.a. innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Vissa hälso- och sjukvårdsinsatser delegeras till omsorgspersonalen som inom sin delegering utför hälso- och sjukvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Regionen och länets kommuner har genom samverkan tagit fram olika samverkansöverenskommelser liksom stödjande och styrande dokument i syfte att säkra patientsäkerheten och förebygga vårdskador:

- Huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg

- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS)
- Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samverkan vid uppsökande verksamhet (munhälsa) och nödvändig tandvård
- Kostnadsansvar för förskrivningsbara hjälpmedel och förbrukningshjälpmedel
- Logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt apodos
- Omhändertagande av avlidna
- Samverkan inom patientnämndsverksamhet
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård- och omsorg för äldre
- Samordnad individuell plan (SIP)

Stadens MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor, exempelvis gemensamma riktlinjer.

Samverkan sker internt i form av teamsamverkan där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut deltar tillsammans med baspersonal/kontaktpersoner. Vid behov ansluter andra funktioner till teamsamverkan t ex läkare, dietist och enhetschef.

Samverkan behövs vid hantering av avvikelser, såväl interna som externa. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå på kvalitetsråd. Externa avvikelser, t ex avvikelse i vårdkedjan, hanteras av MAS och skickas till annan vårdgivare/huvudman i dialog med verksamhetschef. Avvikelserna i vårdkedjan hanteras i olika samverkansmöten mellan regionen och staden.

Utöver detta har verksamheten samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, avtal med Vårdhygien Stockholm samt avtal om extern läkemedelsgranskning.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet är hantering av information för önskad tillgänglighet, riktighet, sekretess och spårbarhet. Ett mål för verksamheterna är att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienten som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt.

Information är värdefull och behöver skyddas efter behov. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering. Detta skapar förtroende både inom och utanför organisationen. Systematiskt informationssäkerhetsarbete är att arbeta förebyggande och att kontinuerligt anpassa skyddet utifrån organisationens behov och risker. Då finns informationen tillgänglig när vi behöver den, vi kan lita på att den är korrekt och att endast behöriga personer får ta del av den.

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

- Digitala/tekniska skydd; t ex behörigheter, brandväggar, antivirusprogram
- Fysiska skydd: t ex skal- och brandskydd i lokaler, läsbara skåp och pappersjournaler
- Administrativa skydd: styrande och stödjande dokument
- Mänskliga skydd: kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Systematiskt arbete med NIS-direktivet

Nämnden omfattas av NIS-direktivet (Nätverk och informationssystem) som ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Reglerna omfattar leverantörer av samhällsviktiga tjänster och vissa digitala tjänster. Det finns ett systematiskt arbetssätt kopplat till direktivet och rutiner för verksamheten vid avvikelser/händelser. Arbetet är pågående och följs upp kontinuerligt och utvecklas inom förvaltningen av utsedd ansvarig tjänsteman.

Skydd av nätverk

Stadens IT-system nås via trådlöst nätverk i verksamheten. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta är för att öka säkerheten för uppkoppling och generell skydd av data.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

- KLASSA informationssäkerhetsklassning; utförs av förvaltningen där representanter från verksamheten deltagit i de system som verksamheten använder.
- Informationssäkerhetsinstruktion för medarbetare och ledning
- Säkra digitala möten
- Kontrollerade behörigheter för vikarier.
- Kontroller att behörigheter plockas bort när personer inte arbetar kvar
- Säker e-posthantering för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt.
- Digitala medicinskåp för narkotikaklassade läkemedel, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är ytterst viktigt inom verksamheten
- NPÖ (nationell patientöversikt) tillgänglig för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- All personal har tillgång till utbildning i informationssäkerhet och dataskyddsförordning.

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation

Kontinuerliga loggkontroller genomförs i dokumentationssystemet Vodok för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller i verksamhetssystemet NPÖ görs av HSL-ansvarig chef för att kontrollera om obehörig personal kommit åt uppgifter om patienter de inte har en vårdrelation till.

En god säkerhetskultur

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

Verksamhetens ambition är att ha ett klimat som främjar säkerhet och kännetecknas av ett engagemang för den enskilde patienten hos all personal. Engagemanget kommer bland annat till uttryck genom att avvikelser identifieras och påtalas, att avvikelser rapporteras och därefter utreds och effektiva åtgärder vidtas och följs upp.



Gällande riktlinjer och rutiner som rör avvikelshantering och utredning av negativa händelser utgår dessa från ett systemperspektiv med en strävan bort från syndabockstänkandet till öppenhet och transparens. Information om inträffade händelser uppmuntras. Det finns dock en underrapportering av avvikelser som tydligt framträder vid jämförande av antalet avvikelser i det digitala systemet för läkemedelssigtering och antalet rapporterade avvikelser i avvikelsemodulem Vodok. Slutsatsen är att fortsatt arbete för att förbättra rapportering av avvikelser är nödvändigt.

