

Bilaga O4

Patientsäkerhetsberättelse
2022 Södermalm egen regi

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Patientsäkerhetsberättelse vård- och omsorgsboendeenheter

Patientsäkerhetsberättelse Hornstulls servicehus

Patientsäkerhetsberättelse dagverksamheter

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska och
Medicinskt ansvarig för rehabilitering
Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och
sjukvården
Södermalms stadsdelsnämnd
År 2022**



Datum 2022-02-27

Ansvarig för innehållet Caroline Loogna, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Marie-Louise Carlström, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Diarienummer: SÖD 2023/230

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur förvaltningens MAS och MAR arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller också en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
<i>Engagerad ledning och tydlig styrning</i>	6
<i>Övergripande mål och strategier</i>	6
<i>Organisation och ansvar</i>	6
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	7
<i>Informationssäkerhet</i>	8
<i>En god säkerhetskultur</i>	8
<i>Adekvat kunskap och kompetens</i>	8
<i>Patienten som medskapare</i>	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
<i>Läkemedelshantering</i>	10
<i>Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa</i>	11
<i>Blåsdysfunktion</i>	12
<i>Skyddsåtgärder</i>	12
<i>Senior Alert</i>	13
<i>Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler</i>	14
<i>Multiresistenta bakterier</i>	15
<i>Funktionsbedömning ADL</i>	15
<i>Riskbedömningar (statistik från Vodok)</i>	16
<i>Palliativa registret- Vård i livets slutskede</i>	17
<i>Öka kunskap om inträffade vårdskador</i>	18
<i>Registrerade avvikelser</i>	18
<i>Tillförlitliga och säkra system och processer</i>	19
<i>Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet, QUSTA</i>	20
HÄLSO OCH SJUKVÅRDS DOKUMENTATION	20
<i>Munhälsobedömning</i>	21
<i>Säker vård här och nu</i>	22
<i>Riskhantering</i>	22
<i>Stärka analys, lärande och utveckling</i>	22
24	
<i>Öka riskmedvetenhet och beredskap</i>	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24

SAMMANFATTNING

Under 2022 har det digitala signeringsverktyget Appva implementerats på 4 av 5 verksamheter i egen regi på Södermalm vård och omsorgsboende. Det har gett en god effekt i den röda tråden, att följa läkemedlet som är ordinerat till att det givits enligt de rutiner och riktlinjer som finns. Verktyget ger också en tydlig digital överblick på de delegeringsbeslut som finns på varje sjuksköterska.

Flertalet verksamheter arbetar nu med det digitala verktyget "Att göra listan" som är kopplat till dokumentationssystemet Vodok och ger en tydlighet i de hälso och sjukvårdsinsatser som skall göras enligt ordination under ett dygn i verksamheten. Att göra listan kopplar ihop insatsen med dokumentationen på ett tydligt och patientsäkert sätt digitalt.

Då pandemin inte är över och nya Covid-19 fall fortfarande upptäcks krävs ett själklart fortsatt arbete med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultat av genomförda mätningar under året har förbättrades men verksamheterna behöver fortsätta att arbeta kontinuerligt och systematiskt med att säkerställa och följa upp att personalen följer basala hygienrutiner och klädregler och använder skyddsutrustning på korrekt sätt. Regelbundna vaccineringar av Covid 19 är nu en ny del av återkommande uppgifter i verksamheterna i samverkan med läkarorganisationen.

Uppföljningar och egenkontroller som inhämtats från verksamheterna under året visar att hälso- och sjukvården håller god kvalitet.

Under året har antalet biträdande enhetschefer ökats i verksamheterna, som ger en bra grund och möjlighet för fortsatt utveckling och förbättringsarbete. Inom den legitimerade gruppen har det på en del verksamheter varit omsättning men vid årets sista kvartal och framåt har det stabiliserats som ger en förbättrad kontinuitet och förutsättning för vidare kvalitetsarbete.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i stadsdelsnämndens egenregi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Södermalm.

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet inom stadsdelen genom att:

- Föra dialog med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal
- använda kvalitetsinstrumentet QUSTA
- inhämta resultat och analys av genomförda egenkontroller i verksamheterna
- stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation
- att det utförs punktprevalensmätning (mätning vid två specifika tillfällen) för utvalda indikatorer
- det genomförs punktprevalensmätning för basal hygien och klädregler
- inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
- följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelser
- följa registreringar i nationella kvalitetsregister
- genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna

2. Återkoppla sammanställt resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna.

3. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att samverka med verksamheterna

- samverka med ansvariga chefer för hälso- och sjukvården vid utredning av allvarlig händelse
- medverka vid möten i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp

4. Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad.

5. Samverka med externa aktörer och andra vårdgivare som har betydelse för patientsäkerheten.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I

ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Överenskommelsen innefattar:

- Samverkan med läkarorganisationen,
- Samverkan nutritionsbehandling,
- God läkemedelsanvändning för äldre
- Kostnadsfördelning för MTP
- Kostnadsfördelning av läkemedel

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- *Läkartillgänglighet:* Capio Legevisitten AB/Familjeläkarna i Saltsjöbaden har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Södermalms vård och omsorgsboende. En överenskommelse har tecknats lokalt med förvaltningen. Samverkansmöten sker regelbundet under året.
- *Läkemedelsgenomgångar:* Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.
- *Säker läkemedelshantering:* Apoteket AB, som genomför årligen-apoteksinspektioner av läkemedelshantering.
- *God följsamhet till basala hygienrutiner:* Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS och chef med ansvar för hälso- och sjukvården. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal och bjuder in stadens medicinskt ansvariga till samverkansmöten.
- *Munhälsovård:* Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor
- *Säker nutrition:* kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten med MAS vid uppföljningar

- *Säker dokumentation:* kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar med MAS vid uppföljningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- *Stöd vid behandling med dialys:* Södermalm har tillsammans med Kungsholmen, Norrmalm och Östermalmstadsdelsförvaltningar tecknat en samverkansöverenskommelse med Dialys Dagvård PD Rosenlund. Överenskommelsen gäller för SÄBO i egenregi och entreprenad.
- *Fotsjukvård:* Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvården. Läkare ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. Södermalm har avtal enligt serviceförvaltningens upphandlade företag för den medicinska fotsjukvården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av verksamhetschef enligt framtagna riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av verksamhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Loggkontroller avseende läsbehörigheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av samtliga system som hälso och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud.

En god säkerhetskultur

MAS och MAR arbetar för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- ta del av avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder
- ha regelbunden dialog med verksamheterna om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- stödjer verksamheterna vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas
- anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO och återge IVO's beslut till verksamheten



Adekvat kunskap och kompetens

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska på förvaltning har genomgått ett utvecklingsprogram av externt utbildningsföretag för att ytterligare säkerställa och uppdatera hälso- och sjukvårdskompetensen.



- Utbildning kring basal fotvård till omvårdnadspersonal på egen regi av det företag som Södermalm har avtal med för medicinsk fotvård.
- Utbildning kring arbetsledning sjuksköterskor
- Utbildning i basal hygien har varit pågående under ledning av Vårdpedagog.
- I den uppsökande verksamhetens uppdrag från Regionen ingår det att utbilda personalen i munvård. Man ser fortfarande begränsningar med utbildningsinsatser relaterat till covid. Då de flesta verksamheter fick avboka sin planerade utbildning av munvård för att man fick fall av covid inom verksamheten. Den utbildningen är nu planerad till 2023.
- Södermalm har utökat med en dietist som arbetar med patientnära arbetet inom egen regi. Dietisten interagerar dagligen med omvårdnadspersonal och hälso och sjukvårdspersonalen kring patienter men också utbildning/kunskapsspridning. Dietist och dokumentationsstödjare har haft utbildning med sjuksköterskor om nutrition och dokumentation.
- För att få en ökad kunskap om åtgärder inom nutritionsområdet och använda den kunskap vid utformningen av hälsoplaner höll dietist och dokumentationshandledare utbildning vid två tillfällen för legitimerad personal.

Patienten som medskapare

MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården. Vid utredningar av händelser inhämtas patienten och eller anhöriga synpunkter på händelsen, och kontaktas efter utredningens avslut. När utredningen är klar och avslutad, kontaktas anhöriga igen för att delges information om resultat av utredningen samt de vidtagna åtgärderna.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

Läkemedelshantering

Under 2022 har Appva digitalt signeringsverktyg implementerats i 4 av 5 Säbo i egen regi inom stadsdelen.

Mål: En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Att signeringarna av administrerat läkemedel i Appva når 95% och att det signeras i tid når 80%.

Resultat: Resultatet visar att läkemedelshantering i huvudsak fungerar. Identifierade förbättringsområden handlar främst om uteblivna signeringar vid given dos eller utebliven dos. Att man måste göra förbättringar i att dagligen följa upp de uteblivna signeringarna. Resultatet visar att där det inte signeras handlar det oftast om att man inte signerat inom den fastställda tiden.

Apoteket AB har tillsammans med MAS och ansvarig chef i verksamheten genomfört årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Resultatet dokumenteras i ett protokoll per verksamhet med förslag på förbättringsområden. De förbättringsområden som till stor del är gemensamt för alla verksamheter är att säkerställa av spårbarhet av läkemedel, i hela processen från att läkemedel kommer till verksamheten till att patienten intar sitt läkemedel och att delegerad personalen alltid tittar läkemedelslistan vid administrering av läkemedel.

Analys av resultat: Analysen visar att läkemedelshantering fungerar bra, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner som personalen till största del följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Det visar sig att utbildning och uppföljningar i läkemedelshantering har varit viktig insats för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra.

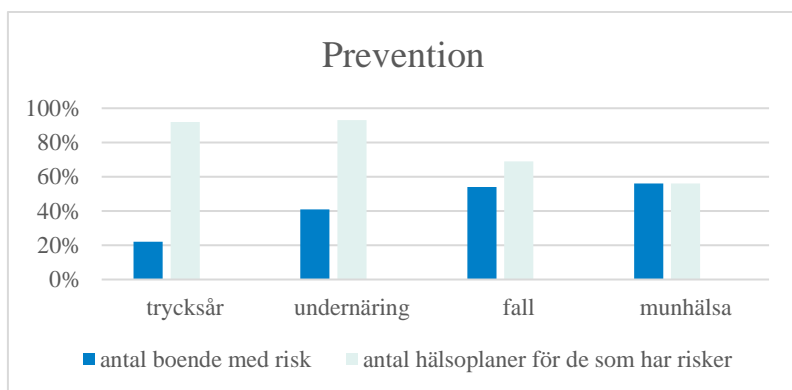
Åtgärd: Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och baspersonal. Följa upp resultat med fokus på att personalen ska signera direkt efter given dos i Appva. Att årligen genomföra kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga verksamheter med avtalat Apotek.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok. Att ta del av verksamheternas egenkontroller av läkemedelshantering. Delta vid verksamheternas kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering i egen regi och ta del av entreprenadernas protokoll.

Riskbedömning/screening fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa

Mål: Alla patienter som samtycker skall riskbedömas. Patienter med identifierad risk ska ha en upprättad hälsoplan med insatser för prevention eller behandling.

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningar och hur stor andel av de som visat på risk som hade åtgärder kopplade till hälsoplaner. Av mätningen framgår att det finns en stor variation i andelen hälsoplaner vid bedömd risk. Vid trycksår och undernäring finns hälsoplaner i högre grad än vid fall och ohälsa i munnen.



Analys av resultat: riskområdena trycksår och undernäring har en hög andel hälsoplaner kopplade till den identifierade risken. Det är också riskområden som är mer etablerade att arbeta preventivt med generellt. Munhälsa och fall visar en ganska hög andel risk samt en lägre andel kopplade hälsoplaner till. Fall är ett område som man behöver arbeta mer teambaserat med kring hälsoplaner, det kan vara en orsak till att området inte har lika hög grad hälsoplaner kopplade till risken. Munhälsa är ett område som minst av tradition kopplas till hälso och sjukvård. Inom området munhälsa har man också delaktighet av tandvårdsenhetens uppdrag om årlig munhälsobedömning. Där finns ett utvecklingsområde att mer aktivt jobba tillsammans med tandvårdsenheten och därefter upprätta hälsoplaner.

En trolig orsak att hälsoplaner inte upprättas i den omfattning som behov finns är kunskapsbrist i dokumentationssystemet, upplevd tidsbrist och att teamarbetet inte kommit i gång fullt ut.

Resultatet inkluderar inte resultat från Kulltorps VoB, då verksamheten inte inkom med fullständig statistik under 2022.

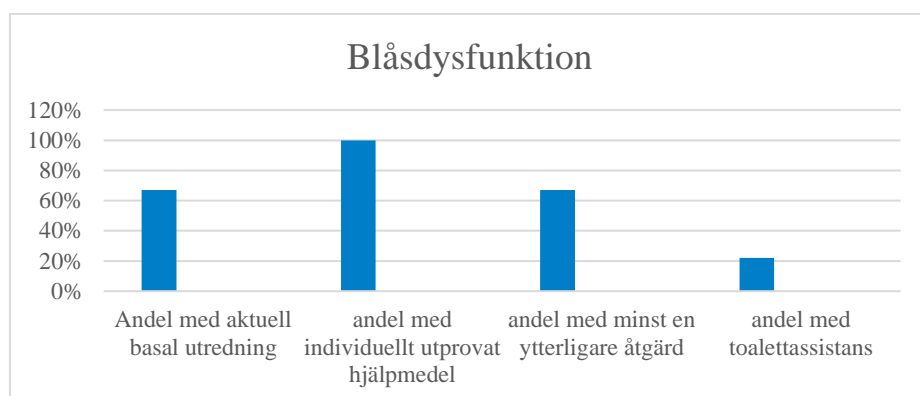
Åtgärd: Fortsatt samarbete med dokumentationsstödjare, täta uppföljningar om resultat. Att prata om goda exempel och få stöd från kollegor och andra funktioner inom den egna verksamheten och från utvecklingsenheten.

Uppföljning av åtgärd: Regelbunden återkoppling och fortbildning kring riskbedömningar och öppenhet kring hur man upplever svårighet till följsamhet kring riskbedömning och hälsoplan om detta. Teamet behöver bli mer involverat och följsamt till detta.

Blåsdysfunktion

Mål: Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov också en utredning.

Resultat: Resultatet visar att 67 % av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna och att alla fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Endast 8,5 % behandlas med urinkateter av dessa hade 90 % dokumenterad indikation. Toalettassistans framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel, dock borde åtgärden användas mer frekvent.



Sammanställning PPM - blåsdysfunktion v. 40

Analys av resultat: Andelen som har basal utredning är ungefär som tidigare år. Hornstull har en hög andel med basal utredning 82 %, ingen verksamhet har lägre andel än 60 %. Detta är ett område som behöver utvecklas. En anledning till att det inte är högre siffror i andel med basal utredning är att processen kring basal utredning är komplex. Det är få sjuksköterskor som har den formella kompetensen kring förskrivning av inkontinenshjälpmedel. De flesta sjuksköterskor har den reella kompetensen som bedömts av biträdande enhetschef. Det innebär att den formella kompetensen/kunskapen fattas blåsdysfunktion.

Resultatet inkluderar inte resultat från Kulltorps VoB, då verksamheten inte inkom med fullständig statistik under 2022.

Åtgärd: Öka kompetensen hos sjuksköterskor genom utbildning och föreläsningar inom området. Fler sjuksköterskor behöver utbildas genom högskoleutbildning Inkontinensvård. Vi kan utveckla inkontinensvården i samverkan inom Södermalm men vi behöver också följa upp förskrivningar, hitta goda exempel och hur man gör rätt.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder används återhållsamt och då det används ska dokumentationen vara tydlig.

Resultat: Resultat av den statistik som presenteras baseras på en PPM-mätning under hösten 2022. Resultatet baseras på Nytorpgården, Magdalenagården och Katarinagården vård och omsorgsboende. Statistiken visar att 62% av samtliga patienter har beslut om skyddsåtgärd. Av dessa är det 7 % som saknar dokumenterat samtycke. Av de som har beslut om skyddsåtgärd så är det 87% som har en kopplad hälsoplan.

Hornstulls servicehus redovisas här separat då det skiljer sig mycket från vård och omsorgsboende gällande användning av skyddsåtgärder och andelen beslut, där enbart tre patienter har grind som skyddsåtgärd och därtill givit samtycke i samtliga. Däremot är det enbart en av de tre som har en kopplad hälsoplan till skyddsåtgärden.

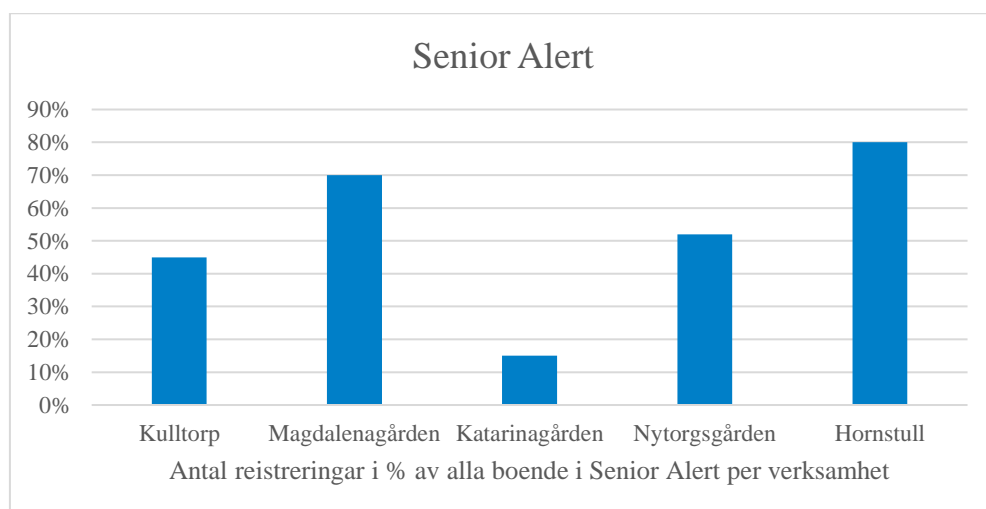
Kulltorp vård och omsorgsboende finns inte med i denna statistik, då verksamheten inte inkom med fullständig statistik under 2022.

