



Patientsäkerhetsberättelse för Kampementet År 2022



Datum: 2023 02 04

Ansvarig för innehållet: Åsa Smedberg

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.



2022 används "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.*

Fortsätt med en kortfattad beskrivning av verksamheten, se exempel nedan

Ansvar och Omsorg (A&O) har som verksamhetsområde att bedriva särskilt boende med vård och omsorg riktat mot äldre. Kampementet vård – och omsorgsboende har 96 platser fördelat på 6 avdelningar med 16 platser på varje avdelning. 48 platser är för boende med demenssjukdom och 48 platser är för somatik.

A&O bedriver verksamheter runt om i Sverige med ansvar för 1446 upphandlade platser för särskilt boende, fördelat över 25 enheter.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Informationssäkerhet	5
Strålskydd.....	5
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens	6
Patienten som medskapare	6
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	8
Säker vård här och nu	8
Riskhantering	8
Stärka analys, lärande och utveckling.....	9
Avvikelse	9
Klagomål och synpunkter.....	9
Öka riskmedvetenhet och beredskap	9
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	9
Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	10
Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning	11

SAMMANFATTNING

Kvalitetsledningssystemet är grunden för kvalitetsutveckling och medför att verksamheten systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra kvaliteten. Kvalitetsledningssystemet Stratsys kombinerat med företagets eget verksamhetsstöd ligger till grund för att systematisera uppföljningar och tillgängliggöra rutiner och riktlinjer för så väl ledning som medarbetare.

Kvalitetsarbetet struktureras efter årshjul framtagna för respektive professionsområde, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omvårdnadspersonal samt ledningsfunktioner.

2022 präglades av ett fortsatt arbete med att minska smittspridningen av Covid-19, följsamhet till basala hygienrutiner, source control samt att erbjuda vaccinationer.

Under slutet av september 2022 så började ny verksamhetschef sin tjänst. Stort fokus under oktober, november och december har varit att skapa kontinuitet av legitimerad personal då det varit en utmaning i verksamheten under året.

Vi har också sett över struktur, ordning och reda samt rutiner för bland annat gemensamma pärmar, expeditioner, medicinrum, förråd, boendes medicinskåp och hygien.

Vidare har vi arbetat för gemensamma deadlines med att uppdatera riskbedömningar, hälosplaner samt att arbeta strukturerat i våra kvalitetsregister.

Vi har också sett över rutiner för avvikelshantering och skapat nya rutiner och pärmar.

För att göra det enkelt för boende, närstående och omvårdnadspersonal att lämna avvikelser samt synpunkter och klagomål så har vi satt upp brevlådor utanför våra sjuksköterska expeditioner och utanför enhetschefers kontor.

Samverkan med närstående och boende är viktigt. Verksamhetschef skriver månadsbrev med aktuell information till närstående. Vi har också bjudit in till

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Kampementets förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar även utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård.

Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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








A&O planerar och skapar strukturen för patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".



A&O ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetsätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser. Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. A&O vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete.

Patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt identifiera risker samt förebygga och mildra konsekvenser av uppkomna vårdskador. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser om brister och felaktigheter i verksamheten så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas.

Utifrån nationella och företagsövergripande mål har Kampementet brutit ner följande verksamhetsmål.

