

Patientsäkerhetsberättelse

Hemmet för gamla demens

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	3
3 Grundläggande förutsättningar för en god vård	3
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier	4
3.1.2 Organisation och ansvar	4
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	5
3.1.4 Informationssäkerhet	6
3.1.5 Strålskydd.....	6
3.2 En god säkerhetskultur	7
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	7
3.4 Patienten som medskapare.....	8
4 Agera för säker vård	9
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	12
4.3 Säker vård här och nu	13
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	13
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	14
5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år	15

1 Inledning

Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt PSL 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.

2 Sammanfattning

Efter drygt tre år i pandemi har verksamheten under 2023 allt mer återgått till ett nytt normalläge. Då vaccinationsgraden varit hög har antalet patienter som insjuknat i covid-19 varit låg och de som insjuknat har haft lindriga besvär. Det nya normalläget kännetecknas av att verksamheten har beredskap att snabbt växla utifrån olika förhållanden.

Verksamheten har under 2023 arbetat med fallprevention då det uppmärksammats att det förekommit ett högt antal fall i förhållande andra vård- och omsorgsboende. Under planeringsdagar gjordes utbildningen "Ett fall för teamet" - en webbutbildning för verksamheter inom vård och omsorg som fokuserar på ett teambaserat arbetssätt och systematiskt kvalitetsarbete. Resultatet har varit gott och antalet fall har minskat med ca 40%.

Uppföljning av hälso- och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA visade att verksamheten i stort sett bibehållit resultat från föregående år på 96 procent. Ett förbättringsområde är att systematisera arbetet med patienter som riskerar eller lider av psykisk ohälsa samt att utveckla det tvärprofessionella teamarbetet.

3 Grundläggande förutsättningar för en god 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 god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

3.1 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.

3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Övergripande mål för Hemmet för gamla att ge säker vård och omsorg av hög kvalitet, som uppfyller de krav och mål som gäller enligt hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och socialtjänstlagen. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Genom systematiskt kvalitetsarbete med ständiga förbättringar inom verksamhetens alla områden ökar möjlighet till kvalitet och patientsäkerhet.

3.1.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Vårdgivare för Hemmet för gamla -soma och Hemmet för gamla -demens är Skarpnäcks stadsdelsnämnd. Nämnden har utsett verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten vid enheten tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. I enlighet med Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2005:12, 3 kap 2 § svarar verksamhetschefen för att ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska finnas. Det innebär bland annat att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att skyndsamt rapportera allvarliga negativa händelser och tillbud till Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

Inom verksamheten finns en samordnare för hälso- och sjukvård som ska bistå

verksamhetschefen i dennes uppgift med bland annat uppdrag att ansvara för att egenkontroller utförs, sammanställs och analyseras.

I verksamheten finns sjuksköterskor som har omvårdnadsansvar för mellan 10-11 patienter. Det finns även en arbetsterapeut och en sjukgymnast. Respektive profession har ett ansvar utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut och samt yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade.

Sjuksköterska finns i tjänst dagtid måndag till söndag, övrig tid tillgodoses behovet av sjuksköterskepatrull.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att följa lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Verksamheten har även stödfunktioner att tillgå vilka nämns nedan.

Verksamhetschefen ska samverka med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i frågor som rör verksamhetens kvalitet och säkerhet. Dietist finns för frågor och stöd kring nutrition i syfte att tillgodose att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

För läkarinsatser svarar Capio, Legevisitten med vilka ett nära samarbete förs.

Med Region Stockholm samverkar verksamheten i frågor rörande smittskydd och vårdhygien.

3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Lokal ledningsgrupp med enhetschef för Hemmet för gamla demens och Hemmet för gamla somatik samverkar vid resultat av exempelvis egenkontroller, avvikelser, externa granskningar och i kompetensutvecklingsfrågor.

Genom tvärprofessionellt teamarbete samverkar olika yrkeskategorier med att upprätthålla en personcenterad vård. Genom systematiskt arbetssätt identifiera, åtgärda och följa upp omvårdnadsproblem samt utforma stöd utifrån patientens behov och resurser.