Analys av resultat: Andelen personer med beslut om skyddsåtgärd ligger på en likvärdig nivå som tidigare år. Beslut att använda individuella larm och grind till vårsäng är vanligast förekommande. Mätningen visar att bälten samt brickbord används i en mycket låg utsträckning vilket är positivt. Användning av skyddsåtgärder kan utgöra en begränsning för den enskilde, vilket behöver kvalitetssäkras och nollvision ska eftersträvas av verksamheterna. Statistiken visar att detta är ett utvecklingsområde. Gällande hälsoplaner så visar statistiken positivt resultat för vård och omsorgsboendena. Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner och det behöver verksamheterna fortsätta att förbättra.

Åtgärd: Öka kunskapen om skyddsåtgärder och uppföljning samt hur beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras och därtill kopplat samtycke. Säkerställa att verksamheter inkommer med statistik. Vid alla former av teamarbete, ska området skyddsåtgärder beaktas kring den enskilde patienten.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

Senior Alert



I Senior Alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index), Nicola (blåsdysfunktion) samt ROAG (munstatusbedömning)

Verksamheterna i egen regi på Södermalm har registrerat i Senior Alert i olika hög grad:

Mål: att alla verksamheter arbetar aktivt i registret, målvärde 90%.

Resultat: Av statistik i registret framgår att samtliga verksamheter registrerar, men i olika stor omfattning. I de fem olika verksamheterna registreras mellan 14-80 %. För de som registrerats och har en risk inom något område, uppges att mellan 14-80 % också har en åtgärdsplan. Katrinagårdens VoB ligger lågt med 14 % registrerade. Övriga verksamheter har 45-80 % antal registrerade i Senior Alert.

Analys av resultat: Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert är ett fortsatt område som behöver utvecklas i stadsdelens särskilda boenden. De faktiskt genomförda riskbedömningar har en betydligt högre siffra än vad som sedan registreras i Senior Alert. Det beror på att alla patienter med en journalförd bedömning inte registreras i kvalitetsregister och en bidragande orsak är att det innebär dubbeldokumentation för sjuksköterskorna.

Åtgärd: Upprepa utbildning och uppföljning av senior Alert. Använda den arbetsprocess som är utformad inom Södermalm. När man använder kvalitetsregistret Senior Alert får man också hjälp att utforma åtgärder samt hitta bakomliggande orsaker.

Uppföljning av åtgärd: Halvårsvis uppföljning med biträdande enhetschef som har hälso och sjukvårdsansvar.

Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler

Mål: 75 % av personal skall följa samtliga steg i basal hygien och klädregler

Resultat Klädregler:

Verksamhet:	Vecka 40-41 2022	Vecka 11-12 2022
Hornstull	90%	100%
Katarinagården	100%	Deltog ej
Kulltorp	100%	70%
Magdalenagården	90%	90 %
Nytorpgsgården	50%	Deltog ej

Resultat basalhygien regler:

Verksamhet:	Vecka 40-41 2022	Vecka 11-12 2022
Hornstull	82 %	50 %
Katarinagården	100 %	Deltog ej
Kulltorp	58 %	70%
Magdalenagården	60%	60%
Nytorpgsgården	30 %	Deltog ej

Analys av resultat: Resultatet av klädregler och basal hygien som ingår i Punktprevalensmätningen BHK är av varierande karaktär. I de verksamheter som har 100 % i basal hygien regler kan finnas bakomliggande orsaker som att den som har observerat inte varit helt informerad kring hur observationen skall gå till. I de verksamheter som har låga poäng kan man ha varit mycket följsam till de protokoll man fyllt i som observatör. I resultaten för alla verksamheter ser man tydligt att det är det första steget- spritning av händer innan omvårdnad eller annat moment som de flesta missar i hygienstegen. Resultatet från höstens PPM mätning visade att alla verksamheter deltog, vilket är positivt. Alla verksamheter har aktivt arbetat med basal hygien

Åtgärd: Vid nästa PPM mätning kommer vi använda extern observatör. Observatörer kommer att utbildas i samverkan med Vårdhygien Stockholm. Detta för att säkerställa att observationen är objektiv och väl grundad. Utbildning av basal hygien och klädregler kommer att ske kontinuerligt i form av olika utbildningsinsatser och uppföljningar i alla verksamheterna. Detta kommer ske i samarbete med vårdpedagog, biträdande enhetschefer och all personal inom verksamheterna.

Uppföljning av åtgärd: kommer att ske regelbundet två gånger per år efter varje PPM mätning. Verksamhetens egenkontroll samt det smittförebyggande arbetet följs upp genom den årliga QUSTA uppföljningen. MAS /MAR följer också löpande upp följsamheten av basal hygien vid planerade samt oplanerade besök i verksamheterna.

Multiresistenta bakterier

Vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier har ökat jämfört med föregående år. I en av verksamheterna pågår uppföljning MRSA provtagning där man misstänker smittspridning. Vårdhygien Stockholm och Smittskydd Stockholm är informerade och för processen vidare.

Mål: att minska smittspridning av MRSA i verksamheterna

Resultat: Resultatet av smitta följs upp och är pågående och detta följs upp av enhetschef, MAS samt Smittskydd och Vårdhygien.

Analys av resultat: Både smittskydd och Vårdhygien inkopplade, ny uppföljande provtagning av MRSA på personer, enligt Handlingsprogram, med riskfaktorer genomförs enligt rutin och efter svar avgörs av Smittskydd/Vårdhygien om man ska smittspåra all personal för MRSA.

Åtgärd: Utbildning kring basal hygien initieras direkt. Föreläsning om MRSA av Vårdhygien genomförd i verksamheten. All personal, inklusive tim. anställda genomgår utbildning i basal hygien och följs upp i mindre grupper av vårdpedagog för att säkerställa att kunskap finns hos varje individ.

Uppföljning av åtgärd. Använda resultat av PPM mätningar 2 gånger per år. Utvärdering efter varje utbildningsinsats om vad som ger bäst effekt och hållbarhet inom verksamheten. Handlingsprogram om multiresistenta bakterier tas upp regelbundet i möten med legitimerad personal samt biträdande enhetschefer.

Funktionsbedömning ADL

Mål: Att alla som flyttar in på särskilt boende får en bedömning avseende ADL förmåga inom 14 dagar.

Resultat: Resultatet baseras på samtliga fyra vård och omsorgsboende samt stadsdelens servicehus.

Andelen bedömningar av patienters förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv ligger som tidigare år högt (92,5 %) och ger grund för att ge individanpassat stöd och hjälp i vardagen. Det är också ett underlag för beslut om specifika åtgärder som behövs i vardagen för patienten.

Ett av vård och omsorgsboendena(Kulltorp)sticker ut med ett resultat på endast 76%.

Analys av resultat: Resultatet visar att rutiner för bedömningen följs vid inflytt och följs upp årligen eller vid behov. Trolig orsak är att det är ett verktyg som är känt och väl inarbetat. Vård och omsorgsboende som har ett lägre resultat, kan bero på en högre omsättning på arbetsterapeutjänst under året.

Åtgärd/utveckling: Att arbeta med röda tråden inom detta område, säkerställa att omvårdnadspersonal följer ADL bedömning och att den hålls aktuell genom dialog mellan arbetsterapeut och omvårdnadspersonal.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta att årligen inhämta statistik från journalsystemet Vodok.

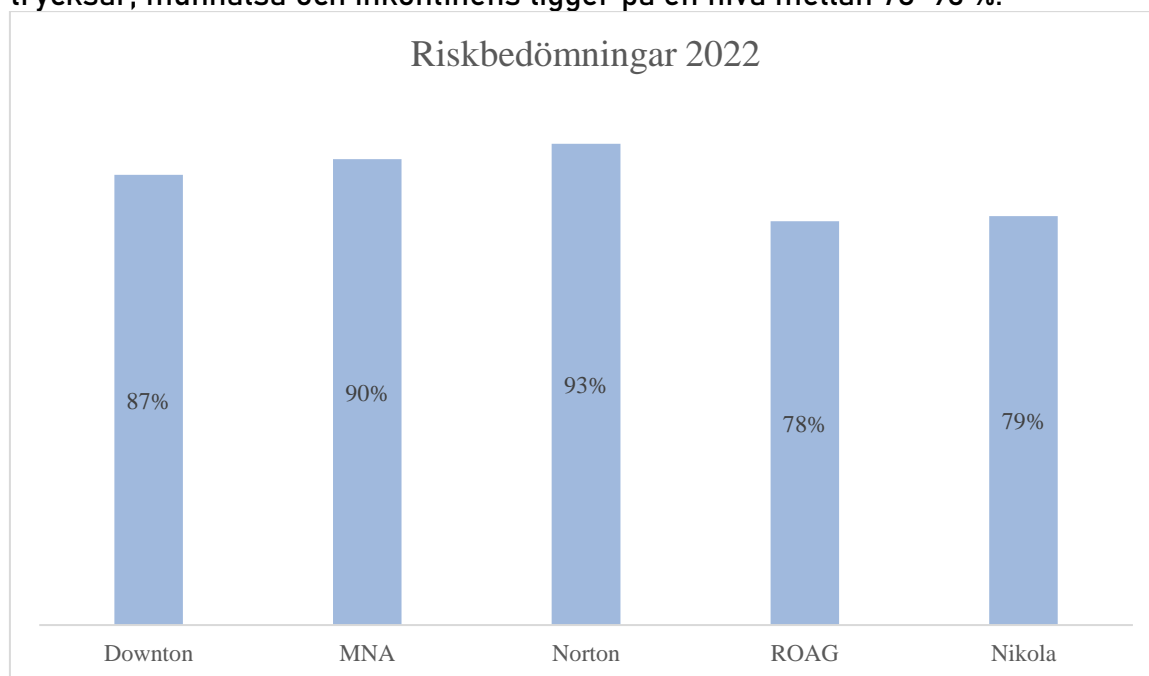
Riskbedömningar (statistik från Vodok)

Mål: De äldre som bor på särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso och sjukvården. Att 90% av alla patienter har riskbedömningar, i de fall de inte tackat nej. Att bedömningar görs tillsammans i teamet.

De bedömningsinstrument som används är:

- **Downton Fall Risk Index** -för att värdera risk för fall
- **MNA (Mini Nutritional Assessment)**- för att mäta näringsstatus
- **Norton** -för att mäta risk för trycksår
- **ROAG (Revised Oral Assessment Guide)**- munstatus
- **Nikola**- Riskbedömning för urininkontinens

Resultat: Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsa och inkontinens ligger på en nivå mellan 78-93 %.



Kvalitetsindikatorn anges i procent och är beräknade på antal boende/antal journaler per helår på fyra vård och omsorgs boenden samt ett servicehus i stadsdelen.

Analys av resultat: Inom området trycksår så genomförs bedömningar i hög grad, likaså inom nutrition. Områdena fallrisk, munstatus samt urinkontinens behöver förbättras för att uppnå patientsäkerhet. En trolig orsak till att värdena inte når 90 % är den omsättning på hälso och sjukvårdspersonal som varit inom verksamheterna. Teamarbetet inte genomförs fullt ut gällande att arbeta med riskbedömningar tillsammans.

Åtgärd: Verksamheterna uppmuntras att se över riskbedömningar kontinuerligt och därtill kopplade åtgärder vid bland annat teammöten. Utbildning och information kring riskbedömningar vid introduktion, samt följa upp vid teammöten och kvalitetsråd i verksamheten. Förtydliga riktlinje för dokumentation och åtgärder som ska genomföras vid inflytt.

Uppföljning av åtgärd: Kontroll av MAS /MAR två gånger per i år i samband med PPM mätningar.

Palliativa registret- Vård i livets slutskede

Mål: att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sina resultat i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Resultat: Resultatet visar att de parametrar som främst behöver förbättras är smärtskattning och bedömd munhälsa. Antal registrerade på Södermalms vård och omsorgsboende visar att verksamheterna inte registrerar alla dödsfall. Det finns förbättringsområden att registrera alla dödsfall.

Period 2022-01 - 2023-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	81,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	87,5
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	84,4
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	59,4
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	53,1
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	87,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	71,9

Statistik från Svenska Palliativregistret

Analys av resultat: Vård och omsorgsboendena behöver uppdateras och få stöd i att registrera alla dödsfall som sker inom verksamheten. En möjlig förklaring till den sämre följsamheten är att det i registret tar tid att fylla i samtliga uppgifter, man behöver också samla in information från hela teamet eller göra hela registreringen med teamet för att få med alla delar. Närstående enkäten uppfattas bland sjuksköterskor som svår att genomföra, man vill inte störa. Här kan chefer och andra stödfunktioner jobba mer aktivt genom utbildning och ge möjlighet och rum för genomförande. Vi behöver uppnå ett mer naturligt och bibehållet samtal kring döden.

Åtgärd: Använda utbildning och fortbildning via PKC, Palliativt kunskaps centrum. Här finns en mängd föreläsningar både online och på plats att ta del av. Under våren 2023 utbildas fler palliativa ombud inom varje verksamhet, för att underlätta och förbättra den palliativa vården men också förhållningsättet till döden och efter döden. Att använda "Dö Bra" korten med patienter för samtalet kring döden.

Uppföljning av åtgärd; regelbundet på hälso och sjukvårdsmöten, att chefer aktivt tar del av Palliativregistrets statistik att användas inom varje verksamhet.

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 §

Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att öka kompetensen och förståelsen hos all personal för att förbättra rapportering av avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheterna fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.

Registrerade avvikelser

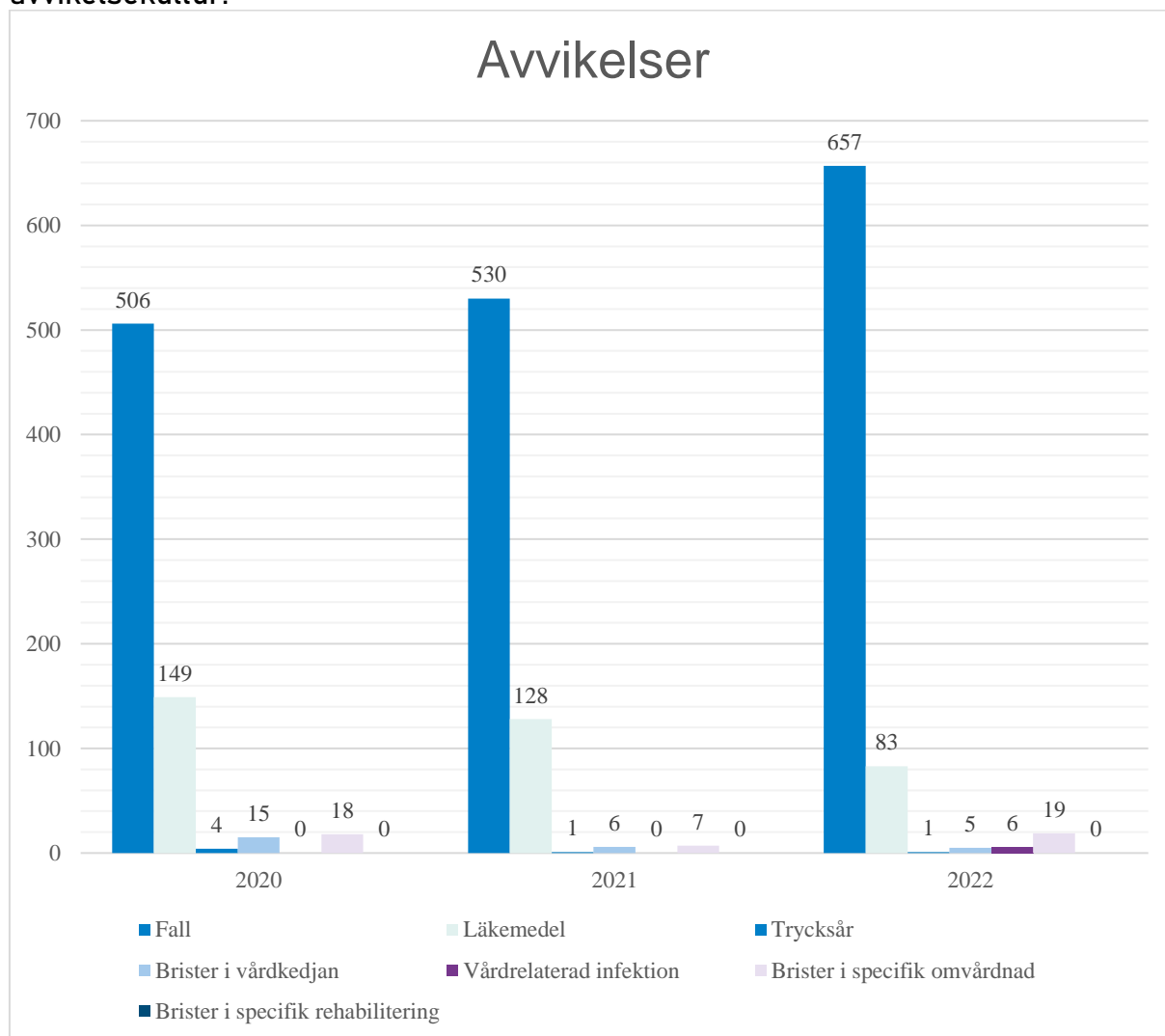
Mål: att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten.

Resultat: Under året har något fler fallavvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok än föregående år. Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har minskat från föregående år. Verksamheterna har under året genomfört två internutredningar vid misstanke om vårdskada. Dessa föranleddes av synpunkt och klagomål som skickats direkt till IVO via vän/anhörig. Det resulterade i att Yttrande av händelsen av MAS skickades efter begäran av IVO. Det ena ärendet avslutades av IVO under hösten 2022 med beslut att ingen vidare utredning skall göras, ärendet avslutades. Det andra Yttrandet som IVO begärt in har inget beslut inkommit från IVO under 2022.