Tabell 1. Översikt mål

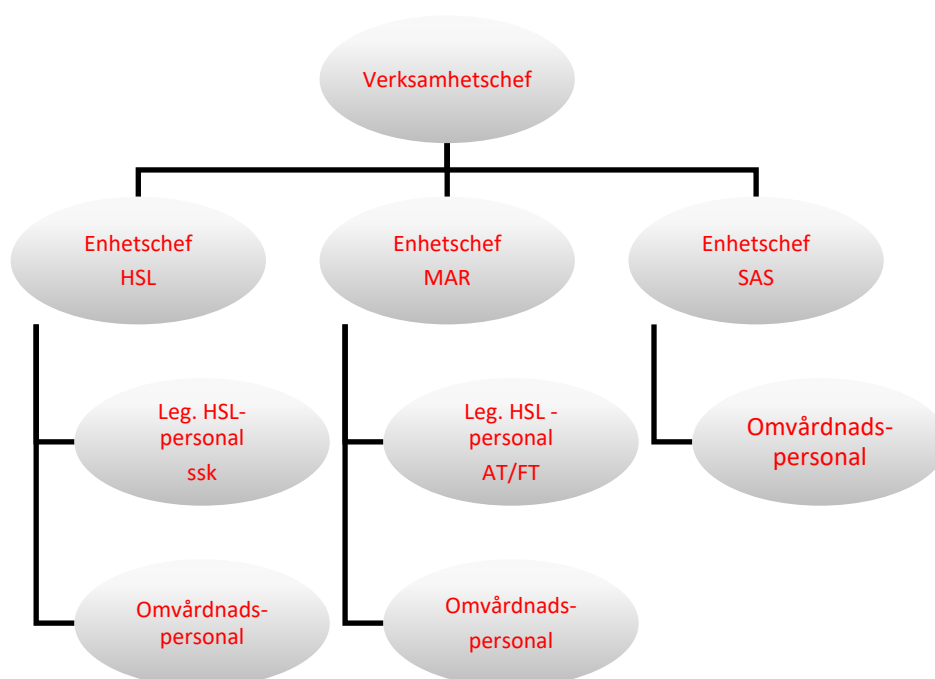
Nationell vision och mål	Övergripande mål för A&O	Kampementets mål
 God och säker vård överallt och alltid	 God patientsäkerhetskultur i vården	 God och säker vård
 Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada	 Boende ska vara delaktig i sin vård, behandling och omsorg	 Ett säkert avvikelssystem
		 Boende ska vara delaktig i sin vård, behandling och omsorg

	 Rätt kompetens vid rätt tillfälle	 Kontinuitet bidrar till säker vård
--	---	--

Organisation och ansvar

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

Organisationsbild för Kampementets systematiska patientsäkerhetsarbetet



Verksamhetschef (VC) har enligt (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. VC har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav om god och säker vård. VC ansvarar även för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Nuvarande verksamhetschef Åsa Smedberg påbörjade sin anställning på Kampementet den 22 september 2022.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare samt arbeta riskförebyggande utifrån respektive kompetensområden. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i enlighet med rådande lagstiftning och att fortlöpande bidra till utvärdering av måluppfyllelse inom verksamheten.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. Socialstyrelsens nationella

värdegrund för äldreomsorgen tillsammans med företagets värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningsätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter kopplade till hälso- och sjukvårdsinsatser, fullbordas enligt instruktion och fastställda krav samt rutiner.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser lever upp till kraven om god och säker vård. Ansvarsområdet regleras utifrån gällande avtal och utförs genom samverkan med Östermalms stadsdel Stockholm Stad MAS, MAR och Kvalitetsutvecklare (KU) anställda inom A&O har ett övergripande utredningsansvar inom företaget.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att undvika vårdskador arbetar Kampementet aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet. Målsättningen är även att riskbedömning ska göras utifrån våldsprevention på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg. Avvikelse rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarigare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitetsutvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Samverkan sker på många olika nivåer inom Kampementet vård - och omsorgsboende, regionchefer, MAS, kvalitetsutvecklare, stadsdelsförvaltningen samt tvärprofessionellt med ett flertal olika vårdinstanser.

Läkarorganisation

Sedan 1 november 2022 så ansvarar Familjeläkarna för läkarinsatser på Kampementet vård- och omsorgsboende. Januari - sista oktober så ansvarade Catio för läkarinsatser.

Vårdhygien

Samverkan sker även med Vårdhygien. Genom befintligt avtal har enheten tillgång till rådgivning, undervisning och hjälp för att kvalitetssäkra den egna verksamheten. Hygienronder genomförs med ledning av Vårdhygiens sjuksköterskor och syftar till att identifiera förbättringsområden avseende god hygienisk standard. Under 2022 så har verksamheten utfört egenkontroller hygien, däremot så utfördes ingen extern granskning från vårdhygien under 2022.

Nästa granskning från vårdhygien är planerad till mars 2023

Apoteket

Apoteket genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på Kampementet vård - och omsorgsboende. Kvalitetsgranskning skedde december 2021 samt februari 2022.

Mobil tandvård

Patienter på Kampementet vård - och omsorgsboende blir erbjudna att erhålla tandvårdsbehandling av ett mobilt tandvårdsteam. Vi använder oss i huvudsak av Flexident som mobil tandvård.