En annan viktig del i en god säkerhetskultur är en fungerande teamsamverkan något som har identifierats behöver stärkas i vissa delar mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal.

Adekvat kunskap och kompetens

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

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

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

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.

Definitionen av omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) har påbörjats och det finns en uppdelning av ansvarsområden utifrån nödvändiga behov och kompetens.

Omvårdnadsansvaret fördelas mellan sjuksköterskorna och Väderkvarnens avdelningar. Vid rekrytering har vi tagit hänsyn till avdelningarnas inriktning och matchande kompetens hos sökande sjuksköterskor.

En omorganisation över när på dygnet flest sjuksköterskor arbetar har genomförts. Syftet med dagtjänsterna är att säkerställa den medicinska kompetensen på avdelningarna dagtid. Detta görs då OAS kan vara fysiskt närvarande på sin/sina avdelningar huvuddelen av sin arbetstid. Baspersonalen och OAS får ett närmare och mer direkt samarbete och patienterna erhåller en ökad kontinuitet i kontakten med OAS.

Ett nytt dagtjänstschema har tagits fram och satts i bruk i augusti. Dagtjänsterna omfattas av fem schemarader på ett rullande 5-veckors schema med tjänstgöring dagtid var 5:e helg. Utöver dagtjänsterna har vi tagit fram två kvällstjänster vilka har bemannats. Natttjänsterna är tillsatta och fortlöper oförändrat sedan tidigare och bemannas av tre sjuksköterskor.

Under året har sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter sammanfört sina arbetsplatser till en expedition. På det sättet är hela HSL-gruppen samlad och har ökad möjlighet till direkt kommunikation och samarbete.



Genomförda aktiviteter under 2022:

För baspersonalen:

- Utbildning i sårvård för samtlig baspersonal.
- Kunskapspåfyllning i Basala hygienrutiner för hygienombuden (hygiensköterska från Region Stockholm).

För sjuksköterskorna:

- Dagtjänstschema för sjuksköterskor.
- Ny checklista för introduktion av sjuksköterskor.
- Uppdatering av delegeringsprocessen (efter Apoteksrevision).
- Uppdatering av läkemedelsrutin i samband med hantering av narkotikaklassade läkemedel.
- Uppdatering av delegerings och läkemedelsrutinen i och med införande av APPVA.

För baspersonalen och sjuksköterskorna:

- Införande av digitala signeringssystemet APPVA. Samtliga medarbetare fick utbildning och kontinuerligt stöd under införandeperioden.
- Ny struktur för tvärprofessionella team möten som sker avdelningsvis en gång/v och där sjuksköterska är ansvarig och håller i mötet.
- Fortsatt utbildning i dokumentationssystemet för journalföring Parasol/Vodok 2.0 (av processhandledare).

Utbildningar:

- En sjuksköterska har under 2022 påbörjat specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning äldre. Hen avslutade sin tjänst på Väderkvarnen våren 2022.
- Två undersköterskor har pågående studier till ”Specialistundersköterska multisjuka äldre”.

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.



Alla patienter har en genomförandeplan där överenskommelsen om innehåll i vården och omsorgen framgår. Där närstående finns, hämtas information från dem t ex då patienten inte själv kan uttrycka sina önskemål. Aktiviteterna i genomförandeplanen uppdateras kontinuerligt tillsammans med patienten på ett sätt så att hen blir medskapare av sin egen vård och omsorg.

Vid inflytt får patient och närstående skriftlig och muntlig information. I samband med det förmedlas hur synpunkter och klagomål tas emot och hanteras.

Hantering av synpunkter och klagomål sker kontinuerligt av biträdande enhetschefer, och utifrån allvarlighetsgrad skrivs avvikelser.

Allvarliga eller risk för allvarliga vårdavvikelser utreds av MAS/MAR tillsammans med biträdande enhetschef med HSL-ansvar. De åtgärder som vidtas förmedlas till berörd uppgiftslämnare. Alla andra avvikelser utreds av biträdande enhetschef med HSL-ansvar med berörd personal i verksamheten.