Analys av resultat: Orsaken till att fallavvikelser har ökat kan vara både ökade registreringar av rapporterade händelser men också att kunskapen har ökat om när avvikelse ska skrivas. Gällande fallavvikelser kan det vara att de som flyttar in på särskilt boende är skörare än tidigare. För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg. Gällande läkemedels avvikelser så kan färre avvikelser bero på att fyra av fem verksamheter använder sig av digital signering via Appva, detta gör att risken att missa eller att patienten på något sätt inte får sina läkemedel minskar i och med detta system. En bedömning är att fler avvikelser finns men hanteras direkt av sjuksköterska som direkt gör en åtgärd. Det kan även vara så att registrering inte prioriteras på grund av hög arbetsbelastning och upplevd tidsbrist. En konsekvens blir att det är svårare att fånga upp alla risksituationer som uppstår och utveckla och säkerställa vården. Ingen avvikelse kring trycksår har registrerats, detta faktum tillsammans med att verksamheterna har en mycket hög andel genomförda riskbedömningar inom området är mycket positivt.

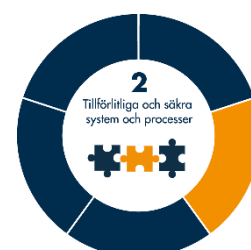
Åtgärd: Som ett led i att förtydliga processen vid avvikelser, så tog MAS och MAR fram en användarvänlig process för avvikelsehantering. Det gjordes en för chefsnivå samt en för medarbetare. Som ett led i att använda avvikelserna i förbättringsarbete och därmed arbeta med en öppen patientsäkerhetskultur kommer bland annat MAS, MAR och dokumentationsstödare vara ute i verksamheterna och ha workshops kring avvikelsemodulen. Verksamheterna behöver under sina kvalitetsråd tillsammans se trender och mönster i sina inkomna avvikelser och reflektera över varför det ser ut som

det gör inom just den verksamheten. Att enhetschefer uppmuntrar till en tillåtande avvikelsekultur.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) Uppföljningarna genomfördes under hösten 2022. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat



vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet, QUSTA

Mål: Verksamheterna skall ha väl förankrade lokala rutiner och arbetssätt som är väl kända bland alla personalgrupper.

Resultat: Flera verksamheter visar i resultat att man behöver göra en stor arbetsinsats för att arbeta fram de lokala rutiner och arbetssätt som saknas. En del av det resultatet är att man delvis inte haft ett närvarande ledarskap, som beror på chefsbyte eller förtätning av antal chefer per verksamhet. Två verksamheter, Nytorngsgården och Hornstull visar högre resultat, där har man inte haft chefsbyte och har en stabil grupp av legitimerad personal som arbetat mer processinriktat med rutiner och arbetssätt som gett effekt.

Analys av resultat: Qusta genomfördes i alla fem verksamheter som drivs i egen regi samt på Bergsunds VoB. Under året har flertalet verksamheter fått ny eller delvis ny ledning. Det har påverkat resultatet eftersom det varit en tid där biträdande enhetschefer behövt använda tiden initialt till annat. Men i resultatet framgår tydligt vikten av att jobba med att implementera rutiner och följa upp arbetssätt likställt i verksamheten. Ett område som alla verksamheter saknade lokala rutiner för var Psykisk hälsa, det är ett nytt frågeområde i Qusta. Hornstull och Nytorngsgården hade ett mer stabilt resultat av Qusta. Magdalenagården, Katarinagården och Kulltorp har delvis eller helt nya biträdande enhetschefer. Det två första enheterna har också haft en stabil sjuksköterskegrupp som är en bidragande orsak till de bättre resultaten av Qusta.

Åtgärd: Stöd till chefer, bla är Qusta ett bra verktyg för dem att använda för att prioritera vilka fokus områden man behöver arbeta med mer fokuserat i verksamheten.

Verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som fattas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal, stödjer framtagande av rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Ett halvår efter Qusta genomgång med verksamheten följer MAS MAR upp Qusta resultatet 2023 med biträdande enhetschef på varje verksamhet. Vad har åtgärdats, blivit bättre? Vad har man för planering framåt. Målet är att de åtgärder/brister som framkom i Qusta skall vara åtgärdat och väl implementerat bland berörd personal i verksamheten innan nästa Qusta genomförs. Stöd i detta arbete finns att få från olika funktioner på Utvecklingsenheten ; vårdpedagog, verksamhetsutvecklare HSL, språklärare, dokumentationsstödjare och dietist.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDOKUMENTATION

Dokumentationen i hälso och sjukvårdsjournalen skall spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård skall dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regi verksamheterna.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår, att den enskildes önskemål framgår.

Resultat: Av inkomna analyser bedöms servicehuset vara de som har visat på en tydligare utveckling, med strukturerade egenkontroller som analyseras och planer för åtgärder som tas fram och följs upp.

Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. I en mer tydlig vårdprocess ska målsättning för den planerade och genomförda vården framkomma samt patientens önskemål och delaktighet synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökad kunskap och följsamhet till journalsystemet samt upplevd tidsbrist. En annan orsak är att ny anställda inte får tillräckligt med stöd i det dagliga arbetet med dokumentation. Brist på kontinuitet bland legitimerad personal är en annan orsak till resultatet.

Åtgärd: Tillgången till stadsdelens dokumentationsstödjare för verksamheternas handledare ökar möjligheterna till en bra introduktion i journalsystemet vilket är en viktig förutsättning till fortsatt utveckling. Dokumentationsstödjaren har regelbundet utbildningar kring kartlagt hälsotillstånd och Hälsoplaner. Även kollegialt stöd mellan legitimerad personal är en tillgång och essentiell.

Uppföljning av åtgärd: fortsätta begära in egenkontroller, genomföra stickprov samt att dokumentationsstödjaren fortsätter med riktade utbildningar i verksamheten.

MUNHÄLSOBEDÖMNING

Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

Mål: att fortsätta erbjuda munhälsobedömning och att alla som tackar ja får en bedömning.

Resultat: Munhälsobedömningar på de som blivit erbjudna och tackat ja är genomförda. Under 2022 blev 225 boende erbjudna en munhälsobedömning, 167 genomfördes. De bedömningar som inte genomfördes beror på att den boende/patienten tackat nej av olika orsaker.

Analys av resultat: Under 2022 har fler patienter fått möjlighet till munhälsobedömning än närliggande år, då det mer begränsats av covid smitta inom verksamheterna. Men pandemin har även delvis begränsat verksamheterna och företaget att planera och genomföra bedömningar och den nödvändiga tandvården. Men möjligheten att tacka ja och besöka patienten är större.

Åtgärd: fortsätta med samverkan med Tandvårdsenheten inom Regionen och följa upp statistiken att det erbjuds och utförs munhälsobedömningar.

Uppföljning av åtgärd: Genom att delta på samverkansmöten med tandvårdsenheten och följa statistiken i tandvårdsenhetens digitala verktyg Symfoni.

Säker vård här och nu

Inom stadsdelens vård och omsorgs boenden finns det svårigheter att bemanna främst sjuksköterskor. Det finns också en viss svårighet att behålla sjuksköterskorna. Främst inom en verksamhet har det varit svårighet att rekrytera nya sjuksköterskor. Man har använt sjuksköterskor från bemanning i hög grad som då ger brister i kontinuiteten som i sin tur leder till sämre kännedom om patienterna.

Då utskrivningar från slutenvården ofta sker snabbt och patienterna i högre grad är sjukare, än tidigare, krävs samverkan mellan vård och omsorgsboendena och Beställarenheten för att informationsöverföring sker på bästa sätt.



Riskhantering

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

Samtliga verksamheter har inför årets semesterperioder inkommit med begärda riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer. Riskanalyserna visade initial en oro för bemanning främst sjuksköterskor om sjukdom skulle uppstå. Analysen efter semesterperioderna visade att det delvis varit svårt att bemanna sjuksköterskor, men även fysioterapeut och arbetsterapeut. Man har använt bemanningsfirmor i hög grad för alla tre yrkena. Det medför en sämre kontinuitet då sjuksköterskan inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner som det i sin tur kan leda till brister i patientsäkerheten. Men trots svårigheter att bemanna har man inte bedömt att patientsäkerheten varit äventyrad.

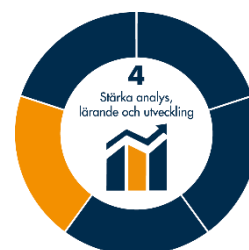
Läkarinsatserna från läkarorganisationerna under semesterperioderna har fungerat bra trots viss oro för vikarie situation även där. Analysen efter semesterperioderna visade på ett gott samarbete och tillgänglighet.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheterna för tex ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

Antal avvikelser har minskat inom området läkemedelshantering, främsta orsak är troligen införandet av det digitala signeringsverktyget som införts under 2022. Men avvikelserrapporteringen är också komplicerad/tidskrävande då det sker via vårt journaldokumentationssystem Vodok. Tillgång till detta system har endast legitimerad personal. Antal registrerade fall avvikelser har ökat under 2022, våra patienter är skörare och undvikbarheten för fall är mindre.



Under 2022 har MAS MAR gjort ett försök till att tydliggöra avvikelseprocessen i ett användarvänligt dokument riktat till biträdande enhetschefer och i ett annat riktat till övrig personal. Vi ser under 2023 ett fortsatt stort behov av att arbeta med biträdande enhetschefer, legitimerad personal samt baspersonal och utbilda och förtydliga avvikelseprocessen och göra den användarvänlig och därmed öka patientsäkerheten. MAS MAR följer kontinuerligt med att följa upp avvikelser, när risk för vårdskada finns så följs detta upp i verksamheterna kvalitetsråd i lärande syfte.

Läkemedelshantering

Under 2022 har verksamheterna arbetat fram en lokalt anpassad rutin för läkemedelshantering, rutinen är efter en mall utformad av stadens MAS MAR nätverk. Rutinen skall finnas väl synlig i alla läkemedelsrum på alla verksamheter. Under 2022 har det digitala signerings verktyget för läkemedel- Appva-implementerats inom 4 av 5 verksamheter inom Södermalm. Den sista verksamheten startar med digital signering i april 2023. Avvikelser i läkemedelshantering har minskat jämfört med tidigare år. En trolig orsak till färre avvikelser är den digitala signeringen som ger sjuksköterskan en omedelbar bild av läkemedelsadministrering inom sin verksamhet. Följsamheten till läkemedelssignteringar följs nogsamt upp.

Även delegeringar för läkemedelsadministrering har blivit tydligare och mer verksamhetsnära när det nu registrerats och kopplas till Appva. Det gör att varje sjuksköterska har en överblick av de delegeringar hen utfört och hur länge de är giltiga. Antalet personal med delegeringar tros ha minskats eftersom det blir tydligare att språknivån hos personalen har en stor betydelse.

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter har under året ytterligare säkerställt genom att kraven för att få delegering har stärkts, samtlig personal måste genomgå en webbutbildning med ett godkänt kunskapstest, även vid förläng delegering har kraven stärkt på utbildning och kunskapstest.

Medicintekniska produkter(MTP)

Under 2023 så har samtliga verksamheter inom egen regi arbetat fram en lokalt anpassad rutin för MTP. Verksamheterna har lagt in samtliga produkter i en Excelfil, och vidare arbetat med att säkra spårbarheten. Lyftselarna har gallrats noga och många nya inköp har genomförts.

Egenkontroller

Basal hygien

I PPM basal hygien under hösten 2022 utfördes delvis observationerna av en extern observatör. Resultatet av att använda en observatör som inte tillhör verksamheten är stora. Det ger dels observationen en större tyngd eftersom den är objektiv och dels tar den en större plats eftersom den inte ska utföras av befintlig personal. Den viktigaste delen i PPM mätningarna är att använda resultaten i verksamheten.

QUSTA

Egenkontrollen Qusta genomförs en gång per år, verksamheten själv får inventera och beskriva sina rutiner och arbetssätt som resulterar i vad verksamheten mer behöver arbeta med för att förbättra sin hälso och sjukvårdsverksamhet. Under 2023 kommer MAS MAR arbeta med halvårsuppföljning i varje verksamhet av Qusta, detta för att förtydliga

verksamhetens ägarskap av resultat i Qusta. Verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård är delaktig i processen kring Qusta för att gemensamt för den framåt.

Hälso och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser har varit ett område som under lång tid varit ett förbättringsområde dels pga. av omsättningen bland legitimerad personal och dels för att systemet inte upplevs så användarvänligt. Förvaltningen har en processledare för dokumentation som genomför utbildningsinsatser både enskilt och i grupp.

Egenkontrollerna i form av kollegial journalgranskning utförs 2 gånger årligen. Resultaten i dessa egenkontroller behöver bättre användas i syfte av kollegialt lärande och användas för att tillsammans identifiera utvecklingsområden. Flera av verksamheterna har lokal handledare i dokumentation som kan stötta i vardagen, egenkontrollerna i journalgranskning är ett verktyg för lärande.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Under pandemin har vi utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt, säkerställa informationsflödet. Genomföra kontinuerliga riskbedömning, ta fram handlingsplaner och åtgärda. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ett annat risktänkande.

MAS och MAR kommer hela tiden sträva efter att verksamheterna arbeta så patientsäkert som möjligt genom att fortsätta genomföra uppföljningar, egenkontroller och riskanalyser. Behov av kompetensutveckling planeras tillsammans med verksamheterna samt staden i stort. och stärka patientsäkerhetsarbetet genom att bland annat ta fram en handlingsplan utifrån arbetet med SKR analysverktyg, ta fram gemensamma rutiner och utveckla arbetssätt.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Att bidra till en god och säker hälso- och sjukvård inom särskilda boende för äldre i stadsdelsnämndens egen regi- och entreprenörsdrivna verksamheter på Södermalm.

MAS och MAR strategier för patientsäkerhetsarbetet 2023:

1. Följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:
 - genomföra QUSTA i dialog med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal, ha planerade uppföljningar av Qusta halvår efter genomförd Qusta.
 - inhämta verksamheternas resultat och analys av genomförda egenkontroller avseende hälso- och sjukvård
 - stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation i egenregiverksamhet samt begära in entreprenörers kvalitetsgranskning
 - genomföra punktprevalensmätning för utvalda indikatorer två gånger per år
 - genomföra punktprevalensmätning för basal hygien och klädregler två gånger per år
 - inhämta upprättade riskanalyser från verksamheterna
 - följa registreringar av hälso- och sjukvårdsavvikelser i avvikelsemodulen
 - följa registreringar i nationella kvalitetsregister
 - genomföra anmälda och oanmälda besök i verksamheterna
 - följa upp signeringar av administreringar av läkemedel i det digitala verktyget Appva.

2. Återkoppla resultat och bedömningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet till verksamheterna, utifrån genomförda uppföljningar och inhämtad information
3. Påbörja arbete med SKR analysverktyg -arbeta strategiskt med hälso- och sjukvården på verksamheterna. Ansvariga chefer för hälso- och sjukvården i egen regi skall ingå. Syftet är att säkerställa och utveckla hälso- och sjukvården för att nå en hög patientsäkerhet. Arbetet kommer att pågå under 2023.
4. Stödja och bidra till utveckling i verksamheterna genom att:
 - samverka med verksamhetschefer/enhetschefer vid utredning av allvarlig händelse
 - medverka vid mötesformer i verksamheten där hälso- och sjukvårdsfrågor tas upp
 - delta i nätverksträffar för sjuksköterskor på Södermalm
 - delta i nätverksträffar för rehab personal.
 - Delta vid olika strategiska möten som rör för hälso- och sjukvårdsfrågor inom Stockholms stad och inom länet
 - Samverka med externa aktörer med betydelse för patientsäkerheten.
 - Samverka med Beställarenheten för säkrare vårdövergångar
 - Stödja införandet med digital läkemedelsignering på Katarinagården
 - Upphandla digitalt träningsverktyg.
 - Arbetet med BPSD skattningar behöver förbättras på Södermalm och därför kommer det arbetet intensifieras med bland annat administratörsutbildning under mars månad 2023. Därefter kommer arbetet med BPSD följas upp på respektive enhet.
 - Arbeta fram ny lokal samverkansöverenskommelse med primärvårds rehab.
 - Arbeta fram en samverkansöverenskommelse med primärvården Södermalm
 - Delta i samverkansträffar primärvården Södermalm

Patientsäkerhetsberättelse för Södermalms stadsdelsnämnd

Vård och omsorgsboendeenheten
Katarinagårdens-, Kulltorps-, Magdalenagårdens- och
Nytorgsgårdens vård och omsorgsboende
År 2022



Datum 230301

Ansvarig för innehållet Enhetschef Carina Lummer

Diarienummer SÖD 2023/208

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 del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Innehåll

SAMMANFATTNING	30
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	31
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	31
Övergripande mål och strategier	31
Organisation och ansvar.....	31
Samverkan för att förebygga vårdskador	32
Informationssäkerhet.....	33
En god säkerhetskultur	33

Adekvat kunskap och kompetens	33
Patienten som medskapare	34
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	35
Öka kunskap om inträffade vårdskador	43
Tillförlitliga och säkra system och processer	0
Säker vård här och nu	1
<i>Riskhantering</i>	1
Stärka analys, lärande och utveckling	4
<i>Avvikelser</i>	4
<i>Klagomål och synpunkter</i>	5
Öka riskmedvetenhet och beredskap	6
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	6

SAMMANFATTNING

Det gångna årets har påverkats av Covid 19 men inte så som tidigare, det är främst Kulltorps korttidsboende som regelbundet har Covid positiva boenden. Alla verksamheter har arbetat med att hålla i och säkerställa att medarbetare har följsamhet till de basala hygienrutinerna och nogsamt följt de aktuella riktlinjerna, som uppdaterats regelbundet.