Kvalitetsråd

Kvalitetsråd är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet och genomförs månatligen på Kampementets- och omsorgsboende. Medverkande på kvalitetsråd är verksamhetschef för hälso - och sjukvård, enhetschefer och legitimerad personal. Samtliga avvikelser, klagomål och synpunkter som inkommit föregående månad går igenom och analyseras, eventuella mönster och samband identifieras och resultat av vidtagna åtgärder följs upp. Vidare tas beslut om nya åtgärder utifrån den analys som kvalitetsrådet gör. Utöver avvikelser diskuteras rutiner och övriga utvecklingsområden. I samband med arbetsplatsträff, APT, informeras övriga medarbetare om kvalitet och avvikelser.

Teammöten

På Kampementet vård - och omsorgsboende genomförs enligt fastställd rutin teammöten varje vecka. Syftet med teammöten är att planera, följa upp och samordna insatser för vård, omsorg och rehabilitering. På teammöten så medverkar baspersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. Teamet går igenom samtliga patienter på avdelningen gällande förändringar i patienternas allmäntillstånd, eventuella behov av förändringar samt daglig status hos patienterna.

Övrig samverkan

Samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, och dietist sker kontinuerligt vid inplanerade samverkansmöten samt vid behov

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

Inom Kampementet förekommer följande systemstöd, Vodok och Parasol för journalhantering. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Svensk E-identitet för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna.

Övergripande rutiner finns för egenkontroller, loggning angående datainträng i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister.

En god säkerhetskultur

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



I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur som bidrar till ett lärande arbetar Kampementet vård – och omsorgsboende med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder. Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Kampementet arbetar för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetsätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar. För att erhålla tillsvidareanställning krävs formell kompetens. Inom verksamheten erbjuds möjlighet till fortbildning, under 2022 så har vissa medarbetare i verksamheten bland annat läst till språkbud, gått palliativa kurser, genomfört värdegrundsmöten samt genomfört webbutbildningar, bland annat basala hygienrutiner.

Patienten som medskapare

Boendes/patientens och närståendes delaktighet är viktig för att skapa förutsättningar till en god och säker vård. Patienten och närstående erbjuds därför möjlighet att medverka i samband med upprättande av vårdplaner, genomförandeplan samt att utforma hur åtgärder utförs på bästa sätt för den enskilda individen.



Grunden till detta arbete inleds direkt i samband med inflyttning, då boende och närstående bjuds in till ett välkomstmöte som initieras av sjuksköterska och utsedd kontaktperson.

Utöver detta inbjuds till boenderåd samt anhörigträffar vilka anordnas inom verksamheten. De boende och närstående erbjuds även möjlighet till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar i enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

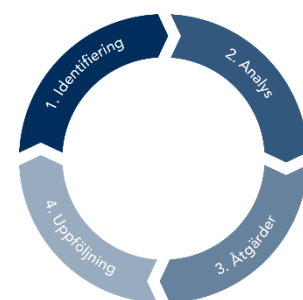
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Kampementet tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul. Inrapportering sker via ledningssystemet Stratsys.

Verksamhetsuppföljning och kvalitetskontroller genomförs även genom fysiska besök samt genom analyser av inrapporterade data.

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och återrapportera efterfrågad hälso- och sjukvårdsuppföljning till Östermalms stadsdel.



Egenkontroll

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

Tabell 2. Översikt för övergripande egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystem
Klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Verksamhetsstöd
Rapportering i kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert BPSD Palliativa registret
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	1 gång per månad	Narkotika journaler och följesedlar
Läkemedelsgenomgång	Löpande	Journalgranskning
Vårdrelaterade infektioner	månadsvis	PPM-databasen/ Protokoll
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år 2 gånger år	Protokoll PPM
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Inkontinens ombudsmöte	3 gånger per år	Protokoll
Dokumentations ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Palliativa ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Kost ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	SeniorAlert/PPM

Nattfastemätning	2 gånger per år	Protokoll
Kvalitetsråd	1 gång per månad	Protokoll
Kontroll medicintekniska produkter	1 gång per år	Protokoll
Journalgranskning	2 gånger per år	Protokoll

Fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, redovisas utifrån en förbättringsmodell, vilket är viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Resultat

Rapportering i kvalitetsregister

Under hösten 2022 har vi tagit ett omtag kring dokumentation i kvalitetsregister. Samtliga boende som samtycker finns nu i Senior alert.