På Väderkvarnen finns ett kvalitetsråd bestående av kvalitetsombud och biträdande enhetschef med HSL-ansvar som träffas en gång i månaden. Vid kvalitetsrådet tas avvikelser upp, både som statistik och som underlag för gemensam utredning. På det sättet involveras medarbetare i utvecklings- och förbättringsarbete.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflytt bjuds patient och närstående till ankomstsamtal för utbyte av information och inhämtande av patientens önskemål om vård och behandling. Mötet sker utifrån en fastställd agenda och det tvärprofessionella teamet deltar tillsammans med patienten. Det finns checklistor för sjuksköterska, rehab.personal och omsorgspersonal att följa i samband med inflytt. Dokumentation av överenskommelsen, inhämtat samtycke samt patientens bakgrund och önskemål görs med stöd av färdig frastext i Vodok. Levnadsberättelsen ska ge information om bakgrund, intressen och copingstrategier dvs viktiga händelser i livet som påverkar patientens förmågor och nuvarande situation.

Synpunkter och klagomål kan lämnas till verksamheten via personlig kontakt eller brev.

Månadsbrev med generell information till närstående skickas av enhetschef.

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.

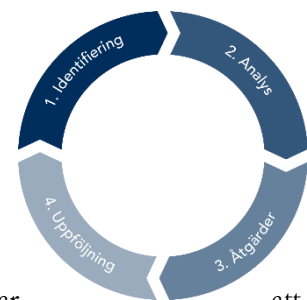
Verksamheten har genomfört egenkontroll enligt MAS/MAR riktlinjer.

Egenkontroller gjordes under en period av hög omsättning av hälso-och sjukvårdspersonalen vilket har påverkat resultatet och nedsatt följsamhet till rutiner och ordinationer kunde konstateras.

Införandet av digitala signeringsverktyget APPVA har vi hittills kunnat se varit ett stöd i att upptäcka avvikelser i läkemedelshandlingen och säkerställt följsamhet i läkemedelsordinationer.

En utvärdering av det arbetssättet ingår i verksamhetens planer för 2023.

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



1. Identifiering

- Vi ser en brist i dokumentation av hälsoplaner i Vodok vilket försvårar att följa patientens nuvarande tillstånd samt planerade åtgärder framåt. Det är flera ordinationer som behöver kopplas till hälsoplaner.

2. Analys

- Stor omsättning av sjuksköterskor under 2022 vilket gjort att kompetensen i området varit bristfällig. Det har varit svårt att följa vårdprocessen från aktuell funktionsbeskrivning till utvärdering av åtgärder kopplade till hälsoplaner.

3. Åtgärder

- Individuell handledning av nyanställda i dokumentationssystem samt planerade utbildningar för legitimerad personal har skett under senare delen av 2022. Även omsorgspersonal har utbildats i dokumentationssystemet Parasol. Röda tråden i dokumentation behöver stärkas genom tvärprofessionellt teamarbete som skapar samsyn.

4. Uppföljning av åtgärd

- Ökad medvetenhet och kunskap kring dokumentationsprocessen. Målet är att skapa samsyn och öka patientens inflytande i utformandet av sin vård.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Har vården varit säker

Under året har tre händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Händelserna som anmälts till IVO handlade om behandling av trycksår, inte i tid uppmärksamma olika vårdbehov, bristande omhändertagande av patient med psykisk ohälsa.

Bakomliggande orsaker till händelserna som anmälts till IVO bedöms vara brister i och följsamhet till rutiner, personalkontinuitet, kunskap gällande dokumentationssystemet, brister gällande sårvård och hur suicid ska förebyggas och rapportering mellan olika yrkeskategorier. Handlingsplaner har tagits fram där identifierad orsak, åtgärd och vem som ansvarar för genomförande tydliggjorts.

Riskområden som verksamheten fortsätter arbeta med är trycksår, nutrition, och dokumentation. Team-möten där behöver alla i teamet vara delaktiga och hjälpas åt att identifiera brukarnas riskområden med hjälp av bedömningsinstrument som senior alert. Riskområden hos brukarna behöver fångas upp så tidigt som det är möjligt. En god förutsättning för detta är ett fungerande teamarbete, där alla professioner samverkar. Detta kommer verksamheten fortsätta arbeta med. Brukare som har riskområden skall ha hälsoplaner som följs upp kontinuerligt. Verksamheten kommer fortsätta stödja sjuksköterskorna i dokumentation.

Arbetet framåt:

- Verksamheten fortsätter rekrytering av sjuksköterskor
- Fortsätta utbilda sjuksköterskor i dokumentation.
- Utbilda baspersonal och fylla på kunskaper gällande t.ex. nutrition
- Stödja baspersonalen i omvårdanden, handleda i vad som skall rapporteras
- Arbeta vidare med att utveckla teamarbetet
- Registrera i Senior Alert

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde under 2020 en nationell tillsyn avseende medicinsk vård och behandling under covid-19-pandemin. Patientjournaler har begärts in för analys under sommaren 2021. Hösten 2022 besökte inspektörer från IVO verksamheten, de intervjuade 2 patienter, 3 sjuksköterskor och ledning. Slutrapport har inte kommit till förvaltningen ännu.