Under året har det skett förändringar i ledningen, dels i samband med avslut så har nya chefer blivit tillsatta men vi har även förstärkt ledarskapet med att öka till fler chefer på varje enhet, då vi satsar på att arbeta med ett nära ledarskap. Detta har medfört att fokus har varit att lära känna verksamheterna samt identifiera prioriterade områden.

Ledningsgruppen arbetar för likställighet på våra fyra verksamheter, det ska inte ha någon betydelse på vilken av våra verksamheter du bor på eller var du arbetar, det ska vara samma rutiner, du ska få samma goda säkra vård och omsorg samt ett utbud av liknande aktiviteter, utevistelse, måltidsituation osv.

Uppdatering av samtliga lokala hälso-och sjukvårdsrutinerna har pågått under 2022 och är snart helt klara, de kommer implementeras i ett nytt verktyg under 2023 som gör alla rutiner lättillgängliga i det dagliga arbetet.

Utvecklingsenheten på förvaltningen har varit ett stort stöd för verksamheterna i att bl.a starta igång arbetet med Appva, ett digitalt signeringssystem för bl.a. Läkemedel, att få igång arbetet med ”Att göra listan” samt arbetet med verksamhetsplan 2023.

Vi har fått god hjälp både teoretiskt och praktiskt av de olika kompetenser/befattningar som finns i förvaltningens utvecklingsenhet och ett nära samarbete med enhetschefer och bitr. enhetschefer har skett. Detta har gynnat patientsäkerhetsarbetet och arbetet med att höja kvaliteten på samtliga verksamheter under 2022 och det kommer fortgå även under 2023, det finns tydligt beskrivet i Verksamhetsplanen.

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

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

En trygg och säker hälso- och sjukvård bedrivs genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

- Genomföra egenkontroll av HSL dokumentation enligt mall en gång per månad samt utföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Kunskapstest vid delegering, uppföljning av delegeringar enligt rutin samt egenkontroll månadsvis.
- Loggkontroller i dokumentationsverktyget Vodok 2.0 månadsvis så att samtliga journaler kontrolleras årligen.
- Genomföra riskbedömningar utifrån validerade bedömningsinstrument enligt MAS regler gällande fall, nutrition, ROAG, blåsdysfunktions bedömningen och trycksår och registrera i nationella kvalitetsregister.
- Apoteksgranskning genomförs 1 gång per år.
- Teammöten hålls i det tvärprofessionella teamet regelbundet.
- Kvalitetsråd hålls regelbundet.
- Narkotikakontroller enligt rutin.
- Strukturera genomföra analys och åtgärder utifrån resultat av egenkontroller och avvikelser gällande hälsosjukvård på kvalitetsråd och HSL-möten.
- Upprätta och utveckla kompetensen hos personal genom deltagande i nätverksträffar och utbildningar för tex, dokumentation, handledning och mat och måltider.
- Årlig uppföljning av hälsosjukvården genomförs av MAS/MAR i samband med verksamhetsuppföljningar.
- Regelbunden uppföljning av nattfastan görs i samråd med dietist.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att aktivt arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. I ansvaret ingår skyldigheten att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) har det övergripande ansvaret för ledning och planering av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I ansvaret ingår att utreda de händelser i verksamheten som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada.

Verksamhetschef har gett uppdrag till biträdande enhetschef att fullgöra utredning, analys, åtgärd och uppföljning av händelser, utföra loggkontroller i Vodok, se till att narkotika kontroll utförts, att funktionskontroll MTP utfört samt enskilda ledningsuppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. Detsamma gäller baspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvård.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarområde. I uppdraget ingår att bedöma om en händelse inneburit risk för allvarlig eller allvarlig vårdskada och besluta om anmälan till IVO enligt delegationsordning.

Katarinagården:

- Legitimerad sjuksköterska finns på plats i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-19.00, lördag och söndag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar namngiven patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Kulltorp:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten dygnet runt. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Magdalenagården:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten dygnet runt. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

Nytorpsgården:

- Legitimerad sjuksköterska finns i verksamheten måndag till fredag kl. 07.00-17.00. Övrig tid ansvarar namngiven patrullverksamhet med avtal för hälso-och sjukvården. Sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut finns tillgängliga vardagar.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

- Södermalms Stadsförvaltning har samverkansöverenskommelse med läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden, som förser verksamheten med en läkare och som ansvarar för den medicinska vården. Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång
- Verksamheten samarbetar med Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering en gång per år. Detta för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs kring läkemedelshantering.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård erbjuder och genomför enligt avtal årliga munhälsobedömningar

- Vårdhygien kontaktas i form av konsultation när behov uppstår vid behov tex. vid svåra utbrott av vinterkräksjuka eller vid frågor runt multiresistenta bakterier. Vårdhygien bistår även med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna
- Logoped kontaktas i samråd med läkare när behov av logopedisk bedömning uppstår hos den enskilde.
- Samverkan sker med Södermalm stadsdelsförvaltnings dietist för att förebygga undernäring och säkerställa ett gott näringsinnehåll och fördelning av energi över dygnet.
- Säker dokumentation: kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar med MAS vid uppföljningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation. Vi har även till vår hjälp Vårdpedagog och språklärare från utvecklingsenheten.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

- Loggkontroller i hälso- och sjukvården genomförs av bitr. verksamhetschef enligt framtagen riktlinje för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk.
- Loggkontroller avseende läsbarheten i Nationell patientöversikt (NPÖ) genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.
- Under året har informationsklassning och konsekvensbedömning enligt GDPR genomförts av samtliga system som hälso och sjukvården är aktiva i tillsammans med dataskyddsombud.

En god säkerhetskultur

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

Verksamhetschef samarbetar och tar hjälp av MAS och MAR för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

- ta del av avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder
- regelbunden dialog om avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok
- får stöd vid utredningar av olika händelser och följer upp att åtgärder vidtas



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.

- Utbildning kring basal fotvård till omvårdnadspersonal på egen regi av det företag som Södermalm har avtal med för medicinsk fotvård.
- Utbildning kring arbetsledning sjuksköterskor
- Utbildning i basal hygien har varit pågående under ledning av Vårdpedagog.
- I den uppsökande verksamhetens uppdrag från Regionen ingår det att utbilda personalen i munvård. Man ser fortfarande begränsningar med utbildningsinsatser relaterat till covid. Då de flesta verksamheter fick



avboka sin planerade utbildning av munvård för att man fick fall av covid inom verksamheten. Den utbildningen är nu planerad till 2023.

- Södermalm har utökat med en dietist som arbetar med patientnära arbetet inom egen regi. Dietisten interagerar dagligen med omvårdnadspersonal och hälso och sjukvårdspersonalen kring patienter men också utbildning/kunskapsspridning. Dietist och dokumentationsstödjare har haft utbildning med sjuksköterskor om nutrition och dokumentation.
- För att få en ökad kunskap om åtgärder inom nutritionsområdet och använda den kunskap vid utformningen av hälsoplaner höll dietist och dokumentationshandledare utbildning för legitimerad personal.

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 §

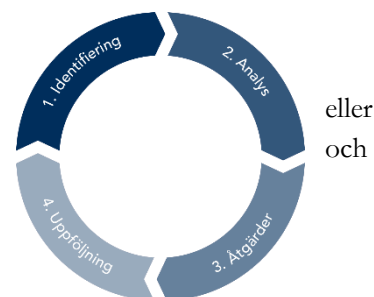
- Verksamheten erbjuder patienter, och vid samtycke från patienten även närstående, att delta vid vårdplanering i samband med inflyttning och därefter uppföljande möten en gång per år eller vid behov.
- Närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal med patient, läkare och sjuksköterska vid vård i livets slut. Närstående erbjuds efterlevnadssamtal.
- I samband med att en avvikelse, informeras patient och närstående. De ges då möjlighet att yttra sig om den inträffade händelsen.
- MAS och MAR har en rådgivande funktion och finns vid behov tillgängliga för patienter och närstående vid frågor som rör hälso- och sjukvården.

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.

MAS och MAR följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet inom stadsdelens särskilda boende. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.



- Samtliga medarbetare rapporterar medicinskt avvikande händelser.
- Den som upptäcker en avvikande händelse rapporterar detta på avsedd blankett och lämnar till tjänstgörande sjuksköterska som gör en första bedömning om vidare och/eller omedelbara åtgärder krävs. Om det är hälso- sjukvårdspersonal som uppmärksammar en avvikande händelse lägger denne in händelsen direkt i avvikelsemodulen Vodok
- Sjuksköterska dokumenterar i journal, utreder händelsen, dokumenterar och antecknar åtgärd på avsedd blanketten.
- Utifrån det underlag som blanketten utgör registreras avvikelser sedan i avvikelsemodulen av i dokumentationssystemet Vodok 2.0 av sjuksköterska och blir på så sätt tillgänglig för verksamhetschef, bitr. enhetschef, MAS och MAR.
- Bitr. enhetschef med HSL uppdrag granskar och godkänner åtgärder på inkomna händelser/avvikelser varje månad, detta görs i samråd med personalgruppen på kvalitetsråd.
- Rapporterade avvikelser återkopplas till berörd omvårdnadspersonal enskilt eller i grupp på rapporter eller våningsmöten.
- Åtgärder som kräver förändringar i arbetssätt dokumenteras i avvikelssystemet och går igenom med aktuell arbetsgrupp.
- Upprepade fall diskuteras på kvalitetsråd där sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, baspersonal och bitr. enhetschefer deltar.
- Åtgärder dokumenteras i journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

LÄKEMEDELSHANTERING

Under 2022 har Appva digitalt signeringsverktyg implementerats i 3 av 4 verksamheter, den sista är planerad till första kvartalet 2023.

Mål: En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Att signeringarna av administrerat läkemedel i Appva når 95% och att det signeras i tid när 80%.

Resultat: Resultatet visar att läkemedelshantering i huvudsak fungerar. Identifierade förbättringsområden handlar främst om uteblivna signeringar vid given dos eller utebliven dos. Att man måste göra förbättringar i att dagligen följa upp de uteblivna signeringarna. Resultatet visar att där det inte signeras handlar det oftast om att man inte signerat inom den fastställda tiden.

Apoteket AB har tillsammans med MAS och ansvarig chef i verksamheterna genomfört årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Resultatet dokumenteras i ett protokoll per verksamhet med förslag på förbättringsområden. De förbättringsområden som till stor del är gemensamt för alla verksamheter är att säkerställa av spårbarhet av läkemedel, i hela processen från att läkemedel kommer till verksamheten till att patienten intar sitt läkemedel och att delegerad personalen alltid tittar läkemedelslistan vid administrering av läkemedel.

Analys av resultat: Analysen visar att läkemedelshanteringen fungerar bra, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner som personalen till största del följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Det visar sig att utbildning och uppföljningar i läkemedelshantering har varit viktigt insats för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra.

Åtgärd: Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och baspersonal. Följa upp resultat med fokus på att personalen ska signera direkt efter given dos i Appva. Att årligen genomföra kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga verksamheter med avtalat Apotek.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok. Att ta del av verksamheternas egenkontroller av läkemedelshantering. Delta vid verksamheternas kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen i egen regi och ta del av entreprenadernas protokoll.

RISKBEDÖMNING/SCREENING FALL, TRYCKSÅR, UNDERNÄRING, KONTINENS OCH MUNHÄLSA

Mål: Alla patienter som samtycker skall riskbedömas. Patienter med identifierad risk ska ha en upprättad hälsoplan med insatser för prevention eller behandling.

Resultat: PPM mätning har genomförts två gånger under året. Verksamheterna har svarat på frågor avseende riskbedömningar och hur stor andel av de som visat på risk som hade åtgärder kopplade till hälsoplaner. Av mätningen framgår att det finns en stor variation i andelen hälsoplaner vid bedömd risk. Vid trycksår och undernäring finns hälsoplaner i högre grad än vid fall och ohälsa i munnen.

Analys av resultat: riskområdena trycksår och undernäring har en hög andel hälsoplaner kopplade till den identifierade risken. Det är också riskområden som är mer etablerade att arbeta preventivt med generellt. Munhälsa och fall visar en ganska hög andel risk samt en lägre andel kopplade hälsoplaner till. Fall är ett område som man behöver arbeta mer teambaserat med kring hälsoplaner, det kan vara en orsak till att området inte har lika hög grad hälsoplaner kopplade till risken. Munhälsa är ett område som minst av tradition kopplas till hälso och sjukvård. Inom området munhälsa har man också delaktighet av tandvårdsenhetens uppdrag om årlig munhälsobedömning. Där finns ett utvecklingsområde att mer aktivt jobba tillsammans med tandvårdsenheten och därefter upprätta hälsoplaner.

En trolig orsak att hälsoplaner inte upprättas i den omfattning som behov finns är kunskapsbrist i dokumentationssystemet, upplevd tidsbrist och att teamarbetet inte kommit i gång fullt ut.

Resultatet inkluderar inte resultat från Kulltorps VoB, då verksamheten inte inkom med fullständig statistik under 2022.

Åtgärd: Fortsatt samarbete med dokumentationsstödjare, täta uppföljningar om resultat. Att prata om goda exempel och få stöd från kollegor och andra funktioner inom den egna verksamheten och från utvecklingsenheten.

Uppföljning av åtgärd: Regelbunden återkoppling och fortbildning kring riskbedömningar och öppenhet kring hur man upplever svårighet till följsamhet kring riskbedömning och hälsoplan om detta. Teamet behöver bli mer involverat och följsamt till detta.

BLÅSDYSFUNKTION

Mål: Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov också en utredning.

Resultat: Resultatet visar att 67 % av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna och att alla fått individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Endast 8,5 % behandlas med urinkateter av dessa hade 90 % dokumenterad indikation. Toalettassistans framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel, dock borde åtgärden användas mer frekvent.

Analys av resultat: Andelen som har basal utredning är ungefär som tidigare år, ingen verksamhet har lägre andel än 60 %. Detta är ett område som behöver utvecklas. En anledning till att det inte är högre siffror i andel med basal utredning är att processen kring basal utredning är komplex. Det är få sjuksköterskor som har den formella kompetensen kring förskrivning av inkontinenshjälpmedel. De flesta sjuksköterskor har den reella kompetensen som bedömts av biträdande enhetschef. Det innebär att den formella kompetensen/kunskapen fattas blåsdysfunktion.

Resultatet inkluderar inte resultat från Kulltorps VoB, då verksamheten inte inkom med fullständig statistik under 2022.

Åtgärd: Öka kompetensen hos sjuksköterskor genom utbildning och föreläsningar inom området. Fler sjuksköterskor behöver utbildas genom högskoleutbildning Inkontinensvård. Vi kan utveckla inkontinensvården i samverkan inom Södermalm men vi behöver också följa upp förskrivningar, hitta goda exempel och hur man gör rätt.

Uppföljning av åtgärd: Verksamheterna arbetar aktivt med uppföljning av resultaten efter PPM mätningarna.

SKYDDSAÅTGÄRDER

Mål: Att skyddsåtgärder används återhållsamt och då det används ska dokumentationen vara tydlig.

Resultat: Resultat av den statistik som presenteras baseras på en PPM-mätning under hösten 2022. Resultatet baseras på Nytorpgården, Magdalenagården och Katarinagården vård och omsorgsboende. Statistiken visar att 62% av samtliga patienter har beslut om skyddsåtgärd. Av dessa är det 7 % som saknar dokumenterat samtycke. Av de som har beslut om skyddsåtgärd så är det 87% som har en kopplad hälsoplan.

Kulltorp vård och omsorgsboende finns inte med i denna statistik, då verksamheten inte inkom med fullständig statistik under 2022.

Analys av resultat: Andelen personer med beslut om skyddsåtgärd ligger på en likvärdig nivå som tidigare år. Beslut att använda individuella larm och grind till vårdsäng är vanligast förekommande. Mätningen visar att bälten samt brickbord används i en mycket låg utsträckning vilket är positivt. Användning av skyddsåtgärder kan utgöra en begränsning för den enskilde, vilket behöver kvalitetssäkras och nollvision ska eftersträvas av verksamheterna. Statistiken visar att detta är ett utvecklingsområde. Gällande hälsoplaner så visar statistiken positivt resultat för vård och omsorgsboendena.

Dokumentationen är väsentlig för att säkerställa underlag för uppföljning samt genomförande av egenkontroller kring följsamhet till regler och rutiner och det behöver verksamheterna fortsätta att förbättra.

Åtgärd: Öka kunskapen om skyddsåtgärder och uppföljning samt hur beslut om skyddsåtgärd ska dokumenteras och därtill kopplat samtycke. Säkerställa att verksamheter inkommer med statistik. Vid alla former av teamarbete, ska området skyddsåtgärder beaktas kring den enskilde patienten.

Uppföljning av åtgärd: Genomföra PPM 2 gånger per år.

SENIOR ALERT

I Senior Alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index), Nicola (blåsdysfunktion) samt ROAG (munstatusbedömning)

Verksamheterna i egen regi på Södermalm har registrerat i Senior Alert i olika hög grad:

Mål: att alla verksamheter arbetar aktivt i registret.

Resultat: Av statistik i registret framgår att samtliga verksamheter registrerar, men i olika stor omfattning. ör de som registrerats och har en risk inom något område, uppges att mellan 14-80 % också har en åtgärdsplan.

Katrinagårdens VoB ligger lågt med 14 % registrerade. Övriga verksamheter har 45-80 % antal registrerade i Senior Alert.

Analys av resultat: Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert är ett fortsatt område som behöver utvecklas i stadsdelens särskilda boenden. De faktiskt genomförda riskbedömningar har en betydligt högre siffra än vad som sedan registreras i Senior Alert. Det beror på att alla patienter med en journalförd bedömning inte registreras i kvalitetsregister och en bidragande orsak är att det innebär dubbeldokumentation för sjuksköterskorna.

Åtgärd: Upprepa utbildning och uppföljning av senior Alert. Använda den arbetsprocess som är utformad inom Södermalm. När man använder kvalitetsregistret Senior Alert får man också hjälp att utforma åtgärder samt hitta bakomliggande orsaker.