Under 2022 så registrerades 7 st patienter i palliativa registret.

Analys

Resultaten visar på att det funnits bristande kontinuitet och arbetsätt som främjar att uppgifter registreras. Systemstöd för att göra efterfrågade riskbedömningar finns i SeniorAlert.

Bidragande orsaker till det negativa resultatet kan vara bristande kontinuitet i sjuksköterskegrupp, flera olika verksamhetschefer under perioden januari – 22 september, varför uppföljning eventuell uteblev samt arbetsbelastning.

Hög personalomsättning medför att kompetens och behörigheter behöver uppdateras ofta.

Åtgärder som är genomförda är:

- Översyn av behörigheter på samtliga enheter.
- Tät uppföljning av verksamhetschef

Kontroll av narkotikaklassade läkemedel

Kontroll av narkotikaklassade läkemedel ska ske 1 gång / månad. Under våren och sommaren var det uteblivna egenkontroller på Kampementet vilket resulterade i narkotiksvinn som framkom under september månad. Narkotikasvinn är polisanmält och händelsen är utredd. Under hösten har vi haft tätare kontroller och stärkta rutiner är framtagna. Inget ytterligare narkotikasvinn under oktober – december.

Ombudsmöten

Under 2022 så genomfördes kostombudsmöten, kvalitetsombudsmöten, värdegrundombudsmöten, larmombudsmöten samt aktivitetsombudsmöten.

Under oktober – december genomfördes även brandskyssombudsmöten, lokal samverkan samt värdegrundsmöten.

Under november och december 2022 har vi haft en genomlysning av alla ombud och ombudsgrupper. From 2023 så har vi nu startat upp palliativa ombudsmöten, hygienombudsmöten, inkontinensombudsmöten, dokumentationsombudsmöten, språkombudsmöten.

Riskbedömningar

Riskbedömningar i trycksår, fallrisk, malnutrition, munhälsa samt blåsdysfunktion skall göras 2 gånger / år samt vid behov.

Under oktober månad så visade egenkontroll att flertal boende inte hade aktuella riskbedömningar i HSL journal. Under hösten har därför sjuksköterskor haft avsatt tid för att göra riskbedömningar samt hälsoplaner för samtliga patienter på Kampementet.

Egenkontroll

Basala hygienrutiner

Egenkontroller är gjorda under 2022 och visar på god följsamhet till basala hygienrutiner på Kampementets vård - och omsorgsboende. Samtidig personal genomförde webbutbildningen om basala hygienrutiner. På Kampementets vård - omsorgsboende har även självskattningar och observationer av baspersonalens följsamhet till basala hygienrutiner genomförts på regelbunden basis. De självskattningar som genomförts under 2022 visar att personal upplever sig ha god följsamhet till basala hygienrutiner. En del av effekten med egenkontroller är en ökad medvetenhet samt ökad kunskap hos baspersonal.

Egenkontroll nattfasta

Nattfastemätning skall göras 2 gånger / år. Nattfastemätning är genomförd. Resultat visar att vissa boende har en längre nattfasta än 11 timmar. Åtgärder är vidtagna och vi arbetar aktivt med att erbjuda boende mellanmål nattetid, samt tidiga morgnar.

I samband med APT och andra möten med nattpersonalen talar vi ofta om nattfastan samt vikten av att bryta den.

Egenkontroll dokumentation

Journalgranskning gjord september 2022 visade att ett flertal boende saknade aktuell riskbedömning och hälsoplan i HSL journal. Sjuksköterskor har under oktober månad haft avsatt tid för journalföring. Journalgranskning i slutet av året visar att samtal och fokus på journal haft god effekt. Vi arbetar aktivt med dokumentation och verksamhetschef har bjudit

in sjuksköterskor till en planerad samverkan och ett tillfälle för lärande i dokumentationssystem under februari 2023.

Egenkontroll SOL dokumentation i oktober visar att det fanns en brist i aktuella genomförandeplaner. Under oktober – december så har vi tillsatt en arbetsgrupp som systematiskt ser över genomförandeplaner samt är stöd till kolleger i dokumentation. Egenkontroller visar att åtgärd har haft god effekt.