Vid frågor rörande beställning eller insatser samverkar verksamheten med beställare från aktuell stadsdel eller aktuell kommun.

Vid byte av vårdnivå överlämning sker utbyte och överföring av information. Det kan till exempel handla om en patient som ska skrivas ut från slutenvården måste överföras från en vårdgivare till en annan. Samverkan sker via MAS-nätverket.

Verksamheten har en lokal samverkansöverenskommelse med läkarorganisation och sjuksköterskepatrull. Samverkan sker också med vårdhygien, utförare

av tandvård, Apoteket AB och vid behov vårdcentral kopplad till dagverksamheten.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Enligt författningen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla

- de uppföljningar av informationssäkerheten som är av större betydelse
- riskanalyser som har gjorts
- de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten
- den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem
- den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Loggkontroller i VODOK och NPÖ genomförs av verksamhetschefen som även ansvarar för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer logghanteringen. Rutinen är känd och följs i verksamheten. Stickprov av HSL-personal och boende kontrollerats. Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler utfördes av all legitimerad personal under två tillfällen under året. Som underlag används MAS blankett för HSL dokumentation. Handlingsplan och åtgärder upprättas, samtal om resultatet genomförs på HSL-möte.

SITSHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på internet såsom Pascal, nationell patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregistret Senior alert, Svenska Palliativregistret och BPSD samt utfärdande av tandvårdskort. All legitimerad personal använder SITHS-kort för inloggning i befintliga journalsystem och olika kvalitetsregister.

Inom verksamheten hanteras personuppgifter vid journalföring i hälso- och sjukvårdsjournal, socialjournal samt i personaladministrativa system. Personuppgifter som hanteras skyddas av dataskyddsförordningen även kallad GDPR. Ett kontinuerligt och samlat arbete pågår i förvaltningen med säkerhetsfrågor, sett till dagens säkerhetsläge för att alltid ha robusta system. Verksamheten har rutiner för hur informationsöverföring sker intern och externt för skydda personuppgifter.

3.1.5 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Skarpnäcks stadsdelsnämnds verksamheter använder i nuläget ingen utrustning som medför exponering för joniserande strålning. Verksamheten behöver därmed inte redovisa ett strålskyddsbokslut.

3.2 En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningsätt, attityder till varandra och gemensam uppmärksamhet på risker i hälso- och sjukvården. Individuella värderingar och antaganden är den grund som formar gruppens förståelse av omgivningen.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö påverkar varandra. Inom verksamheterna finns olika samverkans- och mötesformer där medarbetare aktivt deltar för att identifiera och minimera eventuella brister och risker beträffande säkerhet. Exempel på samverkans- och mötesformer är kvalitetsråd, teammöten, hälso- och sjukvårdsmöten, reflektionsmöten och arbetsplatsträffar.

Verksamheten tar regelbundet upp implementering och revidering av verksamhetens rutiner och arbetssätt för att öka förståelse för arbetet med kvalitetsförbättringar och därmed en god säkerhetskultur. Kvalitetsråd hålls 10 ggr per år eller fler vid behov. Syftet med kvalitetsråd är att systematiskt och tvärprofessionellt fortlöpande arbeta med förbättringsarbete och avvikelser för att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten.

Genom medarbetarsamtal får ledningen möjlighet att på en individnivå kartlägga förutsättningar och säkerställa adekvat förhållningsätt gällande säkerhetskultur.