Uppföljning av åtgärd: Halvårsvis uppföljning med biträdande enhetschef som har hälso och sjukvårdsansvar.

REGISTRERADE AVVIKELSER

Mål: att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten.

Resultat: Under året har något fler fallavvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok än föregående år.

Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har minskat från föregående år. Verksamheterna har under året genomfört två internutredningar vid misstanke om vårdskada. Dessa föranleddes av synpunkt och klagomål som skickats direkt till IVO via vän/anhörig. Det resulterade i att Yttrande av händelsen av MAS skickades efter begäran av IVO. Det ena ärendet avslutades av IVO under hösten 2022 med beslut att ingen vidare utredning skall göras, ärendet avslutades. Det andra Yttrandet som IVO begärt in har inget beslut inkommit från IVO under 2022.

Analys av resultat: Orsaken till att fallavvikelser har ökat kan vara både ökade registreringar av rapporterade händelser men också att kunskapen har ökat om när avvikelse ska skrivas. Gällande fallavvikelser kan det vara att de som flyttar in på särskilt boende är skörare än tidigare. För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg. Gällande läkemedels avvikelser så kan färre avvikelser bero på att tre av fyra verksamheter använder sig av digital signering via Appva, detta gör att risken att missa eller att patienten på något sätt inte får sina läkemedel minskar i och med detta system. En bedömning är att fler avvikelser finns men hanteras direkt av sjuksköterska som direkt gör en åtgärd. Det kan även vara så att registrering inte prioriteras på grund av hög arbetsbelastning och upplevd tidsbrist. En konsekvens blir att det är svårare att fånga upp alla risksituationer som uppstår och utveckla och säkerställa vården. Ingen avvikelse kring trycksår har registrerats, detta faktum tillsammans med att verksamheterna har en mycket hög andel genomförda riskbedömningar inom området är mycket positivt.

Åtgärd: Som ett led i att förtydliga processen vid avvikelser, så tog MAS och MAR fram en användarvänlig process för avvikelshantering. Det gjordes en för chefsnivå samt en för medarbetare. Som ett led i att använda avvikelserna i förbättringsarbete och därmed arbeta med en öppen patientsäkerhetskultur kommer bland annat MAS, MAR och dokumentationsstödjare vara ute i verksamheterna och ha workshops kring avvikelsemodulen. Verksamheterna behöver under sina kvalitetsråd tillsammans se trender och mönster i sina inkomna avvikelser och reflektera över varför det ser ut som det gör inom just den verksamheten. Att enhetschefer uppmuntrar till en tillåtande avvikelsekultur.

FUNKTIONSBEDÖMNING ADL

Mål: Att alla som flyttar in på särskilt boende får en bedömning avseende ADL förmåga inom 14 dagar.

Resultat: Resultatet baseras på samtliga fyra vård och omsorgsboende.

Andelen bedömningar av patienters förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet inom området personlig vård och hemliv ligger som tidigare år högt och ger grund för att ge individanpassat stöd och hjälp i vardagen. Det är också ett underlag för beslut om specifika åtgärder som behövs i vardagen för patienten. Ett av vård och omsorgsboendena(Kulltorp)sticker ut med ett resultat på endast 76%.

Analys av resultat: Resultatet visar att rutiner för bedömningen följs vid inflytt och följs upp årligen eller vid behov. Trolig orsak är att det är ett verktyg som är känt och väl inarbetat. Vård och omsorgsboende som har ett lägre resultat, kan bero på en högre omsättning på arbetsterapeutjänst under året.

Åtgärd/utveckling: Att arbeta med röda tråden inom detta område, säkerställa att omvårdnadspersonal följer ADL bedömning och att den hålls aktuell genom dialog mellan arbetsterapeut och omvårdnadspersonal.
Uppföljning av åtgärd: fortsätta att årligen inhämta statistik från journalsystemet Vodok.

RISKBEDÖMNINGAR (STATISTIK FRÅN VODOK)

Mål: De äldre som bor på särskilt boende ska erbjudas en riskbedömning som ett led i den förebyggande hälso och sjukvården. Att 90% av alla patienter har riskbedömningar, i de fall de inte tackat nej. Att bedömningar görs tillsammans i teamet.

De bedömningsinstrument som används är:

- Downton Fall Risk Index -för att värdera risk för fall
- MNA (Mini Nutritional Assessment)- för att mäta näringsstatus
- Norton -för att mäta risk för trycksår
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide)- munstatus
- Nikola- Riskbedömning för urininkontinens

Resultat: Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med fallrisk, nutrition, trycksår, munhälsa och inkontinens ligger på en nivå mellan 78-93 %.

Kvalitetsindikatorn anges i procent och är beräknade på antal boende/antal journaler per helår på fyra vård och omsorgs boenden.

Analys av resultat: Inom området trycksår så genomförs bedömningar i hög grad, likaså inom nutrition. Områdena fallrisk, munstatus samt urinkontinens behöver förbättras för att uppnå patientsäkerhet. En trolig orsak till att värdena inte når 90 % är den omsättning på hälso och sjukvårdspersonal som varit inom verksamheterna. Teamarbetet inte genomförs fullt ut gällande att arbeta med riskbedömningar tillsammans.

Åtgärd: Verksamheterna uppmuntras att se över riskbedömningar kontinuerligt och därtill kopplade åtgärder vid bland annat teammöten. Utbildning och information kring riskbedömningar vid introduktion, samt följa upp vid teammöten och kvalitetsråd i verksamheten. Förtydliga riktlinje för dokumentation och åtgärder som ska genomföras vid inflytt.

Uppföljning av åtgärd: Verksamheterna arbetar aktivt med uppföljning av resultaten efter PPM mätningarna.

PALLIATIVA REGISTRET- VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Mål: att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att samtliga verksamheter registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sina resultat i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete.

Resultat: Resultatet visar att de parametrar som främst behöver förbättras är smärtskattning och bedömd munhälsa. Antal registrerade på Södermalms vård och omsorgsboende visar att verksamheterna inte registrerar alla dödsfall. Det finns förbättringsområden att registrera alla dödsfall.

Statistik från Svenska Palliativregistret

Analys av resultat: Vård och omsorgsboendena behöver uppdateras och få stöd i att registrera alla dödsfall som sker inom verksamheten. En möjlig förklaring till den sämre följsamheten är att det i registret tar tid att fylla i samtliga uppgifter, man behöver också samla in information från hela teamet eller göra hela registreringen med teamet för att få med alla delar. Närstående enkäten uppfattas bland sjuksköterskor som svår att genomföra, man vill inte störa. Här kan chefer och andra stödfunktioner jobba mer aktivt genom utbildning och ge möjlighet och rum för genomförande. Vi behöver uppnå ett mer naturligt och bibehållet samtal kring döden.

Åtgärd: Använda utbildning och fortbildning via PKC, Palliativt kunskaps centrum. Här finns en mängd föreläsningar både online och på plats att ta del av. Under våren 2023 utbildas fler palliativa ombud inom varje verksamhet, för att underlätta och förbättra den palliativa vården men också förhållningsättet till döden och efter döden. Att använda ”Dö Bra” korten med patienter för samtalet kring döden.

Uppföljning av åtgärd; regelbundet på hälso och sjukvårdsmöten, att chefer aktivt tar del av Palliativregistrets statistik att användas inom varje verksamhet.

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.



Avvikelsehantering är en del av verksamheternas strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit under flera år är att öka kompetensen och förståelsen hos all personal för att förbättra rapportering av avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver verksamheterna fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. MAS och MAR följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och har regelbunden dialog med verksamheterna.

REGISTRERADE AVVIKELSER

Mål: att verksamheterna rapporterar och analyserar och tillvaratar resultatet som ett led i förbättringsarbetet både för den enskilde och i verksamheten.

Resultat: Under året har något fler fallavvikelser registrerats i avvikelsemodulen i Vodok än föregående år. Rapporteringen av läkemedelsavvikelser har minskat från föregående år. Verksamheterna har under året genomfört två internutredningar vid misstanke om vårdskada. Dessa föranleddes av synpunkt och klagomål som skickats direkt till IVO via vän/anhörig. Det resulterade i att Yttrande av händelsen av MAS skickades efter begäran av IVO. Det ena ärendet avslutades av IVO under hösten 2022 med beslut att ingen vidare utredning skall göras, ärendet avslutades. Det andra Yttrandet som IVO begärt in har inget beslut inkommit från IVO under 2022.

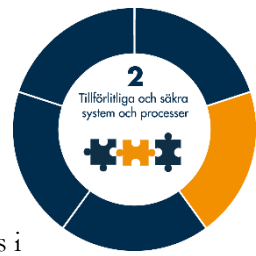
Analys av resultat: Orsaken till att fallavvikelser har ökat kan vara både ökade registreringar av rapporterade händelser men också att kunskapen har ökat om när avvikelse ska skrivas. Gällande fallavvikelser kan det vara att de som flyttar in på särskilt boende är skörare än tidigare. För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg. Gällande läkemedels avvikelser så kan färre avvikelser bero på att fyra av fem verksamheter använder sig av digital

signering via Appva, detta gör att risken att missa eller att patienten på något sätt inte får sina läkemedel minskar i och med detta system. En bedömning är att fler avvikelser finns men hanteras direkt av sjuksköterska som direkt gör en åtgärd. Det kan även vara så att registrering inte prioriteras på grund av hög arbetsbelastning och upplevd tidsbrist. En konsekvens blir att det är svårare att fånga upp alla risksituationer som uppstår och utveckla och säkerställa vården. Ingen avvikelse kring trycksår har registrerats, detta faktum tillsammans med att verksamheterna har en mycket hög andel genomförda riskbedömningar inom området är mycket positivt.

Åtgärd: Som ett led i att förtydliga processen vid avvikelser, så tog MAS och MAR fram en användarvänlig process för avvikelshantering. Det gjordes en för chefsnivå samt en för medarbetare. Som ett led i att använda avvikelserna i förbättringsarbete och därmed arbeta med en öppen patientsäkerhetskultur kommer bland annat MAS, MAR och dokumentationsstödjare vara ute i verksamheterna och ha workshops kring avvikelsemodulen. Verksamheterna behöver under sina kvalitetsråd tillsammans se trender och mönster i sina inkomna avvikelser och reflektera över varför det ser ut som det gör inom just den verksamheten. Att Biträdande enhetschefer uppmuntrar till en tillåtande avvikelsekultur.

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.



Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Uppföljningarna genomfördes under hösten 2022. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.

UPPFÖLJNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KVALITET, QUSTA

Mål: Verksamheterna skall ha väl förankrade lokala rutiner och arbetssätt som är väl kända bland alla personalgrupper.

Resultat: Flera verksamheter visar i resultat att man behöver göra en stor arbetsinsats för att arbeta fram de lokala rutiner och arbetssätt som saknas. En del av det resultatet är att man delvis inte haft ett närvarande ledarskap, som beror på chefsbyte eller förtätning av antal chefer per verksamhet.

Analys av resultat: Qusta genomfördes i alla verksamheter. Under året har flertalet verksamheter fått ny eller delvis ny ledning. Det har påverkat resultatet eftersom det varit en tid där biträdande enhetschefer behövt använda tiden initialt till annat. Men i resultatet framgår tydligt vikten av att jobba med att implementera rutiner och följa upp arbetssätt likställt i verksamheten. Ett område som alla verksamheter saknade lokala rutiner för var Psykisk hälsa, det är ett nytt frågeområde i Qusta.

Åtgärd: Stöd till chefer, bla är Qusta ett bra verktyg för dem att använda för att prioritera vilka fokusområden man behöver arbeta med mer fokuserat i verksamheten. Verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som fattas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal, stödjer framtagande av rutiner.

funktioner på Utvecklingsenheten; vårdpedagog, verksamhetsutvecklare HSL, språklärare, dokumentationsstödjare och dietist.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSOKUMENTATION

Dokumentationen i hälso och sjukvårdsjournalen skall spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård skall dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regi verksamheterna.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår, att den enskildes önskemål framgår.

Resultat: Av inkomna analyser bedöms servicehuset vara de som har visat på en tydligare utveckling, med strukturerade egenkontroller som analyseras och planer för åtgärder som tas fram och följs upp.

Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. I en mer tydlig vårdprocess ska målsättning för den planerade och genomförda vården framkomma samt patientens önskemål och delaktighet synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökad kunskap och följsamhet till journalsystemet samt upplevd tidsbrist. En annan orsak är att ny anställda inte får tillräckligt med stöd i det dagliga arbetet med dokumentation. Brist på kontinuitet bland legitimerad personal är en annan orsak till resultatet.

Åtgärd: Tillgången till stadsdelens dokumentationsstödjare för verksamheternas handledare ökar möjligheterna till en bra introduktion i journalsystemet vilket är en viktig förutsättning till fortsatt utveckling. Dokumentationsstödjaren har regelbundet utbildningar kring kartlagt hälsotillstånd och Hälsoplaner. Även kollegialt stöd mellan legitimerad personal är en tillgång och essentiell.

Uppföljning av åtgärd: verksamheterna kommer aktivt arbeta med kollegial journalgranskning.

MUNHÄLSOBEDÖMNING

Regionen ansvarar för tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade och erbjuder avgiftsfri uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Syftet med uppsökande verksamhet är att säkerställa att den berättigade får en god daglig omvårdnad avseende mun och tänder.

Mål: att fortsätta erbjuda munhälsobedömning och att alla som tackar ja får en bedömning.

Resultat: Munhälsobedömningar på de som blivit erbjudna och tackat ja är genomförda. Under 2022 blev boende erbjudna en munhälsobedömning, 143 genomfördes. De bedömningar som inte genomfördes beror på att den boende/patienten tackat nej av olika orsaker.

Analys av resultat: Under 2022 har fler patienter fått möjlighet till munhälsobedömning än närliggande år, då det mer begränsats av covid smitta inom verksamheterna. Men pandemin har även delvis begränsat verksamheterna och företaget att planera och genomföra bedömningar och den nödvändiga tandvården. Men möjligheten att tacka ja och besöka patienten är större.

Åtgärd: varje enhet gör bokningar med tandvårdsenheten för munhälsobedömningar.

Säker vård här och nu

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

Riskhantering

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

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts i samtliga verksamheter med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar) Uppföljningarna genomfördes under hösten 2022. Uppföljningen omfattar frågor som rör både



organisation, systematik och arbetssätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.

UPPFÖLJNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KVALITET, QUSTA

Mål: Verksamheterna skall ha väl förankrade lokala rutiner och arbetssätt som är väl kända bland alla personalgrupper.

Resultat: Flera verksamheter visar i resultat att man behöver göra en stor arbetsinsats för att arbeta fram de lokala rutiner och arbetssätt som saknas. En del av det resultatet är att man delvis inte haft ett närvarande ledarskap, som beror på chefsbyte eller förtätning av antal chefer per verksamhet.

Nytorpgården visar högre resultat, där har man en stabil grupp av legitimerad personal som arbetat mer processinriktat med rutiner och arbetssätt som gett effekt.

Analys av resultat: Qusta genomfördes i alla verksamheterna. Under året har flertalet verksamheter fått ny eller delvis ny ledning. Det har påverkat resultatet eftersom det varit en tid där biträdande enhetschefer behövt använda tiden initialt till annat. Men i resultatet framgår tydligt vikten av att jobba med att implementera rutiner och följa upp arbetssätt likställt i verksamheten. Ett område som alla verksamheter saknade lokala rutiner för var Psykisk hälsa, det är ett nytt frågeområde i Qusta. Nytorpgården hade ett mer stabilt resultat av Qusta. Magdalenagården, Katarinagården och Kulltorp har delvis eller helt nya biträdande enhetschefer. Två av enheterna har också haft en stabil sjuksköterskegrupp som är en bidragande orsak till de bättre resultaten av Qusta.

Åtgärd: Stöd till chefer, bla är Qusta ett bra verktyg för dem att använda för att prioritera vilka fokus områden man behöver arbeta med mer fokuserat i verksamheten. Verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård stödjer verksamheterna med de lokala rutiner som fattas eller behöver revideras. MAS och MAR deltar i möten med legitimerad personal, stödjer framtagande av rutiner.

Uppföljning av åtgärd: Biträdande enhetschefer har uppföljning med MAS o MAR.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSDOKUMENTATION

Dokumentationen i hälso och sjukvårdsjournalen skall spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård skall dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys av resultat begärs in två gånger om året från samtliga verksamheter. MAS och MAR genomför stickprovsgranskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentationen i egen regi verksamheterna.

Mål: att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer, att hälso- och sjukvårdens processer framgår, att den enskildes önskemål framgår.

Resultat: Av inkomna analyser bedöms servicehuset vara de som har visat på en tydligare utveckling, med strukturerade egenkontroller som analyseras och planer för åtgärder som tas fram och följs upp.

Utvecklingsområden som kvarstår gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. I en mer tydlig vårdprocess ska målsättning för den planerade och genomförda vården framkomma samt patientens önskemål och delaktighet synliggöras. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

Analys av resultat: En anledning till brister i dokumentationen bedöms vara behov av ökad kunskap och följsamhet till journalsystemet samt upplevd tidsbrist. En annan orsak är att ny anställda inte får tillräckligt med stöd i det dagliga arbetet med dokumentation. Brist på kontinuitet bland legitimerad personal är en annan orsak till resultatet.

Åtgärd: Vi har utsedda dokumentationsstödare till hjälp.

RISKHANTERING

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

Samtliga verksamheter har inför årets semesterperioder inkommit med begärda riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer. Riskanalyserna visade initial en oro för bemanning främst sjuksköterskor om sjukdom skulle uppstå.