Verksamhetschef kontrollerar och följer månatligen tillsammans med dokumentationshandledare upp i journal Parasol vilka genomförandeplaner som behöver uppdateras.

Egenkontroll måltidsmiljö

Resultaten utifrån brukarenkäten samt de observationer som genomförts under 2022 visar att upplevelsen av måltiden skiljer sig mellan demensavdelningar och somatiska avdelningar. Många patienter uppskattar maten som serveras. Men vi har också fått klagomål på hur maten tillagas och att maten inte alltid smakar bra.

Under oktober - december 2022 har vi arbetat fokuserat på att ta fram åtgärder för att förbättra måltidsupplevelsen. Vi har tagit fram en handlingsplan som bland annat innefattar att boende själva har möjlighet att bestämma maträtter från Dafgårds meny.

Personal på avdelningarna sitter med vid bordet för att hjälpa till där det behövs, samt för att skapa en trevlig samvaro och leda samtalet vid bordet. Under måltiden är det viktigt att skapa lugn och ro, detta görs bland annat genom att stänga av tv apparater, sitta ned tillsammans under måltider, att personal talar med låg röst och inte talar med varandra mellan borden samt att personal tar hand om disken först efter måltider.

Kompetensutveckling

Samtliga medarbetare har genomfört webbutbildning basala hygienrutiner samt nutritionsutbildning med dietist. Vissa medarbetare har också varit på PKC dagen, gått brandskyddsutbildning, utbildning i inkontinens, smärta hos äldre samt äldre och psykisk ohälsa.

Brukarundersökning

På Kampementets vård - och omsorgsboende genomfördes brukarundersökningen under första veckan i oktober.

Resultat visar att boende är väldigt nöjda med bemötande från personalen samt att boende känner stort förtroende för personal.

Några av våra förbättrings- och fokusområden är bland annat att det ska vara enkelt att få kontakt med sjuksköterska och läkare, trygghet, möjligheten att vara utomhus samt aktiviteter på avdelningen. Vi har utifrån brukarundersökningen skapat en handlingsplan som vi arbetar aktivt med.

Minskad smittspridning av Covid-19 inom verksamheterna

Under 2022 har verksamheterna fortsatt påverkats av den pågående pandemin av Covid-19. Under året har vi haft smittspridning av Covid – 19 på avdelningar. Samtliga boende som haft covid – 19 under 2022 har haft lindriga förkylningssymtom.

Mål

Målet har varit att uppnå minskad smittspridning inom verksamheten.

Resultat

Samtliga boende inom verksamheterna har erbjudits vaccinationer för Covid-19, vilket bedöms ha medfört att boende som infekterats trots att de varit vaccinerade inte utvecklat allvarliga symtom.

Pandemin har under året främst begränsat möjligheten till att erbjuda meningsfulla aktiviteter för boende samt påverkat konkreta arbetssätt för personal.

Det har även förekommit perioder med ökad arbetsbelastning orsakad av en hög sjukfrånvaro bland medarbetarna. Under året har verksamheterna genomfört extra kontroller av följsamhet till basala hygienrutiner. Resultaten av dessa rapporterades genomgående som att det upprätthållits en god följsamhet.

Analys av resultatet

Förekomsten av allvarlig sjukdom till följd av covid-19 har uppnåtts på en samhällsövergripande nivå, relaterat till bland annat en vaccinationseffekt. Verksamheterna behöver därför fortsatt arbeta med kontinuerlig samverkan mot regionerna för att kunna erbjuda vaccination i enlighet med rekommendationer. Under året har följsamheten till Source Control varierat. Omsättning av personal kan vara en bidragande orsak, men även att det medfört en inverkan på de anställdas arbetsmiljö.

Det har varit och är så väl fysiskt som psykiskt ansträngande att bära skyddsutrustning under hela arbetspassen, vilket anses ha bidragit till att öka risker till förekommande avsteg.