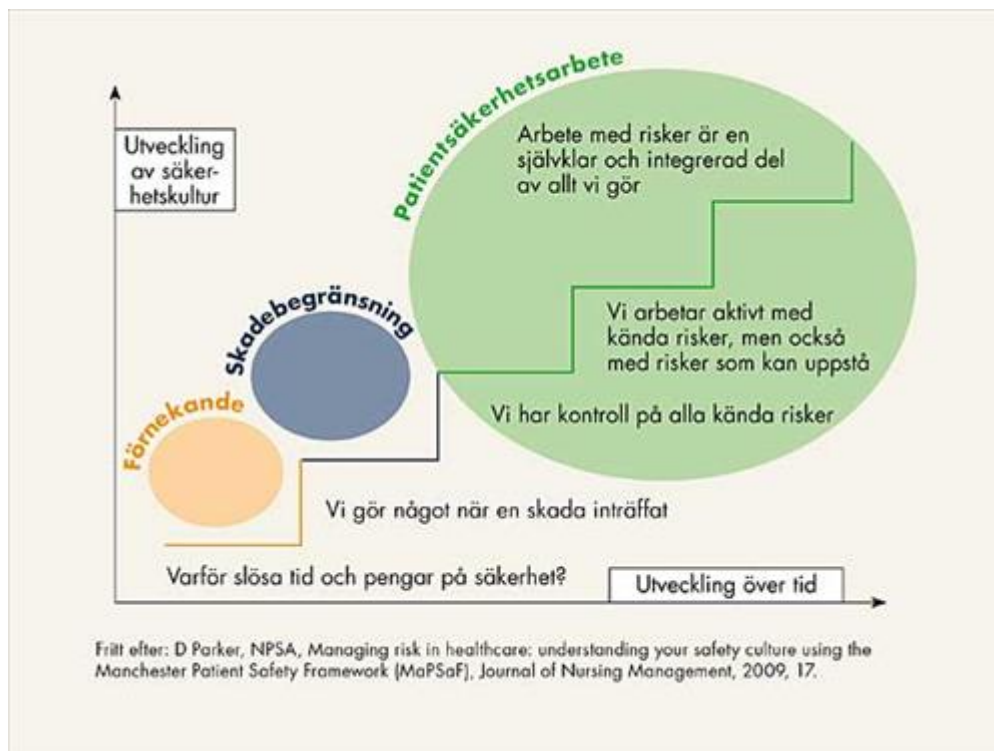
Utveckling gällande integrering av säkerhetskulturen från ledningssystem gällande personcentrerad vård är under arbete genom utveckling av teamarbete och struktur i teammöten.

Under 2023 har verksamheten arbetat aktivt med fallprevention. Hälso- och sjukvårdsgruppen har fördjupat sig dokumentation kring avvikelser med stöd av MAS och MAR. Detta arbete har gett resultat men kommer fortgå med än mer fokus på analys och åtgärder.

3.3 Adekvat kunskap och kompetens

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

Patientsäkerhetsarbete handlar om mognad. Figuren nedan visar de olika faserna. De går från att förneka att skador ens förekommer till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.



Årligen genomförs en kompetensbedömning per yrkeskategori i en kompetensförsörjningsplan. I kompetensförsörjningsplanen inventeras nuvarande kompetens samt planeras för framtida behov. Alla genomförda utbildningar dokumenteras på individnivå löpande under året.

Verksamheten använder sig även av individuella utbildningsmål som baseras dels på de krav på kvalitet som verksamheten ska uppnå, dels på vad medarbetarna upplever som utmaningar i sitt dagliga arbete.

Riskbedömning görs inför semesterperioder och schemat planeras för att säkerställa att rätt kompetensnivå finns på plats.

Vid rekrytering eftersträvas undersköterskor som erhållit bevis från Socialstyrelsen för att säkerställa kompetens.

Alla nyanställda medarbetare, oavsett anställningsform, introduceras och handleds av erfarna kollegor i det praktiska och löpande arbetet. Vid introduktion av nya medarbetare används upprättade checklistor för att säkerställa att medarbetaren har kunskap om de rutiner och system som krävs för att arbeta patientsäkert. Samtliga nyanställda medarbetare genomför obligatoriska utbildningar. Där ingår bland annat följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, hur vi arbetar säkert med läkemedel och förflyttningsteknik.

Identifierade utvecklingsområden är teamarbete, teammöten och internutbildning i bland annat palliativ vård.

3.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Den kommunala hälso- och sjukvården ska bygga på anpassad information, delaktighet och samtycke, och kräver ofta en hög grad av individanpassning. En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt som

möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.



