

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Ersta Diakonisällskap Linnégården

### År

### 2022



Datum 2023-02-21

Ansvarig för innehållet Anette Millde Verksamhetschef och Ulrika Pettersson Enhetschef HSL

Diarienummer

**Inledning**

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 .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier för 2022.....	5
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet .....	9
En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	10
Patienten som medskapare .....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	20
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	20
Säker vård här och nu .....	20
Riskhantering .....	21
Stärka analys, lärande och utveckling.....	22
Avvikelse .....	22
Klagomål och synpunkter.....	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	24

## **SAMMANFATTNING**

Verksamhetsåret 2022 har varit händelserikt på Linnégården, i början av året flyttade stora delar av dåvarande ledningsgrupp över till Ersta diakonis nya boende Susanna hemmet. Rekrytering påbörjades för att få en ny verksamhetschef och 3 nya enhetschefer till Linnégården och i april månad började ny verksamhetschef Anette Millde på Linnégården. Under augusti månad var hela den nya ledningsgruppen på plats. Mycket av ledningsgruppens arbete har under året handlat om att kartlägga och göra en nuläges analys av Linnégårdens kvalitet och patientsäkerhetsarbetet för att kunna lägga en plan framåt för det fortsatta utvecklingsarbetet. Trots byte av ledningsgrupp och en viss fördröjning i det systematiska kvalitetsarbetet så är bedömningen att Linnégården kunnat bibehålla en god patientsäkerhet under hela året.

Nytt för i år är att SKR:s framtagna verktyg och genomförandestöd för stärkt patientsäkerhetsarbete ska finnas som stöd i framtagandet av lokala handlingsplaner i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Arbetet med nya genomförandestödet gällande patientsäkerhetsarbetet påbörjades i slutet av 2022 och målet är att implementera verktyget fullt ut inom verksamheten under 2023.

Under 2022 har verksamheten fortsatt planera sina insatser utifrån gällande restriktioner för Covid-19. Vaccinationer har utförts på våra boende enligt gällande rekommendationer och arbetet med följsamhet till basala hygienrutiner har kontinuerligt följts upp. Vi hade få konstaterade fall av Covid -19 under året.

Ersta Diakoni fick ett nytt intranät och ett nytt ledningssystem i oktober 2022. Ledningssystemet för sociala verksamheterna är fortfarande inte helt färdigt men ska vara färdigt i början av 2023.

Arbetet i kvalitetsregistret BPSD och registrering av samtliga boende med demensdiagnos avstannade första halvåret 2022 då stor del av utbildade administratörer flyttade till Susannahemmet. Arbetet med att utbilda nya administratörer och att aktivt registrera boende och följa upp åtgärder återupptogs slutet av 2022. BPSD arbetet tydliggjordes på verksamheten som en del av ett långsiktigt arbete med att få delaktiga medarbetare och en ökad kunskapen inom BPSD.

Enligt rutin fortsatte registrering av alla boende i kvalitetssystemet senior alert. Riskbedömningar och hälsoplaner har utförts enligt rutin under året med fortsatt fokus på dokumentationen för att utveckla hälsoplanerna och kartläggningen ytterligare. Fortsatt arbete med riskbedömningar som innefattar risk för hot och våld samt suicid.

För att öka vårt teamarbete mellan våra olika professioner så omorganiserade vi sjuksköterskorna så att dem numera sitter på respektive våningsplan, utvärdering av förändringen kommer göras i början av 2023. Läkarorganisationen är Familjeläkarna,

tyvärr har vi inte haft någon kontinuitet vad det gäller läkare vilket har lett till ett merarbete för sjuksköterskorna.

Verksamhetens fysioterapeut blev sjuk under våren 2022 och sedan augusti har verksamheten haft fysioterapeut via företaget Klara rehab vilket har fungerat väl.

Vidare har uppföljning för att stärka vårt patientsäkerhetsarbete skett genom systematiskt genomföra egenkontroller på viktiga områden så som tex. basala hygienrutiner, läkemedel, delegeringar samt riskbedömningar.

En större satsning och planering påbörjades under senare delen av 2022 gällande att verksamheten ska bli Stjärnmärkt. Vilket innebär att minst 80% av våra medarbetare ska genomgå en omfattande utbildning i demens. Utbildning av administratörer initialt som sedan utbildar medarbetarna i flera steg. Målsättningen är att verksamheten ska implementera denna modell under 2023 som verksamheten fortsättningsvis ska arbeta efter.

## 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 för 2022

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

Erstas ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö innehåller av ledningen fastställda kvalitets-, miljö- och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål och strategier som bryts ner till verksamhetsmål. En trygg och säker hälso- och sjukvård nås genom att arbeta systematiskt med kvalitetsarbete gällande hälso- och sjukvård.

**Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet:**

- Arbeta för att samtliga medarbetare ska ha kunskap om avvikelsemodulen och rapporteringsskyldigheten kring händelser och vårdskador.
- Säkerställa att alla nödvändiga lokala HSL rutiner finns och är uppdaterade.
- Alla boende med demensdiagnos ska vara registrerade i BPSD registret och de med behov ska ha en individuell bemötandeplan.
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnads-dokumentation. Uppföljning sker genom regelbunden granskning av dokumentationen.
- Säkerställa att alla boende har aktuella riskbedömningar Downton, Roag, Norton, MNA, Nikola, ADL – över 95 %. Dessa ska uppdateras minst en gång per halvår eller oftare vid behov. Uppföljning sker genom egenkontroller månadsvis av omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt HSL ansvarig.
- Säkerställa att alla boende med identifierade risker har hälsoplaner upprättad med avsatt hälsotillstånd, åtgärder och uppföljningar. Uppföljning sker genom regelbundna dokumentations granskningar.
- Alla boende som samtycker ska registreras i Senior alert. Uppföljning sker genom att regelbundet granska statistik från registret samt egenkontroller månadsvis.
- Säkerställ att boende får en bra sista tid i livet och att de boende som avlider på boendet registreras i Palliativregistret. Uppföljning sker genom att regelbundet granska statistik från registret.
- Alla boende ska ha utförd munhälsobedömning samt smärtskattas enligt (Abbey pain) sista tiden i livet.

- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivningsrätt.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess. Minimera antalet läkemedelsavvikelser såsom utebliven dos, missade signeringar. Regelbunden analys av avvikelser på förbättringsråd.
- Arbeta för att samtliga medarbetare ska följa basala hygienrutiner och klädregler. Uppföljning sker genom regelbundna observationer samt självskattningar, samtliga medarbetare ska ha god kunskap om hur personlig skyddsutrustning ska användas i samband med covid-19. Sker genom utbildning och regelbundna observationer.
- Arbeta systematiskt med fallprevention, att rapportera fall i avvikelsemodulen. Följa upp fall och hälsoplaner i teamet.
- Säkerställa att medarbetare får utbildning i förflyttningsteknik och förflyttning med personlyft.
- Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete med tydlig ansvarsfördelning samt dokumentation efter teamet.

### **Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:**

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, delegeringar, inkontinens, riskbedömningar, missade signeringar, skyddsåtgärder enligt checklista. Kontroller sker månadsvis av tillförordnad enhetschef HSL som i sin tur rapporterar vidare till verksamhetschef.
- Verksamheten fortsätter räkna missade signeringar, analyserar resultaten för att uppmärksamma brister och utveckla säkrare och tryggare rutiner kontinuerligt varje månad samt vid behov.
- Avvikelser rapporteras och sammanställs varje månad. Uppföljning sker på förbättringsråd där berörda professioner finns representerade för att diskutera åtgärder och förbättra kvalitén inom olika områden.

## **Kompetensutveckling:**

- Kompetensutveckling har skett individuellt och i grupp i dokumentationssystemet Vodok för att få en mer samstämmig dokumentation och därmed en ökad patientsäkerhet.
- Utbildning i palliativvård för sjuksköterskor.
- Utbildning i förskrivningsrätt gällande antidecubitus madrasser för sjuksköterskor.
- Utbildning i hjälpmedelshantering för omvårdnadspersonal.
- Nätverksträffar gällande trycksårsprevention och behandling.

## **Organisation och ansvar**

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

Nedan beskrivs kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

**Ersta diakonis** styrelse har det övergripande ansvaret för all verksamhet.

**Direktorn** har det verkställande ansvaret för Ersta diakonis verksamhet och ansvarar gentemot styrelsen. Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

**Kvalitet- och hållbarhetsavdelningen** har ett övergripande ansvar för utveckling och förvaltning av kvalitets- och miljöledningssystemet. Ansvarar för att ledningssystemet är uppdaterat och att revisioner genomförs för att säkra efterlevnaden av interna och externa krav, inkluderat lagstiftning.

**Socialchefen** har det övergripande ansvaret för Erstas verksamheter inom Socialt arbete. Inom delar av LSS och i särskilt boende för äldre har Ersta vårdgivaransvar. Därutöver ingår även verksamhetsområdena hemtjänst samt individ- och familjeomsorg. Socialchefen ger stöd till och följer upp att områdescheferna förvaltar sina respektive uppdrag.



**Områdeschefen inom äldreomsorg respektive LSS** ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat inom sitt område. Säkerställer att medarbetare känner till och följer ledningssystemets rutiner, känner till och följer lagstiftning och andra relevanta krav.

**Verksamhetschef** säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Verksamhetschefen har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

**Ersta diakonis MAS** (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS ansvarar för att upprätta och revidera riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att genomföra ställningstagande gällande utredningar om vårdskada samt ansvarar för att anmäla eventuella allvarliga vårdskador samt risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

**Samtliga medarbetare** ansvarar för att följa riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål. Det är alla medarbetares ansvar att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt aktivt delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder.

**Erstas dietist** ger stöd och vägledning i nutritionsfrågor.

**Legitimerad personal** följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning samt blås- och tarmdysfunktion vid inflyttning och förändring av boendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan/hälsoplan om risk föreligger och ansvarar för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och att måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Sjuksköterskorna registrerar i Senior alert, Palliativregistret samt i förekommande fall i BPSD-registret och SweDem.

**Legitimerad personal** - verksamheten anlitar Klara rehab för fysioterapeutsbedömningar i verksamheten. Legitimerad sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut följer kontinuerligt upp respektive område och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga förändring av boendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger och ansvarar för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och att måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Verksamheten samverkar med Vårdhygien och Smittskydd vid behov.

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

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

Nedan beskrivs hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

### **Samverkan med interna och externa vårdaktörer**

- Samverkansöverenskommelse finns med Familjeläkarna. Läkare kommer regelbundet på besök till verksamheten samt vid akuta behov dygnet runt. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker en gång per termin eller oftare vid behov där Erstas MAS är sammankallande.
- Samverkan sker med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretagen, Flexident/Oral Care som utför fria munhälsobedömningar och utför tandvårdsinsatser.
- Samverkan sker med Vårdhygien som genomför hygienronder på verksamheten vartannat år. De finns även till hjälp för att få råd och stöd samt tillhandahåller utbildning vid behov.
- Samverkan sker löpande med andra mottagningar/funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis fotvårdare, logoped och annan specialistkompetens vid behov.
- Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut sker i samband med skiftbyten samt genom daglig planering och veckoplanering i varje arbetsgrupp. Vid förändringar skriver sjuksköterskan information till omvårdnadspersonalen via omvårdnadspersonalens dokumentationssystem Parasol.
- Samverkan kring patienten sker i regelbundna teammöten sker plan vis 1 gång per månad eller vid behov, där samtliga professioner deltar. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är sammankallande.
- Samverkan kring patienten, där läkarbedömning/uppföljning/informationsutbyte krävs, sker på ronddagen men även under resterande dagar/kvällar/nätter när behov föreligger.