Åtgärder

Kommunikation och information om vikten till följsamhet

Tillgängliggöra webbaserade utbildningar för att bibehålla kunskap samt introduktion till nyanställda

Närvarande ledarskap

Tätat egenkontroller

Uppföljning

Uppföljning har skett på flera olika nivåer. Samtliga verksamheter har inför 2022 uppdaterat riskanalyser för smittspridning inom verksamheten där användande av skyddsutrustning behöver synliggöras.

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.



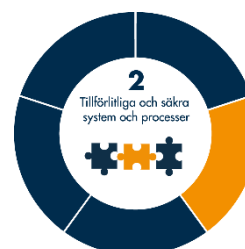
I 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets KU, MAS eller MAR.

Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso-och sjukvård.

Allvarlighetsgrad, definition	Omvårdnad	Läkemedel	Fall	Klagomål och synpunkter
1 Mindre obehag eller obetydlig skada	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
2 Måttlig Övergående funktionsnedsättning	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
3 Betydande Bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
4 Katastrof Dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning	KU, MAS /MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR

Tillförlitliga och säkra system och processer

För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till ett gemensamt verksamhetsstöd. I verksamhetsstödet presenteras nationella och företagsgemensamma riktlinjer för att sedan kunna anpassas till lokala rutiner på Kampementet.



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.



Patientsäker vård

Strategier för att nå en patientsäker vård:

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

Kvalitetsäkrad vård

Vården och omvårdnaden på Kampementet vård - och omsorgsboende är av god kvalitet. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt verksamhetschef för hälso - och sjukvård undersöker och analyserar kontinuerligt och systematiskt orsaker till risker. Genom detta arbete kan risken för vårdskada minimeras. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens arbete består av utredning, behovsbedömning, direkta insatser i form av behandling, träning, aktiviteter, handledning, råd, stöd och dokumentation samt utprovning av individuella hjälpmedel.

Kampementet vård - och omsorgsboende har under oktober 2022 startat upp arbetet med att systematiskt arbeta i kvalitetsregister såsom Senior alert och palliativa registret.

Riskbedömningar

Riskanalys en del av det systematiska förbättringsarbetet och en av metoderna för att skapa och bibehålla patientsäker vård. Ett led i att förebygga vårdskador på Kampementet vård- och omsorgsboende är att systematiskt genomföra strukturerade och regelbundna riskbedömningar och utredningar av blås- och tarmdysfunktion, risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring, risk för ohälsa i munnen på samtliga patienter årligen, vid inflyttning och vid behov såsom efter sjukhusvistelse eller vid förändrat allmäntillstånd.

Riskbedömningarna görs av sjuksköterskor och rehabpersonal. Utifrån riskbedömningarnas resultat skapas hälsoplaner innehållande planerade hälso- och sjukvårdsåtgärder. Utöver riskbedömningar görs dagligen bedömningar av ADL status, förflyttningar och måltidssituation.

Läkemedelshantering

På Kampementet vård - och omsorgsboende skall ansvarig läkare årligen genomföra läkemedelsgenomgångar där patienternas hela läkemedelsanvändning analyseras och följs upp. Inför läkemedelsgenomgången används bedömningsinstrument i form av en

strukturerad symtomskattningsskala för att identifiera symtom som kan vara relaterade till äldres läkemedelsbehandling. Omvårdnadspersonal som ska hantera läkemedel utifrån delegering från sjuksköterska genomför årligen kunskapstester inför delegeringen. Varje år erbjuds alla som bor på Kampementet vård- och omsorgsboende vaccination mot influensa.

Basala hygienrutiner

På Kampementet vård - och omsorgsboende följs de basala hygienrutinerna. Samtlig personal genomför en gång om året en webbutbildning om basala hygienrutiner. Nyanställd personal gör utbildningen som en del i introduktionen. I syfte att minska antalet vårdrelaterade infektioner så registreras samtliga infektioner som föranleder insättande av antibiotika.

Kompetensförsörjning




Under 2022 har det identifierats risker, gällande kompetensförsörjning. Både i till följd av Covid-19 och en rörlig arbetsmarknad. Utmaningar och risker kopplat till kompetensförsörjning har identifierats på olika nivåer. Kompetensförsörjningen har varit ansträngd för i synnerhet sjuksköterskor, under perioden juni – 22 september så saknades också ordinarie VC. Under den perioden så tjänstgjorde enhetschef Malin Lundell som tillförordnad verksamhetschef.