Verksamheten arbetar utifrån personcentrerat förhållningssätt vilket genomsyrar arbetssätt och rutiner.

Verksamheten strävar efter patientens delaktighet i teamet som expert på den egna kroppen och den egnes förväntningar, möjligheter och hinder. Välkomstsamtal erbjuds vid inflyttning för patient och för anhöriga. Den legitimerade gruppen har ett arbetssätt gällande planering av patientens vård och omsorg som sker i samråd med patienten och säkerställer delaktighet och autonomi genom individanpassad information om vårdens mål och eventuella risker. Detta ökar förståelsen för varför vissa åtgärder sätts in samt att målen och förväntningarna med vården blir tydliga och likartade. Därefter skapas hälsoplaner som enligt rutin följs upp två gånger per år samt vid förändring hos patienten för att säkerställa god kvalitet. Vården av patienten sammanställs i kartlagt hälsotillstånd. Här dokumenteras överenskommet mål, utifrån patientens önskemål och prioriteringar.

4 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.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



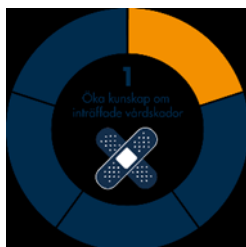
Egenkontroll

1. Identifiering av riskområde	2. Analys	3. Åtgärder	4. Uppföljning av åtgärd
Psykisk hälsa/ohälsa Identifierat via egenkontroll med kvalitetsmätningssinstrument.	Arbete på god väg gällande utbildning av all personal. Förbättring finns från tidigare år.	Verksamheten behöver utveckla rutiner och arbetssätt gällande psykisk hälsa/ohälsa.	Egenkontroll med kvalitetsmätningssinstrument. Patientsäkerhets-berättelse 2024
Dokumentation gällande Mun- och tandvård med riskfaktorer. Identifierat via egenkontroll med kvalitetsmätningssinstrument.	Arbete utförs utifrån sedvanliga omvårdnadsrutiner, saknas en tydlig dokumentation och uppföljning.	Verksamheten behöver utveckla rutiner och arbetssätt gällande dokumentation vid risk för ohälsa i mun.	Egenkontroll och journalgranskning. Patientsäkerhets-berättelse 2024
Dokumentation gällande kontinens med riskfaktorer. Identifierat vid egenkontroll via kvalitetsmätningssinstrument.	Arbete utförs utifrån sedvanliga omvårdnadsrutiner, saknas en tydlig dokumentation och uppföljning.	Verksamheten behöver utveckla rutiner och arbetssätt gällande dokumentation vid risk för ohälsa kopplad till kontinens.	Egenkontroll och journalgranskning. Patientsäkerhets-berättelse 2024
Patientsäkerhet Begränsad analys utförs i avvikelsemodul vid inträffad oönskad händelse. Identifierat vid granskning via kvalitetsmätningssinstrument.	Fortsatt behov av utveckling av händelseanalyser som dokumenteras i avvikelsemodul av legitimerad personal.	Fördjupning med stöd av MAS och MAR	Egenkontroll, dialog vid hälso-sjukvårdsmöte med avvikelse som tema. Patientsäkerhets-berättelse 2024

4.1 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 risker och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder.



Tabell avvikelser

Typ av område	1. Allvarlig vårdskada/risk för allvarlig vårdskada	2. Vårdskada/risk för vårdskada	3. Totalt antal avvikelser
Läkemedel	0	1	59
Fall	1	7	186
Specifik omvårdnad	0	4	13
Specifik rehabilitering	0	0	0
Trycksår	0	0	0
Vårdkedjan	0	0	1
Vårdrelaterade infektioner	0	0	0
Övrigt	0	0	0

Brister gällande läkemedelshantering handlar främst om brister med signering av givet läkemedel av delegerad personal. Insatser kommer utföras under 2024 för att öka kompetensen hos delegerad personal.

I statistik gällande fallavvikelser syns en minskning med 41 % mellan år 2022 och 2023. Kompetenshöjande insatser gjordes för legitimerad personal under 2022 och 2023 och kommer att fortsättas med under 2024.