- Samverkan kring patienten sker också vid inflyttning där kontaktman, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och den boende och dess närstående träffas för planering av vården.
- Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis Erstas MAS samt dietist. Erstas MAS leder regelbundna patientsäkerhetsmöten där verksamhetschefer och enhetschefer för hälso- och sjukvård deltar.
- Samverkan sker med ApoEx som genomför årlig kvalitetsgenomgång av läkemedel och läkemedelshantering.
- Avtal för extern kontroll av medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift.

### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för medarbetarna på Ersta.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningen (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning. Dataskyddsombud finns utsedd centralt. Dataskyddsgrupp finns och består av IT-chef, kvalitetschef, externt dataskyddsombud, HR –chef, chefsläkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Informationsöverföring sker både internt och externt, muntligt och skriftligt och är en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet. Det är viktigt att informationen skyddas från att spridas oavsiktligt samt avsiktligt till fel mottagare. Vid anställning skriver varje medarbetare på vad som ingår i tystnadsplikten. Studenter informeras även om tystnadsplikt.

Sjuksköterskorna har läsbehörighet i journalsystemet TakeCare. Vid inflyttning tillfrågas den enskilde om samtycke till att uppgifter hämtas i TakeCare.

Loggkontroller gällande TakeCare sker av Familjeläkarna. Eventuella avvikelser rapporteras och följs upp. Inga avvikelser har uppkommit under året.

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller i journalsystemet Vodok. Inga avvikelser har uppkommit under året.

## En god säkerhetskultur

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



Avvikelsehantering är en av grundpelarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas till att skriva avvikelser för att uppmärksamma brister och på så sätt utveckla patientsäkerheten. I samband med introduktion av nyanställda samt vid APT får samtliga medarbetare ta del av rutinen för avvikelsehantering. Verksamhetschef och enhetschefer belyser kontinuerligt vikten av att skriva avvikelser eftersom det är grunden för en systematisk kvalitet och utvecklingsarbete.

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra en vårdskada skrivs en avvikelse. Risker och avvikelser rapporteras i Erstas interna avvikelssystem. Sjuksköterska, verksamhetschef, enhetschefer och rehab personal tilldelas avvikelsen. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp. Tilldelad person bedömer allvarlighetsgrad, vid misstanke om allvarlig vårdskada Lex Maria, eller risk för ett missförhållande enligt Lex Sarah kontaktas närmaste chef, områdeschef samt MAS omedelbart. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Verksamhetschefen genomför skyndsamt utredningen som kvalitetssäkras av områdeschef och Erstas MAS. Erstas MAS genomför därefter sitt ställningstagande.

Alla avvikelser sammanställs månadsvis och analyseras på förbättringsråd, planmöten samt APT där tillfälle för diskussion ges. Resultatet analyseras för att kunna se olika mönster och trender. Förbättringsförslag, handlingsplaner samt nya förbättrade rutiner och arbetssätt är ett resultat av inkomna avvikelser.

## 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.



Kompetensutveckling och fortbildning utgår från verksamhetens identifierade utvecklingsområden, där sedan relevanta utbildningsinsatser tas fram och genomförs inom alla olika yrkeskategorier på verksamheten.

All vårdpersonal genomför E-utbildning i basala hygienrutiner, demens ABC, arbetsmiljö, hot och våld samt utbildning i förflyttningsteknik, Vid delegering görs webbutbildningen "arbeta säkert med läkemedel" samt kunskapstest och genomgång av sjuksköterska.

En kvalitativ introduktion av nya medarbetare är en förutsättning för att kunna säkerställa en god och säker vård och Linnégården har många duktiga handledare som under hela året tar emot och lär upp nya kollegor.

Kompetensmatriser används i verksamheten för att säkerställa att obligatoriska utbildningsinsatser blir genomförda.

## **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 §*

Verksamheten arbetar aktivt med boende och anhörigas delaktighet i vården.

Välkomstsamtal genomförs inom två veckor där det tvärprofessionella teamet deltar.

Boende och närstående görs delaktiga i planering av vård och omsorg i hälsoplaner och i genomförandeplanen i den mån det är möjligt. För att säkerställa den äldres behov av vård och omsorg arbetar enheten i tvärprofessionella team. Med boendes medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande till närstående.

Riskbedömningar görs av legitimerad personal och hälsoplaner upprättas utifrån de risker som framkommer. Vid förändrat hälsotillstånd, hos den boende, erbjuds vårdplanering, där boende och/eller anhöriga deltar. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid anhöriga och boende brytpunktsamtal med läkare.

I verksamheten anordnas anhörigmöten i olika former och boråd hålls regelbundet.

Nyhetsbrev skickas ut till anhöriga från verksamhetschef en gång per månad. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål. Blanketter,

information och förslagslåda finns vid entréerna samt på varje plan samt blanketten skickas även med nyhetsbrevet.

Verksamheten samarbetar även med närstående via resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning, Erstas egen kundundersökning samt inkomna synpunkter och klagomål. Utöver detta anordnas regelbundna träffar av Erstas Anhörigstödare lokalt inom Ersta Diakoni.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontrollen är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Linnégården utgår från Erstas och Östermalms stadsdelsförvaltnings (Sdf) årshjul vid egenkontroller.