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.



Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet – QUSTA

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i verksamheten med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Uppföljningen omfattar frågor som

rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal som presenterar sitt resultat av egenkontrollen och lyfter styrkor liksom utvecklingsområden. Resultatet bedöms av MAS MAR och återkopplas till verksamheten. I årets upplaga har området psykisk hälsa lagts till, för att täcka in hela människan.

Resultat: Uppföljningen har visat på att verksamheten har förutsättningar för att bedriva en god och säker vård.. Väderkvarens åtgärdsplan innefattar utvecklingsområden som ses i psykisk hälsa, dokumentation, registrering i kvalitetsregister, inkontinensområdet och ett mer systematiskt arbete med avvikelser och använda resultaten av olika register, granskningar och statistik.

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.

Under större delen av året har sjuksköterskebemanningen varit ansträngd och vi har haft behov av inhyrd personal. Vi har försökt göra långsiktiga planeringar kring schema utifrån inhyrd personal så att omvårdnadsansvar kunnat bibehållas i så hög grad som möjligt. En risk vi identifierade var svårigheter vid utfärdande av tjänstekort samt för behörigheter. Lösningen på problemet har blivit möjlighet för verksamheten att själva utfärda reservkort vilket möjliggör en snabbare åtkomst till journalsystem och andra viktiga behörigheter.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

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

Under året har tre händelser anmälts till IVO enligt lex Maria. Händelserna som anmälts till IVO handlade om behandling av trycksår, inte i tid uppmärksamma olika vårdbehov, bristande omhändertagande av patient med psykisk ohälsa.

Vi ser att det finns en individuell skillnad gällande kompetens i hur avvikelser ska rapporteras, utredas och följas upp. Syftet med avvikelshantering är att utveckla verksamhetens arbetssätt samt öka patientsäkerheten, i detta är processen som följer själva registreringen av stor vikt. I denna process finns ett utvecklingsarbete för verksamheten.

Avvikelse rapporteringen har under året minskat, en trolig orsak till det är brist på kunskap och att systemet för avvikelserapportering är inte användarvänligt. Baspersonal kan inte lägga in avvikelser direkt i systemet utan använder papper och att sjuksköterskan sedan ska lägga in avvikelserna, det blir ytterligare en arbetsuppgift för sjuksköterskan som kan medföra upplevd tidsbrist.

I åtgärdsplanen ingår utbildning till legitimerad personal i hur avvikelser dokumenteras samt kompetenshöjande insatser till baspersonal i vad som är en avvikelse samt vem som kontaktas och hur det ska registreras. Utveckling av processen i hantering av avvikelser samt återföring av resultat till berörd personal samt verksamheten.

Klagomål och synpunkter

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

Förvaltningen har en rutin för hantering av inkomna klagomål och synpunkter. Klagomål och synpunkter kan komma från boende, närstående antingen direkt eller via IVO (Inspektionen av vård och omsorg) eller Patientnämnden. Alla som tar emot ett klagomål och arbetar i egen regi ska diarieföra, utreda och besvara klagomålet på lämpligt sätt. De klagomål som inkommit till Väderkvarnen har berört brister i medicinska beslut och läkemedelsbehandling samt svårigheter i kommunikation och informationsöverföring. Alla klagomål har utretts och den klagande har fått ett svar.

Enhetschef har det övergripande ansvaret för att alla inkomna synpunkter och klagomål hanteras och åtgärdas. Återkoppling med redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder lämnas inom 14 dagar till den som inkommit med synpunkt/klagomål.

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.

Under pandemin har verksamheten varit tvungen att utveckla processer för att snabbt kunna ställa om arbetssätt, säkerställa informationsflöde och analysera resultat av processer. Verksamheten har tränat på att genomföra kontinuerlig riskbedömning, ta fram handlingsplaner och åtgärda. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ett annat risktänkande än innan pandemin. Dock behöver verksamheten fortsatt genomföra riskbedömningar vid alla förändringar och omorganisationer, även de som är mer vardagliga och inte bara större risker som pandemin inneburit.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Verksamheten kommer fortsätta arbetet med att säkerställa rätt kompetensnivå för hälso- och sjukvårdspersonal genom kontinuerliga utbildningsinsatser.

Vi ser fortsatt behov av uppdatering av rutiner och implementering i personalgruppen samt rekrytera hälso-och sjukvårdspersonal utifrån verksamhetens behov.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom följande områden:

Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:

- Granska resultat och analysera egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation
- Genomföra PPM (punktprevalensmätning), skapa rutin för arbetssätt för genomförande av PPM-mätning.
- Upprättande och hantering av hälso- och sjukvårdsavvikelser
- Genomförande av loggkontroller i NPÖ och Vodok