Samtliga avvikelser hanteras enligt rutin. Utveckling krävs i den analyserande delen där frastexter används i samtliga fall.

1. Riskområde	2. Mål	3. Åtgärd	4. Uppföljning av åtgärd, hur och när	5. Måluppfyllnad
Bristande signering av läkemedel	Öka följsamhet i att följa rutin och arbetssätt	Information från sjuksköterska, säkerställa kunskap vid delegeringsförfarande. Påbörja införande av digital signering.	Statistik Patientsäkerhetsberättelse 2024	

Patientsäkerhet Begränsad analys utförs i avvikelsemodul vid inträffad oönskad händelse.	Händelseanalyser dokumenteras i avvikelsemodul av legitimerad personal.	Fördjupning med stöd av MAS och MAR	Patientsäkerhets- berättelse 2024	

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen.



Ledningssystem är ett stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Det gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Systemet möjliggör också ordning och reda i verksamheten. Verksamheten har ett väl fungerande och systematiskt arbetssätt för att säkerställa att de boende får en vård och omsorg av god kvalitet. Huvudprocesser är identifierade och rutiner tillhörande dessa finns förankrade och tillgängliga. För närvarande pågår ett arbete med att föra över ledningssystemet till digitalt verktyg som är processbaserat med möjlighet att koppla rutiner till tillhörande process.

Utifrån årshjul görs kontinuerligt egenkontroller för att följa upp följsamhet, identifiera utvecklingsområden samt belysa välfungerade områden.

Egenkontroll sker även med kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget och utvecklat och reviderat av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvarig för rehabilitering. Egenkontrollen ska identifiera verksamhetens styrkor och utvecklingsområden med syfte att säkerställa att patienter inom kommunens särskilda boenden erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och behandling som håller god kvalitet. Egenkontrollen är en del av det strukturerade patientsäkerhetsarbetet och ska även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling inom hälso- och sjukvårdens område.

Kvalitetsråd hålls 10 ggr per år eller fler vid behov. Syftet med kvalitetsråd är att systematiskt och fortlöpande tvärprofessionellt arbeta med förbättringsarbete och avvikelser för att utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten. Som ett led av kvalitetsråden kan identifiering ske om behov av revidering av rutiner. Enheten arbetar även systematiskt med synpunkter och klagomål.

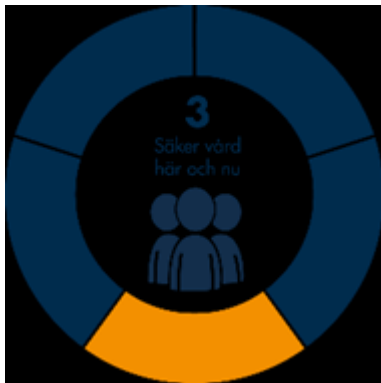
Utveckling behöver ske inom området psykisk ohälsa gällande nedskrivna rutiner och systematiska arbetssätt samt kontinuerlig utbildning. Utveckling av det tvärprofessionella teamarbetet behöver ändrastruktur för att få mer personcentrerat fokus. Verksamheten behöver också se över sina arbetssätt gällande upprättande av vårdplaner/hälsoplaner vid riskfaktorer gällande munhälsa samt kontinens.

4.3 Säker vård här och nu

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

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på förändringar i närtid.

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.



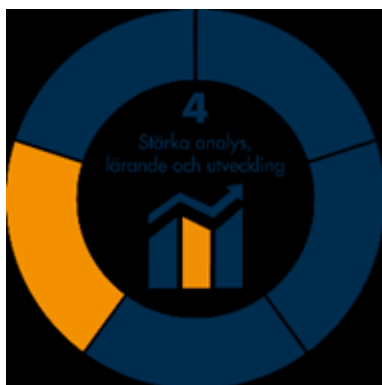
Verksamheten arbetar med att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen. På så sätt kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Riskanalys har gjorts för de mest sannolika riskerna till exempel värmebölja, elavbrott, smitta/smittspridning och uteblivna leveranser.