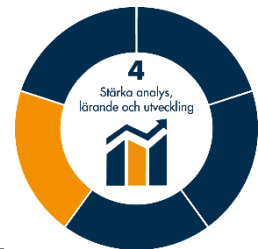
Analysen efter semesterperioderna visade att det delvis varit svårt att bemanna sjuksköterskor, men även fysioterapeut och arbetsterapeut. Man har använt bemanningsfirmor i hög grad för alla tre yrkena. Det medför en sämre kontinuitet då sjuksköterskan inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner som det i sin tur kan leda till brister i patientsäkerheten. Men trots svårigheter att bemanna har man inte bedömt att patientsäkerheten varit äventyrad.

Läkarinsatserna från läkarorganisationerna under semesterperioderna har fungerat bra trots viss oro för vikarie situation även där. Analysen efter semesterperioderna visade på ett gott samarbete och tillgänglighet.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda verksamheterna för tex ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas. Vår riskanalys inför sommaren stämde väl överens med utvärderingen efter sommaren.

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.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning, nationella register, m.fl.

Avvikelser

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

Antal avvikelser har minskat inom området läkemedelshantering, främsta orsak är troligen införandet av det digitala signeringsverktyget som införts under 2022. Men avvikelserapporteringen är också komplicerad/tidskrävande då det sker via vårt journaldokumentationssystem Vodok. Tillgång till detta system har endast legitimerad personal. Antal registrerade fall avvikelser har ökat under 2022, våra patienter är skörare och undvikbarheten för fall är mindre.

Under 2022 har MAS MAR gjort ett försök till att tydliggöra avvikelseprocessen i ett användarvänligt dokument riktat till biträdande enhetschefer och i ett annat riktat till övrig personal. Vi ser under 2023 ett fortsatt stort behov av att arbeta med biträdande enhetschefer, legitimerad personal samt baspersonal och utbilda och förtydliga avvikelseprocessen och göra den användarvänlig och därmed öka patientsäkerheten. MAS MAR följer kontinuerligt med att följa upp avvikelser, när risk för vårdskada finns så följs detta upp i verksamheterna kvalitetsråd i lärande syfte.

Läkemedelshantering

Under 2022 har verksamheterna arbetat fram en lokalt anpassad rutin för läkemedelshantering, rutinen är efter en mall utformad av stadens MAS MAR nätverk. Rutinen skall finnas väl synlig i alla läkemedelsrum på alla verksamheter. Under 2022 har det digitala signerings verktyg för läkemedel- Appva-implementerats inom 3 av 4 verksamheter. Den sista verksamheten startar med digital signering i början på år 2023. Avvikelser i läkemedelshantering har minskat jämfört med tidigare år. En trolig orsak till färre avvikelser är den digitala signeringen som ger sjuksköterskan en omedelbar bild av läkemedelsadministrering inom sin verksamhet. Följsamheten till läkemedelssignteringar följs noggsamt upp.

Även delegeringar för läkemedels administrering har blivit tydligare och mer verksamhetsnära när det nu registrerats och kopplas till Appva. Det gör att varje sjuksköterska har en överblick av de delegeringar hen utfört och hur länge de är giltiga. Antalet personal med delegeringar tros ha minskats eftersom det blir tydligare att språknivån hos personalen har en stor betydelse.

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter har under året ytterligare säkerställt genom att kraven för att få delegering har stärkts, samtlig personal måste genomgå en webbutbildning med ett godkänt kunskapstest, även vid förläng delegering har kraven stärkt på utbildning och kunskapstest.

Medicintekniska produkter(MTP)

Under 2023 så har samtliga verksamheter arbetat fram en lokalt anpassad rutin för MTP. Verksamheterna har lagt in samtliga produkter i en Excelfil, och vidare arbetat med att säkra spårbarheten. Lyftselarna har gallrats noga och många nya inköp har genomförts.

Egenkontroller

Basal hygien

I PPM basal hygien under hösten 2022 utfördes delvis observationerna av en extern observatör. Resultatet av att använda en observatör som inte tillhör verksamheten är stora. Det ger dels observationen en större tyngd eftersom den är objektiv och dels tar den en större plats eftersom den inte ska utföras av befintlig personal. Den viktigaste delen i PPM mätningarna är att använda resultaten i verksamheten.

QUSTA

Egenkontrollen Qusta genomförs en gång per år, verksamheten själv får inventera och beskriva sina rutiner och arbets sätt som resulterar i vad verksamheten mer behöver arbeta med för att förbättra sin hälso och sjukvårdsverksamhet. Verksamhetsutvecklare hälso och sjukvård är delaktig i processen kring Qusta för att gemensamt föra den framåt.

Hälso och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser har varit ett område som under lång tid varit ett förbättringsområde dels pga. av omsättningen bland legitimerad personal och dels för att systemet inte upplevs så användarvänligt. Förvaltningen har en processledare för dokumentation som genomför utbildningsinsatser både enskilt och i grupp. Egenkontrollerna i form av kollegial journalgranskning utförs 2 gånger årligen. Resultaten i dessa egenkontroller behöver bättre användas i syfte av kollegialt lärande och användas för att tillsammans identifiera utvecklingsområden. Flera av verksamheterna har lokal handledare i dokumentation som kan stötta i vardagen, egenkontrollerna i journalgranskning är ett verktyg för lärande.

Klagomål och synpunkter

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

Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten dokumenteras systematiskt samt diarieförs. De flesta av klagomål/synpunkter för år 2022 har handlat om bemötande frågor.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Under pandemin har vi utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt, säkerställa informationsflödet. Genomföra kontinuerliga riskbedömning, ta fram handlingsplaner och åtgärda. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ett annat risktänkande.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

Att öka kvaliteten och utveckla hälso-sjukvården:

- Utveckla hälso-och sjukvårdsdokumentationen.
Strategi: Genom att regelbundet och vid behov ha dokumentation som en punkt på HSL-möte. HSL-personalen kommer fortsatt få individuell- och gruppanpassad utbildning i dokumentation.
- Öka andelen registrerade avvikelser vad gäller framförallt läkemedel.
Strategi: Genom att på kvalitetsråd prata kring om vad en avvikelse är och varför de görs.
- Öka frekvensen av Kartlagt hälsotillstånd utifrån patientens delaktighet.
Strategi: Regelbundna teammöten som hålls i den tvärprofessionella gruppen där patientens delaktighet framkommer.
- Öka registrering i kvalitetsregister som Senior Alert och Palliativa registret.
Strategi: Genom regelbundna teammöten där varje yrkesprofession deltar med sin spetskompetens.
- Utveckla det systematiska arbetet med avvikelshanteringen.
Strategi: Genom regelbundna kvalitetsråd där avvikelser hanteras systematiskt i det tvärprofessionella teamet.
- Fler palliativa ombud utbildas på varje verksamhet
- BPSD utbildning av administratörer för att återuppta BPSD verktyget i alla verksamheter
- Sjuksköterskenätverk fortsätter
- Rehab nätverk fortsätter
- Kompetens höja sjuksköterskegruppen
- Utveckla kompetens stegar för sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Utveckla det tvärprofessionella arbetet genom regelbundna teammöten där HSL personal och omvårdnadspersonal deltar med patienten i fokus.

Patientsäkerhetsberättelse för Södermalms stadsdelsnämnd

Hornstulls servicehus

År 2022



Datum 2022-02-27

Ansvarig för innehållet Tabitha Nodeh

Diarienummer : SÖD 2023/209

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”

Innehåll

SAMMANFATTNING	10
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	11
Engagerad ledning och tydlig styrning	11
<i>Övergripande mål och strategier</i>	<i>11</i>
<i>Organisation och ansvar.....</i>	<i>11</i>
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	<i>12</i>
<i>Informationssäkerhet</i>	<i>13</i>
En god säkerhetskultur.....	13
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Patienten som medskapare.....	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
<i>Öka kunskap om inträffade vårdskador.....</i>	<i>15</i>
<i>Utredning av händelser - vårdskador.....</i>	<i>16</i>
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	16
Säker vård här och nu	17
<i>Riskhantering.....</i>	<i>17</i>
Stärka analys, lärande och utveckling.....	17
<i>Avvikelse</i>	<i>17</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>18</i>
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	19
<i>Egenkontroll.....</i>	<i>19</i>
Mål och strategier för kommande år.....	21

SAMMANFATTNING

En stomme i det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2022 har varit den egenkontroll som regelbundet utförts i verksamheten. Avvikelser har löpande registreras och hanterats i journalsystemet Vodoks avvikelsemodul. Uppföljningar har gjorts vid hälso- och sjukvårdsmöten och kvalitetsråd ca en gång i månaden. Det stora flertalet avvikelser har avsett fall och till viss del även hantering av läkemedel. Verksamheten behöver fortsatt jobba med rapportering av andra händelser som skulle kunna innebära risk ur patientsäkerhetssynpunkt.

Under 2022 har strukturerad journalgranskning genomförts vid två tillfällen med gott resultat. Enheten behöver fokusera på att utveckla innehållet i de hälsoplaner där bedömning indikerar risk. I samband med journalgranskningen har även en egenkontroll av kvalitetsindikatorer utförts.

Som stöd i arbetet för att förebygga undernäring, fall risk för trycksår och inkontinens har enheten använt sig av kvalitetsregistret Senior Alert. Under 2022 registrerades ca 80% av enhetens patienter. En förklaring till att stadens målsättning om 90% registrerade ej har uppnåtts, är att sjuksköterskegruppen under hösten inte varit fullbemannad p g a sjukdom.

Verksamheten har också använt sig av Svenska palliativregistret . Under året har 8 dödsfall registrerats. Att på ett strukturerat sätt använda det resultat som går att utläsa av registreringarna är ett utvecklingsområde. Egenkontroller har också utförts som ett led i arbetet med vårdhygien. Vid två tillfällen har observationer utförts och under hösten användes en extern granskare. Kontrollerna visade god följsamhet till klädregler men brister i handhygien. Infektioner har löpande registrerats och redovisats månadsvis till stadsdelens MAS. Under hösten upptäcktes multiresistenta bakterier hos en av enhetens patienter. Smittspårning visade spridning inom enheten, något som troligtvis kan kopplas till de brister i handhygien som uppdagats i samband med tidigare egenkontroll. Mot bakgrund av detta har verksamheten under den senare delen av året genomfört utbildningsinsatser i samarbete med Vårdhygien Stockholm och äldreomsorgens vårdpedagog. Kompetensutveckling inom området kommer att fortsätta under 2023 och inkludera all personal på enheten.

Ett antal revisioner har utförts under året. Förutom MAS och MAR:S årliga uppföljning av enhetens hälso- och sjukvårdsarbete med hjälp av QUSTA, genomfördes i oktober 2022 en genomgripande verksamhetsuppföljning då enhetens alla delar granskades genomgående. Under hösten hade gjordes också en extern kontroll av enhetens läkemedelshantering. Denna utfördes av en farmaceut från Apoteket. Som ett led i enhetens utvecklingsarbete infördes under våren 2022 digital signering Appva. Systemet är tänkt att fungera som verktyg i arbetet med läkemedelsöverlämnande och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. Övergången har inneburit vissa utmaningar både tekniskt och när det gäller arbetssätt för personalen. Uppföljning och stödinsatser har utförts och kommer att fortsätta under 2023.

Övriga kompetensutvecklingsinsatser som utförts under året har bland annat omfattat utbildning i existentiella samtal, vård i livets slut och smärta.

Värt att nämna är slutligen att samarbetet med den läkarorganisation som är knuten till verksamheten fungerat väl. Trots flera läkarbyten under året har arbetet löpt utan avbrott och majoriteten av de läkemedelsgenomgångar som planerats har utförts i tid

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

Verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög patientsäkerhet.

Strategier för patientsäkerhetsarbetet under år 2022 har varit att:

- genomföra egenkontroller genom granskningar av hälso- och sjukvårdsdokumentation, kontroll av narkotika samt loggkontroller i Vodok 2.
- följa och analysera rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser i VODOK och samverka med Södermalms medicinskt ansvarig sjuksköterska samt medicinskt ansvarig för rehabilitering, vid utredning av vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.
- säkerställa följsamheten till basala hygienrutiner. Detta genom utbildningar, punktprevalensmätning, externa och interna observationer.
- fortsätta utvecklingen av teamarbete.
- uppdatera ledningssystemet. Detta genom digitalisering av verksamhetens riktlinjer/rutiner och göra dessa lättillgängliga, kända för all personal.
- registrera i Senior Alert och Svenska palliativregistret.
- analysera och följa upp den palliativa vården i livets slutskede utvecklas. Detta utifrån analys av resultat från svenska palliativregistret.
- följa upp åtgärdsplanerna från 2022 års kvalitetsuppföljning av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) (utifrån kvalitetsuppföljningsmodellen QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) samt kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- förbättra arbete gällande hantering av medicintekniska produkter. Detta genom att personalen erbjuds utbildning om hjälpmedel.
- erbjuda ADL bedömning till samtliga boende på Hornstulls servicehus.
- genomföra läkemedelsgenomgång en gång per år eller vid behov på samtliga patienter.
- erbjuda munhälsobedömning och utfärdande av tandvårdsintyg till berättigade patienter.

Organisation och ansvar

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

Södermalms stadsdelsnämnd (Vårdgivare) fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och följer kontinuerligt upp och utvärderar målen. Ger direktiv och säkerställer att ledningssystem för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvalitén.

Verksamhetschef

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:40) är enhetschefen för Hornstulls servicehus.

Verksamhetschef formulerar mål och tar inom ramen för vårdgivarens ledningssystem fram, fastställer och

dokumenterar rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas.

Verksamhetschefen medverkar i kvalitetsuppföljning, ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården samt att vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet tillämpas i verksamhetens arbetssätt.

Verksamhetschef samverkar med av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), Södermalms stadsdels utvecklingsenhet för äldreomsorgen där ingår bland annat, vårdpedagog, dietist och dokumentationsstödjare för att nå god kvalitet i hälso- och sjukvård. Utöver det har verksamheten stöd av Apoteket AB och Vårdhygien.

Biträdande enhetschef

Biträdande enhetschef, med uppdrag att fullfölja enskilda uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen följer upp och ansvarar för egenkontroller samt analys av resultat så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Medverkar, inom ramen för verksamhetens ledningssystem, kontinuerligt i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i följsamheten, framtagandet, utprovningen och vidareutveckling av rutiner och metoder.

Arbetar kontinuerligt med risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

Ordinarie sjuksköterskor finns tillgängliga vardagar från 07.00 till 16.30. Övrig tid ansvarar ambulerande sjuksköterskor med avtal för hälso- och sjukvården. Verksamheten har avtal med Klara Kompetens.

Fysioterapeut har varit tillgänglig under vardagar måndag – torsdag från 08:00-16.30. Arbetsterapeut har varit tillgänglig under vardagar måndag – fredag från 07.15-16.00.

Baspersonal

Baspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgifter följer de lagar, riktlinjer och gällande rutiner för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheten har samarbetat med flera instanser för att förebygga vårdskador.

Verksamheten har haft stöd av utvecklingsenheten, avdelningen för äldreomsorg Södermalm.

Utvecklingsenhetens uppdrag är att stödja Hornstulls servicehus i arbetet att uppnå mål och aktiviteter i verksamhetsplanen och patientsäkerhetsberättelsen. I utvecklingsenheten ingår bland annat Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) som har till ansvar för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Utvecklingsenhetens vårdpedagog, dokumentationsstödjare, dietist finns tillgängliga för verksamheten och hälso- sjukvårdspersonal att konsultera när behov uppstår.

Vidare har verksamheten en samverkansöverenskommelse med

- Klara kompetens för sjuksköterskeinsatser på jourtid
- HELSA Vårdcentral för läkarinsatser
- Capio Legevisitten för läkarinsatser
- MediCarrier AB för transporter av prover och riskavfall
- Apoteket AB för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Oral Care står för uppsökande tandvård

- Fot&Hälsa gruppen för patienter med medicinsk sjukfotvård.
- Vårdhygien
- Äldreförvaltningen

I ledningssystemet finns samverkansrutiner för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare och teammöten.

Verksamheten arbetar också enligt överenskommelse mellan regionen och kommunerna i Stockholmslän angående samverkan vid in- utskrivning till slutenvården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §.

Det är viktigt att personalen har snabb tillgång till relevant information om patienterna som är nödvändig för deras vård och omsorg dygnet runt. Samtidigt måste risken att obehöriga får tillgång till informationen minimeras. Risker för informationssäkerheten kan uppstå bland annat vid informationsöverföring, byte av vårdgivare, otillgänglig vårddokumentation och att obehöriga får tillgång till sekretessmaterial

På Hornstulls servicehusförvaras all dokumentation inlåst och i skydd från obehöriga. Under våren 2022 övergick verksamheten till Fax2mail. Syftet har varit att förebygga säkerhetsrisker, dvs. risker att sekretessen bryts vid sändning och mottagning av journaler och andra sekretesshandlingar via fax.

Fax2mail säkerställer att känsliga uppgifter inte hamnar hos fel personer eller på fel plats.

Rutinmässiga kontroller av åtkomst av dokumentation i Vodok sker en gång per månad av biträdande enhetschef. Loggkontroller i NPÖ görs av medicinskt ansvarig sjuksköterska. I slutet av året delges loggkontrollerna till MAS med medföljande analys.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Då är det organisationen som ska ge förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Arbetsätt och verktyg som har använts för att öka patientsäkerheten på Hornstulls servicehus är:

- egenkontroll av utförda åtgärder.
- digitalisering av ledningssystemet och lokala rutiner.
- kompetenshöjning, för både bas- och legitimerad personal, inom klinisk bedömning, hygien, psykisk hälsa, nutrition, palliativ vård, lyft- och förflyttningsteknik, nutrition samt sårvård.
- teamsamverkan utifrån bedömda risker. Preventivt arbete med fokus på att förhindra fallskador, trycksår, och undernäring.
- utredning av inkomna synpunkter samt inträffade avvikelser.
- rapportera allvarliga händelser, vårdskador eller risk för vårdskador enligt rutin.
- förebygga och minska smittspridning genom utbildningsinsatser samt samverka med läkarorganisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska, och vårdhygien.