Bemanningen av sjuksköterskor har på flera avdelningar under året tjänstgjorts av bemanningspersonal.

Riskhantering

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

Via företagets ledningssystem tillhandahålls verktyg för riskbedömning. Kända och återkommande riskbedömningar som uppdateras årligen är bland annat,

-  Smitta och smittspridning
-  Följsamhet till basala hygienregler
-  Kompetensförsörjning vid manfall, pågående smitta

Utöver dessa sker inrapportering av avvikelser utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp eller individnivå i tillgängligt systemstöd Vodok.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).



Informationen om detta ges i samband med att en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförslag utbildning påbörjas och därefter återkommande.

Informationsskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

I Verksamhetsstödet framgår informationsskyldigheten i rutiner för hantering av klagomål, inträffad vårdskada eller risk för vårdskada. Alla nyanställda får information om detta i samband med anställning och frågan lyfts kontinuerligt i samband med arbetsplatsträffar inom verksamheten.

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning, stratsys. Tabellen nedan redovisar registrerade händelser under gångna året.

Avvikelser upprättat inom verksamheten	Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
101 stycken fördelat på: 81 st fall 10 st läkemedel 10 st övriga avvikelser hälso – och sjukvård	0 st	0 st	0 st

Medarbetare har skyldighet att rapportera och vid behov direkt åtgärda en händelse om detta är möjligt. Om avvikelsen bedöms vara allvarlig rapporteras den direkt till

verksamhetschef för hälso - och sjukvård som i sin tur rapporterar till avdelningschef och MAS samt patient/ närstående. Omvårdnadspersonal rapporterar direkt till sjuksköterska.

När avvikelse sker skriver medarbetare också avvikelsen på avsedd blankett som lämnas till sjuksköterska för registrering i avvikelsemodulen i dokumentationssystemet samt i patientens journal.

Avvikelser, synpunkter och klagomål hanteras inom ramen för kvalitetsråd som är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet. Kvalitetsråd genomförs en gång i månaden och på dess går hela teamet igenom samtliga avvikelser som skett under föregående månad. Avvikelser analyseras och statistik förs. Kvalitetsrådet följer upp att vidtagna åtgärder gett resultat. Utöver avvikelser så diskuteras rutiner, synpunkter och klagomål samt övriga utvecklingsområden.

På arbetsplatsträff, APT, en gång per månad informerar enhetschef om de avvikelser som skett på hela enheten under föregående månad, detta sker under stående punkt " kvalitet och avvikelser" och har som syfte att enheten och verksamheten skall lära av de avvikelser som skett.

Under 2022 har Kampementets vård - och omsorgsboende inte haft några lex Maria eller lex Sarah ärenden.

Klagomål och synpunkter

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

Boende/patienter och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten via formuläret *Hjälp oss bli bättre*. Verksamheten tar även emot synpunkter och klagomål som lämnats av vårdtagare eller närstående till stadsdelsförvaltningen.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Tabellen nedan redovisar registrerade mottagna klagomål och synpunkter under gångna året. Klagomål ses som konstruktiv feedback till verksamheten där det ges tillfälle till förbättring. Inkomna klagomål tas emot och analyseras av enhetschefer. Skyndsamt sätts åtgärder in och återkoppling sker till berörda parter som framfört klagomålet.

Under perioden januari – september så inkom det 16 st klagomål. Klagomål har i de flesta fall inkommit till stadsdelen och handlar bland annat om klagomål på bristande ledarskap, bemanning, låga löner till USK, bristande kontinuitet som påverkar patientsäkerheten, bristande kommunikation och information från chefer. Samtliga klagomål har besvarats och individuella åtgärder är vidtagna.

Under perioden oktober – december så har inga nya klagomål inkommit.

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analysera i första hand av verksamhetschef och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och

dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Kampementet under 2022 har fokuserats på struktur, rutiner, kontinuitet och följsamhet.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2023

- ✚ Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister
- ✚ Utveckla processen för interna löpande kvalitetsuppföljningar
- ✚ Översyn kompetensförsörjning

Arbetet planeras att genomföras genom fortsatt tät dialog, uppföljning och arbete med HSL grupp. Uppföljningar i samband med sjuksköterskemöte, HSL möte, rehabmöte, kvalitetsråd samt APT.