Verksamheten har påbörjat arbete för att stå sig motståndskraftiga vid oväntade förhållanden med att bygga upp beredskapslager.

Under åren med pandemi har verksamheten gjort flera riskbedömningar utifrån smittläget och utveckling i samhället. En lärdom av detta är att verksamheten måste beredskap att snabbt växla utifrån olika förhållanden.

4.4 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.



Under året har stor verksamheten arbetat med fallprevention då det uppmärksammats att det förekommit ett högt antal fall i förhållande andra vård- och omsorgsboende under föregående år. Under planeringsdagar gjordes utbildningen "Ett fall för teamet". Utbildning är riktad för verksamheter inom vård och omsorg och fokuserar på ett teambaserat arbetssätt och systematiskt kvalitetsarbete. Lärdom i samband med detta är att medvetenheten ökade för behovet av teamarbete och behov av utvecklat arbetssätt vid teammöte. Under hösten hade hälso- och sjukvårdsgruppen en föreläsning av medicinskt ansvarig sjuksköterska gällande senast nämnda. Det har även pågått ett arbete med att utveckla dokumentation kring avvikelser. Verksamheten har haft workshop i nutrition med fokus på sittställning, hjälpmedel, måltider vid sängläge samt mätning av mat och vätskeintag.

Klagomål eller synpunkt som inkommit via tex patientnämnd eller anhörig - muntligt eller skriftligt - ansvarar chef för att rapporten blir diarieförd. Ansvarig chef dokumenterar detta i sammanställningen av klagomål samt kontaktar avdelningschef direkt om den önskade händelsen är av allvarlig karaktär. Händelseanalys upprättas utifrån de uppgifter som framkommit i klagomål samt från den utredning som genomförts. Klagomål samt händelseanalysen diskuteras på kvalitetsråd.

4.5 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.



Beredskapsarbete ska vara en del av ordinarie verksamhet och ett löpande arbete. Verksamheten arbetar utifrån att:

- Identifiera vilka rutiner i verksamhet som är kritiska, det vill säga rutiner som alltid måste fungera oavsett vad som hänt i samhället eller i verksamheten.
- Identifiera vilka risker som är mest sannolika att verksamhet utsättas för; till exempel

värmebölja, elavbrott, pandemi, IT/telefonistörningar, uteblivna leveranser eller annat.

- Upprätthålla beredskapslager för 7 dygn.
- Upprätta krisplaner för hur ni ska hantera kritiska rutiner om de utsätts för någon av de mest sannolika riskerna. Se till att krisplanerna finns utskrivna och att alla medarbetare känner till innehållet.
- Öva någon av krisplanerna varje år så att alla medarbetare känner till innehållet.

Verksamheten har använt sig av dokumentet ELbo 2023 som verktyg för att identifiera vilka områden som är kritiska vid förändrade förhållanden.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Övergripande mål för hälso-och sjukvården på Hemmet för gamla är att den fortsatt håller hög kvalitet och följs upp systematiskt. Kvalitetssäkring av insatser sker via nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och Svenska Palliativregistret och genom riskbedömningar och hälsoplaner utifrån patientens behov. Dokumentation och teamarbete är ett viktigt redskap i denna kvalitetssäkring.

Följande fokusområden kommer att ingå i förbättringsarbetet 2024:

Signering av läkemedel

Tvärprofessionellt teamarbete

Internutbildning av omvårdnadspersonal

Tabell. Fokusområden för det kommande året

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Signering av läkemedel	Säker läkemedelshantering	Införa digital signering av läkemedel	Avvikelser
Teamarbete	Tvärprofessionellt teamarbete	Implementera nytt arbetssätt	Journalgranskning
Internutbildning	Höjd kompetens hos omvårdnadspersonal	Hälso- och sjukvårdspersonal håller utbildning	Deltagarlista, enkäter

Attesterat av

Detta dokument har godkänts digitalt av följande personer:

Namn	Datum
Karin Bülow, Stadsdelsdirektör	2024-04-03
Lena Hedin, Avdelningschef	2024-04-03