Adekvat kunskap och kompetens

Utbildningsinsatser som har erbjudits under 2022 består av

- digital signering Appva
- läkemedelshantering
- lyftteknik och hjälpmedel
- digitala systemet Verkytet
- utbildning i existentiella samtal, vård i livets slut och smärta
- utbildning i basala hygien- och klädrutiner
- psykisk hälsa och suicidprevention



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Alla patienter och deras närstående erbjuds, efter inhämtat samtycke, inflyttningssamtal med hälso- och sjukvårdspersonal inom två veckor och även vid förändrat hälsotillstånd. Patient och närstående erbjuds att delta vid brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede. Anhöriga erbjuds också efterlevandesamtal efter dödsfall. Vid hälso- och sjukvårdsavvikelse involveras patienten i utredning om den själv vill, närstående involveras om samtycke finns. Vid registrering i Senior Alert inhämtas samtycke och patientens önskemål och vilja tas i beaktan. På Hornstulls servicehus finns också ett förtroenderåd som bevakar boendes intresse samt ser till att närstående, boende och pensionärsorganisationer regelbundet träffar representanter verksamheten. Det finns möjlighet för närstående och boende att lämna meddelanden till förtroenderådet.



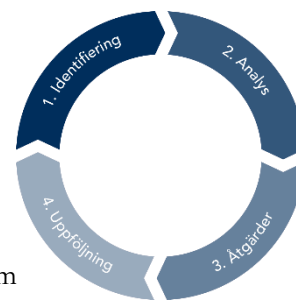
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll

En stomme i det systematiska patientsäkerhetsarbetet under 2022 har varit den egenkontroll som regelbundet utförts i verksamheten.

Egenkontrollen utförs enligt de rutiner som finns för äldreomsorgsavdelningen inom Södermalms stadsförvaltning.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård	1 gång per år	Uppföljning med kvalitetsinstrumentet QUSTA
Dokumentation	2 gånger per år 1 gång per år	Verksamheternas egenkontroll Stickprovsgranskning av MAS och MAR
Loggkontroll	1 gång per år 1 gång per månad	Verksamheternas loggar i Vodok 2.0 Stickprovskontroll NPÖ

Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsesystem Vodok 2.0
Läkemedelshantering	1 gång i veckan	APPVA
Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av administrerade läkemedel	1 gång i månaden	Narkotikajournaler Signeringslistor
Delegering	1 gång i månaden	APPVA
Läkemedelshantering Kontroll av utgångsdatum akutläkemedelsförrådet	1 gång i månaden	Signeringslistor
Skyddsåtgärder	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Riskbedömning/screening fall, trycksår, nutrition, munhälsa och blåsdysfunktion	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0 Senior Alert Punktprevalensmätning (PPM)
Basal hygien och klädrutiner	2 gånger per år	Nationell mätning (PPM-BHK)
Funktionsbedömning ADL	1 gång per år	Sammanställningar i journalsystemet Vodok 2.0
Infektionsregistrering	Var tredje månad	Registreringsblankett
Vård i livets slut	1 gång per år	Palliativregistret
Synpunkter och klagomål	Inför arbetsplatsträff Löpande/var fjärde vecka på kvalitetsrådet	Excel Tertialrapporter
Medicintekniska produkter - MTP	1 gång i månaden	Signeringslistor

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 §

Alla avvikelser inom hälso- och sjukvård dokumenteras och utreds i Vodoks avvikelsemodul och analyseras på kvalitetsrådet och kommuniceras på verksamhetens APT eller andra mötesforum. Målet är att få säkrare och förbättrade arbetsätt genom att diskutera händelseförloppet, orsaker till händelsen och vad man kan göra för att förhindra att händelsen upprepas igen.

All personal påminns om rapporteringsskyldighet. Den personal som upptäcker en avvikelse ansvarar för att vidta eventuella åtgärder för patienten omgående.

Baspersonal rapporterar avvikelser skriftligt och lämnar till sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut eller närmsta chef enligt lokal rutin. Hälso- och sjukvårdspersonal registrerar i avvikelsemodulen i Vodok 2.0 och i patientens journal och vid behov i den sociala dokumentationen.

Hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker en avvikelse registrerar direkt i avvikelsemodulen.



Avvikelserna utreds och analyseras i team där hälso- och sjukvårdspersonal samt chef ingår. Här ska en bedömning, utredning och analys av enklare händelser genomföras. Vid allvarigare avvikelser ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kontaktas snarast och utredning påbörjas omgående. Verksamheten behöver fortsatt jobba med ökad kunskap om rapportering av andra händelser som skulle kunna innebära risk ur patientsäkerhetssynpunkt. Exempel på dessa händelser är användning av hjälpmedel, kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal vid förändrad hälsostatus eller ökad omvårdnadsbehov.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

I verksamheten har två allvarliga händelser utretts, men inga händelser föranlett anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Både händelserna utreddes av Södermalms medicinskt ansvarig sjuksköterska.

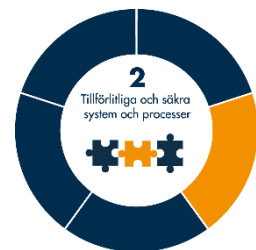
Den ena händelsen gällde en avvikelse om närstående ansåg att personalen inte hade bristande kompetens för läkemedelshantering, samt sårvård. Utredningen visade att närstående ville gärna behjälplig med sårvård och läkemedelshantering vilket resulterade förvirring hos personalen. Legitimerade personal bedömde att boende bör om sina läkemedel själv samt informerade närstående om egenvård.

Den andra händelsen handlade om baspersonal som inte kommunicerade patientens försämrade hälsotillstånd till hälso- och sjukvårdspersonalen enligt rutin. Återkoppling fördröjdes i över 3h vilket kunde ha lett till allvarlig vårdskada. En åtgärd till följd av avvikelsen ledde till rutin för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal förtydligades.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård

Uppföljning av verksamhetens förutsättningar att bedriva en god och säker vård har genomförts. Patientsäkerhetsberättelse, kvalitetsregister, verksamhetsuppföljning och egenkontroller där bland annat QUSTA-instrumentet har legat till grund för att säkerställa god och säker vård. Vid dialogen medverkade ledningen och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna och baspersonal i verksamheterna.



Dokumentation

Under 2022 har verksamhetens egenkontroll och analys av hälso- och sjukvårdsdokumentation har gjorts och rapporterats med MAS och MAR. Stadsdelens dokumentationsstödare har genomfört utbildning i vårdprocessen och dokumentationssystemet Vodok 2.0.

Avvikelsehantering

Registreringen av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser har gått genom i kvalitetsrådet i syfte att se trender över avvikande händelser i verksamheten.

Läkemedel

Extern kvalitetsgranskning samordnas av MAS och har genomförts under hösten 2022.

Hälso- och sjukvårdsindikatorer

Indikatorer för hälso- och sjukvården har skickats till MAS och MAR vid två punktprevalensmätningar (PPM) under 2022. Punktprevalensmätning innebär en mätning vid ett specifikt tillfälle eller datum över utvalt område. Resultatet visar på ett nuläge som ligger till grund för analys.

Statistik över genomförda riskbedömningar

Statistik över genomförandegrad av riskbedömning inom områdena fall, trycksår, nutrition och munhälsa samt kontinens har sammanställts och analyserats. Verksamheternas registreringsgrad i det nationella kvalitetsregistret Senior alert har följts upp under olika mötesforum, bland annat under kvalitetsrådet samt hälso- och sjukvårdsmöten.

Vård i livets slut

Resultat från Palliativregistret har sammanställts och analyserats under kvalitetsrådet.

Säker vård här och nu

Verksamheten har haft svårigheter att bemanna sjuksköterskor. Vi har använt sjuksköterskor från bemanning i hög grad som då ger brister i kontinuiteten som i sin tur leder till sämre kännedom om patienterna.

Samarbetet med den läkarorganisation som är knuten till verksamheten fungerat väl, men under året har flera läkarbyten gjorts. Trots detta har arbetet löpt utan avbrott och majoriteten av de läkemedelsgenomgångar som planerats har utförts i tid. På grund av snabba utskrivningar från slutenvården samt att patienterna i högre grad är sjukare, än tidigare, krävs mer samverkan mellan verksamheten, slutenvården och beställarenheten. Hälso- och sjukvårdspersonalen.



Riskhantering

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

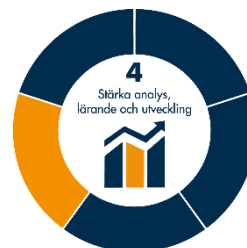
Inför varje verksamhetsår införs väsentlighets- och riskanalyser. Bedömda risker samt väsentlighet för verksamheten dokumenteras i stadens integrerade ledningssystem (ILS). Dessa följs upp vid tertialrapporter och bokslut. Riskanalyser på verksamhetsnivå har gjorts inför sommarperioden samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten bland annat gällande kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, delegerad baspersonal samt tillgång till digitala system för vikarier. Även risker i samband med eventuell värmebölja under sommaren samt smittspridning i samband med pandemin beaktades.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelse

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

Antalet fallavvikelse som har rapporterats under 2022 är 258 stycken vilket har ökat jämfört med föregående året. Detta kan bero på att verksamheten har arbetat intensivt med ökad kunskap om rapporteringsskyldigheten gällande avvikelser. Alla patienter som har gett samtycke har registrerats i Senior Alert.



En stor del av de fall, som rapporterats står för egen förflyttning i hemmet och det är samma individer som fallit. Många av dessa individer ramlar på grund av kognitiv svikt. Teamet kommer att fortsätta arbeta enligt regel för bedömning, prevention och insatser vid inträffade fall.

Ingen skada	144
Misstanke om annan fraktur	2
Misstanke om ben och lårbensfraktur	1
Misstanke om skada	4
Skada	18

20 medicinavvikelser har inkommit under 2022 vilket har minskat jämfört med 2021. En stor andel av avvikelserna har handlat om uteblivna doser. Minskning av avvikelserna kan bero på god följsamhet till befintliga rutiner och riktlinjer, utbildnings insatser gällande läkemedelshantering samt införandet av digitala signeringssystemet Appva.

Exempel på typ av händelse

Fel administrerat läkemedel	0
Utebliven dos	7
Förväxling av tidpunkt	0
Förväxling av patient	0
Dubbel dos	0
Läkemedel saknas i läkemedelsskåp	5
Övrigt/annat	8

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som inkommer till stadsdelsförvaltningen registreras och diarieförs. Dessa skickas till verksamheten för utredning. Inkomna synpunkter och klagomål besvaras skyndsamt till den som lämnat genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet eller synpunkten inkommit och kommer att utredas. Biträdande enhetschef/enhetschef ansvarar för utredningen som görs tillsammans med berörd personal och vid behov tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Den enskilde får sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som också diarieförs.

Exempel på typ av händelse

Kompetens	Närstående hade synpunkter på personalens bristande omvårdnad orsakade fallskada. Utredningen visade att patienten ramlade vid egen förflyttning när personalen inte närvarande.
Kompetens	Närstående hade synpunkter på sjuksköterskans omvårdnadsordination och uppföljning. Sjuksköterskegruppen under hösten inte varit fullbemannad p g a sjukdom.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Den rådande pandemin har påverkat Hornstulls servicehus möjlighet att upprätthålla genomförandet av vissa planerade aktiviteter. Verksamheten har vid flera tillfällen fått genomföra omställningar i arbetet. Bland annat genom att implementera uppdaterade rutiner för basal hygien och klädregler samt nya rutiner för smittsäkra arbetsätt. Det har också inneburit stora utbildningsinsatser för att stärka kompetensen inom dessa områden. Under hösten upptäcktes multiresistenta bakterier hos en av enhetens patienter. Smittspårning visade spridning inom enheten, något som troligtvis kan kopplas till de brister i handhygien som uppdagats i samband med tidigare egenkontroll. Mot bakgrund av detta har verksamheten under den senare delen av året genomfört utbildningsinsatser i samarbete med Vårdhygien Stockholm och äldreomsorgens vårdpedagog. Kompetensutveckling inom området kommer att fortsätta under 2023 och inkludera all personal på enheten. Som ett led i enhetens utvecklingsarbete infördes under våren 2022 digital signering. Systemet är tänkt att fungera som verktyg i arbetet med läkemedelsöverlämnande och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal. Övergången har inneburit vissa utmaningar både tekniskt och när det gäller arbetsätt för personalen. Uppföljning och stödinsatser har utförts och kommer att fortsätta under 2023. Sjuksköterskegruppen under hösten inte varit fullbemannad på grund av sjukdom. Detta har orsakat att verksamhetens målsättningar inte har uppnåtts. Stödinsatser i form av ökad sjuksköterskebemanning är under planering.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Egenkontroll

<p>Qusta</p> <p>(quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar)</p> <p>1 gång per år eller tätare om brister finns.</p>	<p>Genomförd i verksamheten den 220920, några nya rutiner begärdes in samt uppdatering av äldre lokala rutiner.</p> <p>Alla rutiner samt uppdateringar är gjorda och återkoppling till MAS/MAR 20221103.</p> <p>Bedömning är att verksamheten i stort har en grundläggande kompetens gällande hälso- och sjukvård med rutiner och arbetsätt på plats inom flera av de genomgångna områdena. Enheten har flertal styrkor. Rutiner kring ”Samverkan”, ”läkemedelshandling” samt ”delegering” upplevs som väl inarbetade områden som är väl kända bland legitimerad personal. Ett utvecklingsområde är ”Psykisk hälsa” där man behöver en lokal rutin om hur man bemöter/åtgärdar tecken eller väl synliga symtom på psykisk ohälsa, tex med en punktlista kring åtgärder, telefon nummer (mobilt team) etc. Området ”Mun och tandvård” behöver uppdateras i form av utbildning till omvårdnadspersonal- som blivit eftersatt under pandemin.</p> <p>Andra utvecklingsområden som behöver ses över är; Medicintekniska produkter, rehabilitering och fallprevention.</p>
--	---

	Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.
Egenkontroller BHK 2 gånger per år	Utfört vid båda tillfällena, egenkontroll höst har man använt extern granskare. Visar brist i handhygien. Klädregler följs utan anmärkning. Verksamheten har kontakt med Vårdhygien samt utvecklingsenheten för utbildningsinsatser. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.
Egenkontroll journalgranskning 2 gånger per år	Utfört vid båda tillfällena. Gott resultat men verksamheten behöver fokusera på att utveckla innehållet i de hälsoplaner där bedömning indikerar risk. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.
Egenkontroller kvalitetsindikatorer 2 gånger per år	Utfört. Riskbedömningar MNA, Norton, Downton, Nicola, ROAG och ADL status Egenkontroll resultat: riskbedömningar är utförda, det som behöver åtgärdas är att man utfärdar Hälsoplaner på alla de patienter som bedöms ha risk. Riskbedömningar Vodok: MNA 80% Norton 80%, Downton 66%, ROAG 77%, Nicola 75%, ADL status 90% Beräknat utifrån 88 lägenheter. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.
Senior Alert	80% av patienterna är registrerade i registret. Skall vara 90 % eller mer enligt Stadens beslut. En förklaring till att stadens målsättning om 90% registrerade ej har uppnåtts, är att sjuksköterskegruppen under hösten inte varit fullbemannad på grund av sjukdom. Ökad sjuksköterskebemanning under år 2023. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.
Palliativ registret	8 dödsfall registrerade i Palliativ registret. Utvecklingsområden: brytpunktssamtalet, mänsklig närvaro, utan trycksår. Resultatet behöver analyseras och handlingsplan behöver upprättas.
Avvikelser Vodok HSL	Tendens till färre läkemedelsavvikelser efter införande av Appva. Fall avvikelser jan-dec; 258 6 boende står för hälften av fallen, resterande är utspritt på 41 boende. Rekommenderar att verksamheten tex anordnar temaveckor kring fallprevention och använda appen/webbsida ”Hållbar hälsa” i arbetet. Samt Socialstyrelsens material ”balansera mera”. Annat: 3 Få antal avvikelser. Verksamheten behöver fortsatt jobba med rapportering av andra händelser som skulle kunna innebära risk ur patientsäkerhetssynpunkt.
Apoteksgranskning	Genomförd 220908

Extern kontroll	Handlingsplan, utifrån anmärkningar i protokollet har upprättats och åtgärder är planerade.
Infektionsregistrering	Rapporterats för hela året. Enstaka antal infektioner som antibiotika behandlas. En period med flertal fall Covid. MRSA diagnos flertal patienter inom verksamheten. Verksamheten har kontakt med Vårdhygien om, uppföljning av MRSA odling inplanerade enligt riktlinjer. Pågående ärende. Handlingsplan har upprättats och åtgärder är planerade.
Verksamhetsuppföljning genomförd 2022	Genomförd i verksamheten den 221005. Bedömning är att verksamhetens ledningssystem uppfyller de krav som ställs i avtalet för att ge en god och säker vård och omsorg. Verksamheten arbetar strukturerat med utveckling mot gemensamma mål. Verksamheten arbetar med en rad satsningar som stärker den redan goda grund som finns genom stärkt fokus på kontaktmannaskap och teamarbete. Utvecklingsområden är att säkerställa de mötesstrukturer som kan ta verksamhetens kvalitetsarbete vidare.

Mål och strategier för kommande år

Utifrån 2022 års verksamhetsanalys har nya verksamhetsmål sammanställts. Verksamheten kommer fortsatt arbeta med att utveckla påbörjade arbetssätt att stärka teamarbetet samt säkerställa en röd tråd i hälso- och sjukvårdsplaner och genomförandeplaner samt den dagliga dokumentationen. Fokus är preventionsarbete för fall och undernäring. Flera av dessa mål kommer att följas upp i verksamhetsplanen för Hornstulls servicehus 2023 enligt nedan.