Nedan följer några exempel på de egenkontroller som genomförs årligen för att säkerställa en hög patientsäkerhet. I de fall verksamheten inte når mål upprättas handlingsplan med åtgärder som följs upp regelbundet.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Hur</b>	<b>Mål</b>
Dokumentationsgranskning HSL	Stickprovsgranskning 1 ggr/kvartal  Samt Östermalms Sdf 2 ggr/år	Granskning sker med hjälp av standardiserat protokoll. HSL-ansvarig tillsammans med sjuksköterska och rehab genomför granskningen.	1,70 av möjliga 2,00
Analys av resultat Senior alert	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras,	Att använda statistiken i ett

		åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten.	kontinuerligt förbättringsarbete.
Analys av resultat Palliativregistret, Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer (Spindeln).	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/ Teamsmöten/AP T.	När Socialstyrelsens mål gällande kvalitetsindikatorer.
Analys av resultat BPSD-registret.	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/ Teamsmöten/AP T.	Samtliga boende med en demensdiagnos har en årlig NPI-NH-skattning
Analys av resultat SweDem.	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/ Teamsmöten/AP T.	När Socialstyrelsens mål gällande kvalitetsindikatorer.
Observation följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (enligt SKR:s protokoll).	Observationer genomförs 1 ggr/kvartal	Observation samt självskattningar, samlas in av Enhetschefer, analyseras av HSL-ansvarig,	85% i samtliga 8 frågor

		åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas på APT	
PPM Trycksår – Senior alert.	Analys sker av resultat 1 ggr/år	Senior alerts PPM-mätning. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/Teamsmöten och APT.	Förebyggande arbete så att inga trycksår uppstår på boendet.
Kontroll av osignerade läkemedel	Analys sker av resultat 1 ggr/månad	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/ Teamsmöten/AP T.	Minska antalet osignerade läkemedel.
Kontroll läkemedelshantering,	Kontroll sker 1 ggr/månad	Hantering av narkotikaklassade läkemedel, förvaring, (temperatur), destruktion av läkemedel, ev. svinn samt läkemedels- avvikelser kontrolleras en gång per månad av HSL-ansvarig.	Säker läkemedelshantering, inga allvarliga avvikelser.



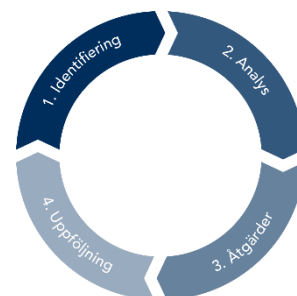
		Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten.	
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.	1 ggr/år	ApoEx. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten. Erstas MAS tar del av rapporten.	Minska antalet avvikelser, handlingsplaner/åtgärder upprättas/genomförs
Årliga läkemedelsgenomgångar.	1 ggr/år	HSL-ansvarig följer tillsammans med patientansvarig läkare upp statistik	100% av boende ska ha fått en läkemedelsgenomgång senaste året.
Aktuella delegeringar	1 ggr/mån	HSL-ansvarig kontrollerar att samtliga delegeringar är aktuella	Samtliga delegeringar är aktuella.
Infektionsregistrering	1 ggr/mån + 1 ggr/kvartal	Registrering sker en gång per månad av ansvarig SSK. HSL-ansvarig analyserar resultat en gång per kvartal. MAS följer.	Få infektioner, låg antibiotikaanvändning, god följsamhet basal hygien och klädregler, god följsamhet förhindra smitta/smittspridning

Loggkontroller	1 ggr/mån	Utförs av HSL-ansvarig, resultat återkopplas till verksamhetschef. Eventuella avvikelser rapporteras till dataskyddsombud.	Inga avvikelser.
MTP	1–2 ggr/år	Legitimerad personal kontrollerar enligt rutin.	Samtliga MTP är godkända, servade, kalibrerade osv enligt föreskrifter
Fallprevention	1 ggr/kvartal	FT samarbetar med SSK och USK kring varje enskilt fall. HSL-ansvarig sammanställer antalet fall tillsammans med HSL-gruppen och analyserar resultatet på förbättringsråd.	Minska antalet fall samt fall med skada.
Dygnsfastemätning	2 ggr/år	Resultat sammanställs av HSL-ansvarig, resultat analyseras och återkopplas vid teamsmöte. Resultat skickas till Erstas dietist, som sammanställer och återkopplar på Erstas	Samtliga boende har en godkänd nattfasta på max 11 timmar

		<p> samtliga boenden.</p>	
<p>Kvalitetsgranskning hygienrund.</p>	<p>Genomförs vartannat år</p>	<p>Skер i samarbete med Vårdhygien. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/APT. Erstas MAS tar del av rapporten och granskar åtgärdsplan</p>	<p>Minska antalet avvikelser, handlingsplaner/åtgärder upprättas/genomförs</p>
<p>Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet - Intern MAS-tillsyn.</p>	<p>Genomförs ca vartannat år</p>	<p>Granskning sker med hjälp av standardiserat protokoll. Förbättringsförslag följs upp 2 ggr/år i handlingsplan.</p>	<p>1,70 av möjliga 2,00</p>

## Dokumentationsgranskning HSL-dokumentation.

- Genomförs via stickprovgranskning 1 ggr/kvartal.



Dokumentationsgranskning av HSL-dokumentation har skett kvartalsvis i verksamheten under året. Samtlig legitimerad personal samt enhetschef för HSL har deltagit i dokumentationsgranskningarna. De ansvariga sjuksköterskorna har tillsammans med HSL chef granskat journaler. Detta arbete har lett till ökad medvetenhet kring brister i dokumentationen samt lagt grunden till förbättringsarbetet under året. Vid varje tillfälle har ca 20 journaler granskats, vilket motsvarar ca 25 procent av alla journaler. Maxpoäng

i granskningarna är 2.0. HSL-ansvarig har tillsammans med leg personal genomfört analys av resultat efter genomförd dokumentationsgranskning.