Mål:

God omsorg med fokus på fallprevention och nutrition

Strategier:

- Alla boende på Hornstulls servicehus som har hälso- och sjukvårdsinsatser har en hälsoplan som är känd av alla i teamet.
- Hälsoplaner för nutrition och hälsoplan för fallprevention och genomförandeplanen ska överensstämma.
- Alla boende har löpande dokumentation alternativt sammanfattningar (egenkontroll 2 ggr per år, stickprov) ev. välja ut ett antal boendes journaler och följa över tid.

Mål:

God omsorg med fokus på psykisk ohälsa

Strategier:

- Antalet bemötandeplaner ökar (tecken på att tillstånd lyfts vidare i teamet)
- Boende med bemötandeplaner har löpande dokumentation alternativt sammanfattningar.

Mål:

God omsorg fokus på fallprevention och nutrition

Strategier:

- Vi fortsätter arbetet med kontaktmannaskap i praktiken genom reflektionsstunder utifrån kontaktmannasakapets uppdrag.
- Vi fokuserar på bemanning och kontinuitet genom: att utöka personalstyrkan.
- Vi säkerställer att alla hjälpmedel finns med i genomförandeplaner samt hälsoplaner.
- Vi säkerställer att hälsoplanen överstämmer med genomförandeplanen utifrån risk för undernäring.

Mål:

God omsorg fokus på nutrition; mat och måltider

- Strategier:
Vi bygger receptbank i Verkyget.
- Vi har matlagningskurser som utgår från recepten
- Vi har utbildning i nutrition
- Vi erbjuder fortsatt gemensamma måltider på Lusthuset
- Vi erbjuder boende matlagningskurser utifrån hälsa och åldrande

Mål:

God omsorg fokus psykisk ohälsa.

Strategier:

- Vi stärker förutsättningarna för att uppmärksamma personer som kan behöva bemötandeplan genom reflektion med tema. (syfte att undersköterskor ska förstå varför viktigt lyfta vissa situationer till hälso- och sjukvårdspersonalen).
- Vi tar fram bemötandeplan för boende med risk för psykisk ohälsa efter bedömning av sjuksköterska.
- Vi har reflektionstid med bemötandeplanen som grund för diskussion om bemötande för servicehusets och Lusthusets medarbetare
- Reflektion utifrån aktuella bemötandeplaner för berörd personal

Mål:

Trygghet genom information vid inflytt.

Strategier:

- Implementera inflyttningsrutinen inkl. att kontaktman håller välkomstsamtal.
- Förtydliga information till den enskilde genom att revidera folder, med särskilt fokus på hälso- och sjukvårdsinformation. Arbetssätt för att den inflyttande ska få informationen innan inflytt.

PSB 2022

Dagverksamheter egenregi



2023-02-01
Lisa Jansson, enhetschef
Diarienummer SÖD 2023/210

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”

Innehåll

SAMMANFATTNING	26
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	27
Engagerad ledning och tydlig styrning	27
Övergripande mål och strategier	27
Organisation och ansvar.....	28
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	29
Informationssäkerhet.....	29
En god säkerhetskultur.....	30
Adekvat kunskap och kompetens.....	30

Patienten som medskapare.....	31
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	32
<i>Egenkontroll.....</i>	<i>32</i>
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	32
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	34
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	34
Säker vård här och nu	34
<i>Riskhantering.....</i>	<i>34</i>
Stärka analys, lärande och utveckling.....	35
<i>Avvikelse</i>	<i>35</i>
<i>Klagomål och synpunkter</i>	<i>35</i>
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	35
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	37
Mål och strategier för kommande år.....	37

SAMMANFATTNING

Dagverksamheternas mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Grindstugans-, Guldäggets-, Magda och Pärkans dagverksamhet har demensinriktning. Skånegatans dagverksamhet har social inriktning. Verksamheterna är biståndsbedömda och vänder sig till äldre som fyllt 65 år som bor i ordinärt boende. Verksamheterna har tillsammans 80 platser/dag varav det är 16 platser till den sociala dagverksamheten. Hälso- och sjukvårdspersonal anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser på Skånegatans- och Magda dagverksamhet. Hälso- och sjukvårdspersonal anställd på Katarinagårdens vård- och omsorgsboende ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets-, Grindstugans- och Pärkans dagverksamhet.

Enhetschef har gått igenom samtliga lokala hälso- och sjukvårdsrutiner och gjort uppdateringar där det har behövts. Äldreomsorgens utvecklingsenhet har startat upp ombud för hygien vilket syftar till att stärka hygienarbetet och höja kunskapen. Implementering av ombudsroll sker år 2023.

Baspersonal har genomgått utbildningar i:

- Basal hygien
- Lyftteknik
- Hjärt- och lungräddning
- Användande av skyddsutrustning
- Delegering för personal på Grindstugans-, Magda- och Skånegatans dagverksamhet

Resultatet av egenkontroll av loggkontroller visar att ingen obehörig varit inne i journalsystemet. Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation visar att den sker i Vodok 2.0. Inga avvikelser har förekommit.

Lärdomar som spridits efter analys av riskhantering är att tydliggöra ansvarsfördelningen gällande hälso- och sjukvårdsansvaret för Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende och Katarinagårdens vård- och omsorgsboende.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

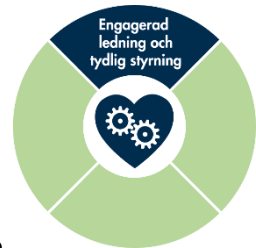
För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Det har skett ett omfattande arbete inom äldreomsorgsavdelningen för att kartlägga patientsäkerhetsarbetet inför omställningen av god och nära vård. I arbetet har chefer och medarbetare från samtliga enheter deltagit vilket både skapar engagemang och ger en bra grund i det fortsatta förändringsarbetet.

Förvaltningen följer stadens riktlinjer som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet



Övergripande mål och strategier

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

Verksamheternas mål är att bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition.

Verksamhetens strategier är att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom att:

- Genomföra egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Genomföra egenkontroll av rengöring av medicintekniska hjälpmedel.
- Genomföra egenkontroll av utbildning i basal hygien och självskattning basal hygien.
- Uppdatera inventarielistor för medicintekniska hjälpmedel och genomföra funktionskontroll.
- Upprätta och utveckla kompetens genom att personal deltar i utbildning kring förflyttningsteknik, basal hygien och delegering.
- Genomgång av hälso- och sjukvårdsrutiner på teammöten.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner uppdateras årligen och oftare vid behov.
- Genomföra riskanalyser av bemanning, smittförebyggande åtgärder, delegering, strömavbrott och sjuksköterskans tillgänglighet.
- Genomföra analys och vidta åtgärder utifrån gjorda egenkontroller.
- Utredda, analysera och följa upp rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser.

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att man aktivt arbetar förebyggande för att förhindra vårdskador.

Nämndens ansvar

Stockholms stad har uppdragit till Södermalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen¹ för de verksamheter som bedrivs i egenregi i stadsdelen.

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

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar

Kravet för att verksamhetschef ska finnas "där hälso- och sjukvård bedrivs" är reglerad i lag och förordning². Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg och ska tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Verksamhetschef ansvarar även för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning³ och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

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

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

Avdelningschef

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

Enhetschef

Enhetschef för dagverksamheterna egenregi är även verksamhetschef enligt HSL och har det

¹ Hälso- och sjukvårdslag (2017:3)

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

³ Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.

övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården samt omsorgen. Chef ansvarar för att uppdatera rutiner, se till att alla medarbetare har adekvat kunskap och att alla nyanställda får introduktion för att utföra de uppdragen utifrån krav som ställs på verksamheten.

Biträdande enhetschef

Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården anställd på Katarinagårdens vård- och omsorgsboende är chef över och har personalansvar för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som gör hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets-, Grindstugans- och Pärkans dagverksamhet. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården anställd på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende är chef över och har personalansvar för legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som gör hälso- och sjukvårdsinsatser på Skånegatans- och Magda dagverksamhet.

Samverkan sker mellan enhetschef för dagverksamheterna och biträdande enhetschefer för att säkerställa att uppdragen utifrån krav som ställs på verksamheten uppfylls.

Medarbetare

All hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheterna har samverkat med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal anställd av Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende samt Katarinagårdens vård- och omsorgsboende. Samverkan har även skett med primärvården och gästens hemtjänst.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är värdefullt och behöver skyddas efter behov. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering.

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

- Digitala/tekniska skydd: stadens it-system nås via trådlöst nätverk via arbetsgivarens datorer. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta för att öka säkerheten för uppkoppling och generellt skydd av data.
- Fysiska skydd: verksamheterna har ett systematiskt brandskyddsarbete som följs upp och analyseras, gästernas pappersjournaler förvaras i brandklassade låsbara arkivskåp.
- Administrativa skydd: styrande och stödande dokument
- Mänskligt skydd: kunskap om hur information får hanteras kommuniceras vid olika mötesforum och mail.

Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation

- Loggkontroller i Vodok 2.0 har utförts av enhetschef.
- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation i Vodok 2.0 har utförts av enhetschef.

En god säkerhetskultur

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



Baspersonal informerar sjuksköterska och lämnar ifylld avvikelseblankett för hantering i Vodok 2.0. Sjuksköterska informerar gästens husläkarmottagning/vårdcentral. Vid allvarliga avvikelser (risk för vårdskada/missförhållande) informeras enhetschef omgående. MAS informeras muntligt av verksamhetschef vid risk för allvarlig vårdskada/vårdskada.

Fallregistreringar lämnas direkt till arbetsterapeut/sjukgymnast som registrerar i Vodok 2.0. Avvikelser följs alltid upp. Återkommande fall följs upp av arbetsterapeut/sjukgymnast tillsammans med gästens vårdcentral.

Enhetschef för dagverksamheterna hanterar avvikelser och fallrapporter i Vodok 2.0 senast den 10:e i månaden efter. När avvikelse måste kompletteras meddelar enhetschef den som registrerat avvikelsen/fallrapporten via Vodok 2.0 meddelandefunktion. Biträdande enhetschef för hälso- och sjukvården, enhetschef för dagverksamheterna, hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal på förekommande dagverksamhet diskuterar gemensamt orsaker och åtgärder i syfte att utveckla vården samt minimera att upprepningar inte sker.

MAS och MAR ansvarar för att stänga avvikelser när dessa är färdighanterade.

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.



För att säkerställa att baspersonal har grundläggande förutsättningar för en säker vård har utbildning skett inom basal hygien, lyftteknik, hjärtlungräddning och delegering. Fokus har fortsatt varit på smittförebyggande åtgärder såsom användning av skyddsutrustning.

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 §

Verksamheterna erbjuder patienter och anhöriga möte om hälso- och sjukvårdsinsatser om behov uppstår. Baspersonal arbetare utifrån äldreomsorgens värdegrund gällande bemötande och delaktighet och Program för stöd till anhöriga 2021-2024. Vid nybesök till verksamheterna är nästan alltid anhöriga med. Verksamheterna använder Instagram för att visa vad deras närstående gjort på dagverksamheten. Anhörigmöten brukar erbjudas men har varit paus under pandemin. Samverkan sker med stadsdelens anhörigkonsulent för att informera anhöriga om stödjande insatser.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

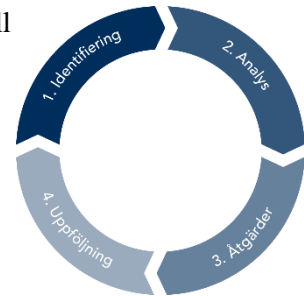
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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.

Egenkontroll

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



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Varje månad	Vodok 2.0
Loggkontroller	Varje månad	Vodok 2.0
Avvikelser Synpunkter och klagomål	Varje månad	Avvikelseystemet i Vodok 2.0
Basala hygienrutiner, självskattning	2 gånger per år	Vårdgivarguiden.se
Utbildning basala hygienrutiner	1 gång per år	Socialstyrelsen.se
Inventarieförteckning medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år, oftare vid nyinköp	
Funktionskontroll lyftselar	2 gånger per år	
Funktionskontroll medicintekniska hjälpmedel	1 gång per år	
Rengöring medicintekniska hjälpmedel	Efter varje användning	
Delegeringsutbildning	1 gång per år	
Förflyttningsteknik	1 gång per år	

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

- Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen med analys har genomförts.
- Egenkontroll av loggkontroller har genomförts.
- Hälso- och sjukvårdsrutiner har gått igenom på verksamhetsmöten.
- Ny rutin Smittförebyggande åtgärder covid-19 har implementerats.
- Rutin gällande ansvarsfördelning hälso- och sjukvårdsinsatser på Guldäggets dagverksamhet, Grindstugans dagverksamhet, Magda dagverksamhet och Pärkans har setts över.
- Tolv tillsvidareanställda omvårdnadspersonaler har genomgått delegeringsutbildning. Två intermittert anställda har genomfört delegeringsutbildning.
- All tillsvidareanställd, 17 st, personal och fyra intermittert anställda har genomfört utbildning och självskattning av basal hygien.
- All tillsvidareanställd personal har genomgått lyftteknikutbildning.
- All tillsvidareanställd personal har fortbildats i hjärt- och lungräddning.

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.

Verksamheterna har inte haft händelse som medfört vårdskada.



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.

Identifierade områden som är relevanta att höja kompetensen kring är:

- Basala hygienrutiner
- Psykisk hälsa bland äldre
- Demenskunskaper

För att öka kompetensen och fokusera än mer på basala hygienrutiner och psykisk hälsa har verksamheterna ombud för hygien och psykisk hälsa som deltar på äldreomsorgens ombudsträffar och sprider kunskap i verksamheterna. Verksamheterna är stjärnmärkta enligt utbildningsmodell som tagits fram av Demenscentrum. Detta bidrar till att ge personalen kunskap och verktyg för att kunna utveckla personcentrerad omsorg.



Säker vård här och nu

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

Riskhantering

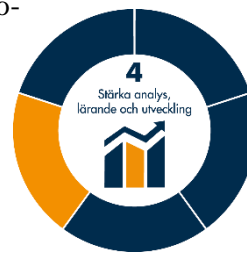
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

- Systematisk hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter
- Riskanalyser beträffande smittförebyggande åtgärder, strömavbrott, förflyttningsteknik, funktionskontroll av selar, bemanning, ingen i tjänst med delegering, inte får tag på sjuksköterska, hissproblem, vattenläcka. Riskanalyserna uppdateras vid behov dock minst en gång per år.
- Inför sommaren
 - Lokal rutin finns för vad som ska göras om sjuksköterska inte är tillgänglig
 - Lokal rutin finns för att säkerställa att gäster får tillräckligt med vätska under varma somrardagar



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

Verksamheterna har inte haft några avvikelser.

Klagomål och synpunkter

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

Information om möjligheten att lämna förslag, klagomål eller synpunkter finns väl synligt i verksamheten. Möjligheten att lämna muntliga eller skriftliga synpunkter och klagomål delges gäster och eventuella anhöriga vid välkomstsamtalet. Om gästen tycker det är krångligt att använda blanketten ”Tyck till” hjälper personalen till.

Synpunkterna ska omgående lämnas till enhetschef som senast dagen efter mottagandet skickar till registratören på Virkesvägen för att diarieföras via sd12registraturet.soder@stockholm.se En kopia sparas på enheten.

Registrator ankomststämplar och diarieför ärendet, behåller originalet samt lämnar en kopia till enhetschef för utvecklingsenheten för handläggning. Ska ärendet handläggas på berörd enhet skickar verksamhetsutvecklare ärendet till enhetschef som utreder ärendet. Inom 14 dagar sammanställer enhetschef ett svar till den enskilde där också vidtagna och/eller planerade åtgärder redovisas. Vid beröm ska ett tackkort skrivas, är det en synpunkt eller ett klagomål ska detta skriftligen bemötas på ett professionellt sätt samt åtgärda anledningen till synpunkten eller klagomålet. En kopia sparas hos enhetschef. Svaret skickas direkt till den som framfört klagomål/synpunkt. Enhetschef ansvarar för att en kopia skannas till registraturen via sd12registratur.soder@stockholm.se och med kopia till utvecklingsenheten.

Inkomna synpunkter, förslag och klagomål tas upp på enhetens verksamhetsmöte för att kvalitetsutveckla verksamheten. Alla medarbetare ska få kännedom om inkomna synpunkter, förslag och klagomål. Enhetschefen sammanställer och analyserar de synpunkter, beröm eller klagomål som inkommit under verksamhetsåret. Analyserna utmynnar i förslag på förbättringsåtgärder inom verksamheten. Redovisning av inkomna klagomål, synpunkter och beröm sker i tertialrapporter och verksamhetsberättelse.

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.



Verksamheterna kommer fortsätta sitt strukturerade arbetssätt kring basal hygien genom självskattning, utbildning och ombud för hygien samt följa Region Stockholms riktlinjer för covid-19. För de verksamheter som hanterar läkemedel görs delegeringar om årligen. Samverkan sker med beställarenheten för att säkerställa att korrekt och viktig

information om gästen framkommer i beställning. Samarbetet med ansvariga sjuksköterskor kommer stärkas för att säkerställa en hälso- och sjukvård av god kvalitet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Analys av riskhantering visar att det behövs förtydligande kring och genomgång av ansvarsfördelningen av hälso- och sjukvårdsansvar mellan dagverksamheterna och Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende/Katarinagårdens vård- och omsorgsboende.

Mål och strategier för kommande år

Under år 2023 behöver verksamheten:

- För att nå målet med patientsäkerhet behöver verksamheten fortsatt arbeta med att höja kunskapen i basal hygien. Detta kommer ske genom självskattning, webutbildning via vårdgivarguiden samt ombud för hygien.
- För att nå målet med personcentrerad omsorg behöver verksamheterna fortsatt arbeta med fortbildning inom demensområdet samt psykisk ohälsa.
- För att nå målet med patientsäkerhet behöver det säkerställas att hälso- och sjukvårdspersonal på Nytorpgårdens vård- och omsorgsboende samt Katarinagårdens vård- och omsorgsboende följer framtagna rutiner för ansvarsfördelning kring hälso- och sjukvårdsansvaret på dagverksamheterna.