### **Analys**

- Vi kan se en variation i kvalitén i dokumentationen. Dokumentationen har varit spretig även om sjuksköterskorna dokumenterar väl, men på felaktiga ställen, vilket ibland gör det svårt att hitta informationen i journalen även om den finns där. Detta rör främst hälsoplaner.

### **Åtgärder**

- grupputbildning i Vodok
- individuell utbildning i Vodok
- Leg personal har fått avsatt tid för att arbeta med det som saknas samt det som behöver förbättras i journalföringen.

### **Uppföljning av åtgärd**

- Kommer följas upp vid nästa dokumentationsgranskning och om ytterligare kunskap behövs kommer fler utbildningstillfällen att erbjudas.

## **Palliativregistret, Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer**

*- Samtliga väntade dödsfall registreras, analys av resultat sker 1 ggr/kvartal*

### **Analys**

- Antalet avlidna i hemmet var totalt 20 stycken för 2022. Antalet registrerade i palliativa registret var 12 stycken totalt för året.

### **Åtgärder**

- Tydligare instruktioner till sjuksköterske-vikarier samt ordinarie sjuksköterskor.
- En mer aktiv dialog, tätare kontakter samt tydliggörande av rutiner med PAL ang. brytpunktssamtal.
- Utbildning i palliativa registret för sjuksköterskor

### **Uppföljning av åtgärd**

- Kommer ske vid nästa uppföljning. Om resultatet inte förbättrats kommer ytterligare åtgärder i form av utbildning att genomföras.

## **BPSD-registret**

- Mål: Samtliga boende med demensdiagnos som uppvisar BPSD-symtom ska registreras i BPSD-registret. Åtgärder på individnivå följs upp via teammöten var sjätte månad eller vid behov och analys av övergripande resultat sker 1 ggr/kvartal vid Patientsäkerhetsrådet.

### **Övergripande statistik gällande antal registreringar i verksamheten under 2022:**

*15 registreringar har genomförts (av 60 boende med demenssjukdom).*

#### **Analys**

- Under 2022 har boende med tydliga BPSD-symtom prioriterats för registrering och framtagande av åtgärder samt uppföljning. Färre än önskvärt har dock blivit registrerade och anledningen bedöms framförallt vara svårigheter med samordning av mötestider där samtliga personalkategorier kunnat närvara, sjukfrånvaro bland personal, sommarvikarier i tjänst, 2 nya medarbetare i HSL-personalgruppen under året samt tidsbrist.

#### **Åtgärder**

- Fler BPST administratörer har utbildats

- Se över arbetssätt kring detta för att underlätta registreringar av fler boende under 2023, bl. a genom att se över upplägg för mötesstruktur samt ha en tätare uppföljning av frekvensen av registreringarna. Vi kommer arbeta vidare med detta under 2023.

#### **Uppföljning av åtgärd**

- Uppföljning har inte genomförts under 2022.

## **Observation följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (enligt SKR:s protokoll)**

- Observation samt självskattningar genomförs en gång per kvartal, samlas in, analyseras, åtgärdsplan

upprättas och resultat återkopplas på APT.

#### **Analys**

Målet är att samtliga medarbetare ska följa basala hygienrutiner inklusive klädregler, ha kunskap om smittvägar samt hantering av skyddsutrustning gällande covid-19 och andra smittsamma sjukdomar. Ett riktat verksamhetsövergripande fokus på basala

hygienrutiner, ett verksamhetsnära handledande gällande basal hygien och användande av skyddsutrustning gav ett fortsatt bra resultat under året.

### **Åtgärder**

- Samtliga medarbetare har under kvartal 1, alternativt under introduktionen vid nyanställning, genomfört webbutbildning i basala hygienrutiner.
- Rutiner och regler kring detta har tagits upp på APT och planmöten under flertalet tillfällen under året.
- Vid nyanställning lämnas introduktionsmaterial gällande basala hygienrutiner.
- Sjuksköterskorna har handlett omvårdnadspersonal praktiskt i verksamheten.

### **Uppföljning av åtgärd**

Uppföljning har skett på APT, HSL-möten, planmöten, avstämningsmöten med nyanställd personal samt via observationer.

### **PPM Trycksår – Senior alert**

- *Samtliga boende registreras, analys av resultat sker 1 ggr/kvartal.*

### **Analys**

De främsta bakomliggande orsakerna till att sår uppstått har bedömts vara:

- Huden har utsatts för ökat tryck
- Nedsatt födointag
- Nedsatt hudelasticitet
- Flera boende kommer tillbaka från sjukhus med trycksår.

### **Åtgärder**

Åtgärder på det individuella planet har exempelvis varit:

- Bedömning av hudkostymen dagligen
- Hudvård
- Bruk av tryckavlastande hjälpmedel
- Kroppspositionering
- Regelbundna lägesändringar
- Kosttillägg

### **Uppföljning av åtgärd**

Samtliga åtgärder har följts upp av leg personal i enlighet med aktuella vårdplaner.

### **Kontroll läkemedelshantering**

- Hantering av narkotikaklassade läkemedel, förvaring, (temperatur), destruktion av läkemedel, ev. svinn samt läkemedelsavvikelser kontrolleras en gång per månad av HSL-ansvarig.

### **Analys**

- Vid ett fåtal tillfällen under året har en mindre mängd narkotikaklassade läkemedel saknats vid kontrollräkning. Anledning är troligtvis att sjuksköterska har missat att signera i narkotikapärmen när läkemedlet tagits ut. Läkemedelsavvikelser har följts upp i Förbättringsrådet och på efterföljande APT månatligen.

- Narkotika klassade läkemedel kontrollräknas 1 ggr/mån av 2 personer varav alltid 1 sjuksköterska.

### **Åtgärder**

- Händelserna kring saknad narkotika har registrerats i avvikelssystemet och hanterats där.

### **Uppföljning av åtgärd**

- Åtgärder har följts upp på HSL-möten och arbetsplatsträffar under året.

### **Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering**

- Sker årligen via Apoteksgranskning av ApoEx. År 2022 ägde den rum i augusti månad.

### **Analys**

Verksamheten har åtgärdat de anmärkningar som fanns.

### **Åtgärder**

- Inte ställa läkemedel i kylskåpet som inte ska förvaras där
- Daglig städning av läkemedelsrum
- Daglig temperaturmätning av läkemedelsrum
- Gå igenom och kasta läkemedel regelbundet där bäst före datum passerats
- Tillfälliga ordinationer ska dokumenteras av läkare i Pascal

### **Uppföljning av åtgärd**

- Samtliga punkter är åtgärdade

## **Årliga läkemedelsgenomgångar**

- Statistik erhålls var sjätte månad via samverkansmöte med läkarorganisationen. Vid avvikelse förs dialog mellan HSL-ansvarig och patientansvarig läkare.

## **Analys**

- Byte av ansvarig läkare på ägde rum i september 2022. Efter detta har det varit dålig kontinuitet och olika läkare på plats. Detta har orsakat att inte alla årliga läkemedelsgenomgångar är genomförda.

## **Åtgärder**

- HSL-ansvarig har under året påtalat detta till sjuksköterskorna som spelar en viktig roll i arbetet med att boka genomgångarna.
- Samverkansmöte har skett med Familjeläkarna där problemet tagits upp, men är fortfarande inte lösta. Vi kommer arbeta vidare med detta under 2023 eftersom vi behöver kontinuitet i läkarkontakterna för att trygga patientsäkerheten.

## **Aktuella delegeringar**

- Ansvarig sjuksköterska kontrollerar att sina delegeringar är aktuella månadsvis. Vi har under 2022 arbetat med att öka antalet delegeringar för undersköterskorna, vi har kommit en bit, men arbetet kommer fortsätta under 2023.

## **Fallprevention**

Under 2022 hade Linnegården totalt 95 fall varav 5 ledde till fraktur och 7 till någon typ av sårskada. Av de 95 fall som förekommit var det 10 som behövde söka sjukhusvård.

- Fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar tillsammans med sjuksköterska för det fallpreventiva arbetet. Sjuksköterska ansvarar för hantering och utredning av fallavvikelser (från juni 2022). Fysioterapeut och arbetsterapeut kopplas in vid misstanke om skada, för vidare funktionsbedömning och beslut om åtgärd. Fall tas upp på HSL-möte, teamsmöte och rond och åtgärder tas fram och utvärderas i teamet runt den



boende (läkare, FT, AT SSK, USK). Fallavvikelser tas upp övergripande månadsvis i Förbättringsrådet.

### **Analys**

- Under 2022 har de flesta fall kunnat leda till åtgärder som minskat antalen fall för den enskilde. Ofta har man kunnat se en röd tråd där samma boende fallit upprepade gånger och man har då i teamet tagit fram och utvärderat lämpliga åtgärder. Man kan se en tendens till att samtliga fall inte rapporteras i avvikelssystemet (dock har samtliga fall rapporterats till ansvarig SSK och FT). Personalen har under året vid APT samt planmöten påmint om vikten av att alltid skriva fallavvikelser. Personalen har även fått praktiskt öva på att skriva avvikelser.

### **Åtgärder**

- Vikten av att skriva fallavvikelser samt information om hur dessa ska skrivas har tagits upp upprepade gånger på APT under året.

## **Dygnsfastemätning**

- Två gånger per år genomförs en dygnsfastemätning över två dygn på verksamhetens samtliga avdelningar.

### **Analys**

- Vid höstens dygnsfastemätning låg snittet på 9,47 timmars dygnsfasta för Linnégården.

### **Åtgärder**

- Vi arbetar vidare på samma sett för att klara målet även under 2023.

## **Hygienrond**

Ingen extern hygienrond har genomförts under 2022 på Linnégården.

## 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

Alla medarbetare (inklusive studenter och praktikanter) på Linnégården ska delta i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet, ha kunskap om hur de identifierar risker för vårdskador och är skyldiga att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Samtliga medarbetare ansvarar för att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. För att kunna arbeta förebyggande behöver både ledning och medarbetare känna till och vara medvetna om vilka situationer och arbetsmoment som kan vara riskfyllda och arbeta systematiskt med att förebygga dessa. Information om denna skyldighet samt introduktion i hur avvikelssystemet fungerar, har under 2022 givits vid nyanställning som en del av introduktionen samt lyfts på APT, HSL-möten och planmöten. Vårdskador eller risk för vårdskador har under året kunnat upptäckas i rimlig tid genom sjuksköterskornas och undersköterskornas kontinuerliga omvårdnadsarbete samt genom ett systematiskt arbetssätt med uppföljning av inkomna avvikelser i Förbättringsrådet. Genom standardiserat patientsäkerhetsarbete utifrån rutiner, checklistor och samverkans forum har verksamheten arbetat med att förebygga och tidigt upptäcka vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, m.m.

Under september 2022 har Linnégården haft en vårdskada, som utretts enligt Ersta diakonis rutiner och riktlinjer. Vår interna utredning kom fram till att ingen lex Sara eller lex Maria skulle anmälas till IVO.

Utredningen är därför avslutad hos Ersta diakoni.

IVO har efterfrågat uppgifter/information eftersom klagomål inkommit på Linnégården från anhöriga.

Händelsen utreds därför vidare av IVO.

## 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.



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Områden som under 2022 identifierats som fokus för förbättring har varit palliativ vård, BPST arbetet, läkemedelsgenomgångar för de boende, dokumentation och intern kommunikation mellan professionerna.

## 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.



### Är vården säker idag

Under året har verksamheten haft litet behov av att anlita inhyrd HSL-personal. Verksamheten har strävat efter att i stor utsträckning försökt tillhandahålla egen timanställd HSL-personal för att bibehålla kontinuiteten. Ett våningsplan har saknat omvårdnadsansvarig sjuksköterska sedan augusti. Ordinarie sjuksköterskor med god kännedom om de boende på våningsplanet har hjälpts åt vilket gjort att patientsäkerheten inte blivit åsidosatt. Ny omvårdnadsansvarig sjuksköterska är anställd och börjar 17 april -23.

Under hösten slutade ansvarig läkare för Linnégården. Efter detta har kontinuiteten blivit lidande då inte en fast läkare funnits på plats.

Detta har lett till att inskrivningar försenats, läkemedelsgenomgångar försenats samt viss bristande dialog mellan läkare och anhöriga. Dock har inga formella klagomål inkommit till Linnégården rörande läkarorganisationen. Detta är lyft med läkarorganisationen samt Mas.

### 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.

Risk för vårdskador hanteras enligt rutin för avvikelshantering. Risk för vårdskador inrapporteras i gällande avvikelssystem, därefter hanteras avvikelsen av ansvarig chef och/eller HSL-personal. Avvikelserna tas även upp i verksamhetens Förbättringsråd för vidare diskussion och för att identifiera eventuella bakomliggande systemfel.

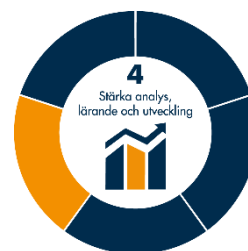
Avvikelserna hanteras därefter utifrån allvarlighetsgrad och leder till ett förbättringsarbete på sikt. Under 2022 genomfördes eller uppdaterades följande riskanalyser i verksamheten:

- Riskanalys förhindra smitta och smittspridning
- Riskanalys stora driftsstörningar
- Riskanalys för verksamheten -inför sommar 2022
- Riskanalys värmebölja
- Riskanalys för verksamheten -inför jul/nyår
- Riskanalys gällande arbetsmiljö i boendes lägenhet.
- Riskbedömning och handlingsplan –Linnégården Krisberedskap

Riskanalys görs på individ eller verksamhetsnivå. Riskanalyser görs i verksamheten när den boende flyttar in, vid hot- och våldssituationer, fall, undernäring, nutrition etc. Vid införande av nya tekniska produkter, inför längre semesterperioder, inför värmebölja eller dylikt. Vid medarbetares upplevelse att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld. Handlingsplaner upprättas och kommuniceras ut i verksamheten och vid behov till MAS samt områdeschef.

## **Stärka analys, lärande och utveckling**

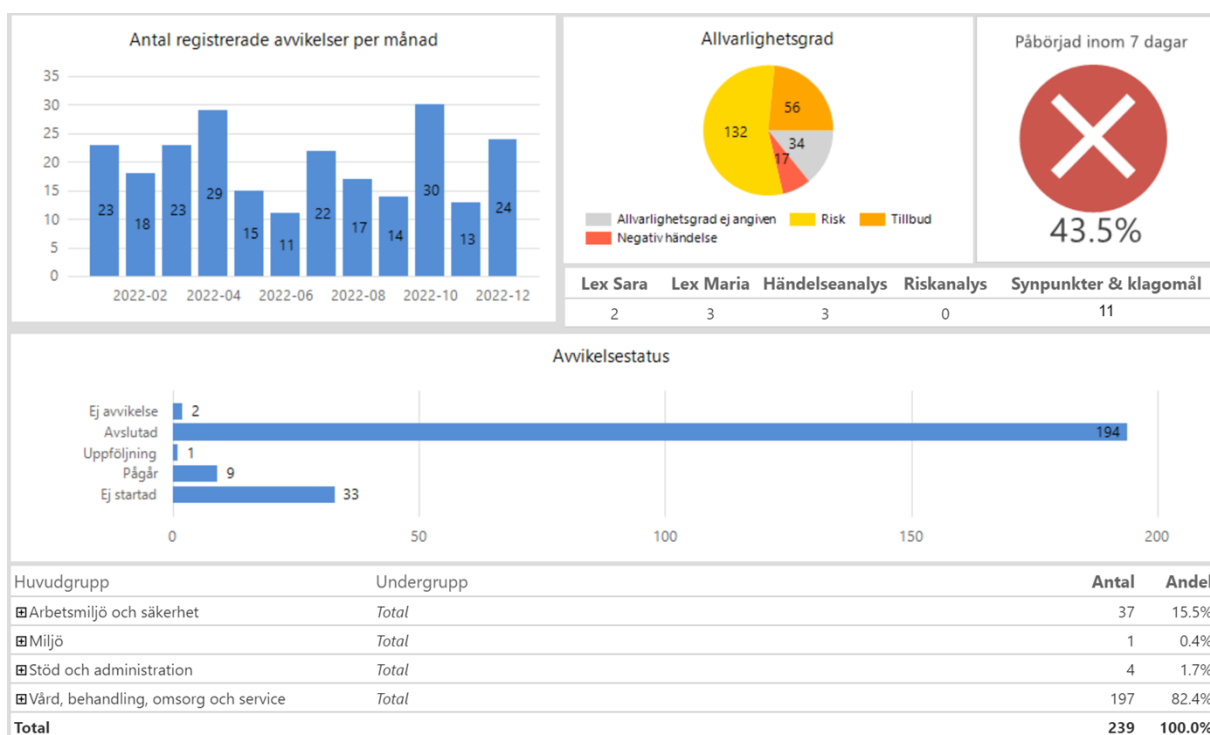
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för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



### **Avvikelser**

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

I verksamheten arbetar vi kontinuerligt med att informera och utbilda personalen om /i vikten av att rapportera avvikelser samt anmälningsskyldigheten. Inkomna avvikelser analyseras och hanteras skyndsamt individuellt av ansvarig för avvikelsen och följs övergripande upp systematiskt månadsvis i Förbättringsrådet, där samtliga personalkategorier finns representerade. Återkoppling från detta sker på APT, månatligen. Allvarliga avvikelser utreds vid behov enligt lex Maria och lex Sara tillsammans med Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska, Socialt Ansvarig Samordnare och Områdeschef. Personal informeras och utbildas under introduktion vid nyanställning och därefter kontinuerligt via arbetsplatsträffar under året gällande avvikelsehantering och anmälningsskyldighet. Det finns vissa utmaningar i avvikelsehantering och att medarbetarna inte registrerar avvikelserna under rätt kategori och fel när bedömning av allvarlighetsgraden sätts. Detta innebär att statistiken inte riktigt är tillförlitlig. Vi har inte haft någon Lex Sara eller Lex Maria under 2022 däremot en allvarlig avvikelse som utretts av ansvarig Mas och Sas men som i dagsläget bedömt att den ej ska skickas vidare IVO.



## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan inkomma till verksamheten via e-post, förslagsbrevlåda i verksamhetens entré, telefon, via anhörigräff, boenderåd samt via externa instanser såsom Äldreförvaltningen, IVO etc. Inkomna klagomål och synpunkter hanteras i lokal ledningsgrupp samt i Förbättringsråd av ansvarig enhetschef, ansvarig HSL-personal eller verksamhetschef. Det registreras få klagomål och synpunkter och det vanligaste

är att klagomål sker muntligt direkt till oss och hanteras omgående men missas att registreras i avvikelssystemet. Vikten av att även klagomål ska registreras lyfts på APT, förbättringsråd och planmöten. Det har inkommit två klagomål till IVO där det ena klagomålet ledde till en oanmäld inspektion från Äldreförvaltningen. Inspektionsrapporten visade inte på några allvarliga brister i verksamheten och inga åtgärder krävdes. Det andra klagomålet är kopplat till den allvarliga avvikelsen som nämns under avvikelseavsnittet och där anhöriga är missnöjda med vår hantering av utredningen. IVO har begärt in ett yttrande som skickades in den 22 februari 2023.

## 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.



## Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Kontinuerligt arbete med att stärka patientsäkerheten sker genom kompetensutveckling av alla professioner. Under 2022 har vi påbörjat en stor utbildningsinsats, som fortsätter in i första halvan av 2023, kopplat till vård- och omvårdnad vid demenssjukdom Stjärnmärktcertifiering.

Ökad kunskap för att säkerställa en god palliativ vård har påbörjats där både undersköterskor och sjuksköterskor har gått utbildning och det viktiga arbetet kommer fortsätta under 2023.

Årligen genomför all personal en rad webutbildningar som säkerställer kompetens gällande läkemedelshantering, omvårdnad vid demenssjukdom, basala hygienrutiner etc. Patientsäkerheten upprätthålls genom kontinuerlig kompetensutveckling samt regelbundna genomgångar på arbetsplatsträffar, planmöten och förbättringsråd. För att säkerställa patientsäkerhet vid omvårdnad har arbetsterapeut och fysioterapeut genomfört utbildningar i ergonomi och förflyttningsteknik för nyanställda och där behov funnits.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Det stora målet för 2023 är att verksamheten ska bli Stjärnmärkt och vi ska vara färdiga i början av juni. Ytterligare ett mål är att det tvärprofessionella arbetet ska stärkas genom olika insatser som exempelvis att få kontinuitet i teamsmöten, att alla olika yrkesroller deltar på APT och att enhetschefer och sjuksköterskor har ett gemensamt mål med respektive våningsplan.

Vidare behöver verksamheten arbeta med utökade delegeringar där undersköterskor ska kunna ge insulin, sondmat, ta blodtryck, saturation, andningsfrekvens, temp, puls eller göra såromläggningar. Målet är att höja kompetensen hos undersköterskorna och därigenom även höja patientsäkerheten på sikt.

En del i detta är att sjuksköterskorna flyttat till respektive våningsplan för att arbetsleda och utbilda undersköterskorna.

Vi fortsätter med våra månatliga egenkontroller både för HSL och SOL, egenkontrollerna hjälper oss att strukturerat följa upp och snabbt kunna identifiera eventuella förbättringsområden i vårt kvalitetsarbete.

Vårt mål är också att öka antalet skrivna avvikelser och hantera dessa utifrån gällande rutin.

Alla boende med demenssjukdom som har uttalade BPSD symptom ska registreras i BPSD registret.

Nyregistreringar och utvärderingar i BPSD registret ska genomföras kontinuerligt på HSL-möten och teamsmöten för att kunna genomföra justeringar där målet är att möjliggöra en personcentrerad vård och därmed öka den boendes välmående och livskvalitet

Utmaning under våren är att vi kommer ha inne en hel del vikarier då vi har många utbildningstimmar framför oss för att bli stjärnmärkta och andra utbildningsinsatser. Ledningsgruppen kommer göra en riskanalys och handlingsplan för att patientsäkerheten kommer vara fortsatt god även med vikarier.

Bristande kontinuitet gällande läkare är en utmaning, dialog med läkarorganisationen kommer att föras.

