

# Bilaga O5

## Patientsäkerhetsberättelse 2023

Södermalms stadsdelsförvaltning –  
vård- och omsorgsboenden  
entreprenader

# Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse 2023 Sofiagården vård och omsorgsboende  
Vardaga..... s. 2

Patientsäkerhetsberättelse 2023 Guldbryllupshemmets vård och omsorgsboende  
Vardaga.....s. 22

Patientsäkerhetsberättelse 2023 Sjöstadsgården vård och omsorgsboende  
Humana...s. 52

Patientsäkerhetsberättelse 2023 Bergsunds vård och omsorgsboende Ansvar &  
Omsorg...s. 70

Patientsäkerhetsberättelse 2023 Stockholms sjukhem - Hornskroken vård och  
omsorgsboende...s. 85

Dnr: SÖD 2024/199

# Patientsäkerhetsberättelse för Soflagården År 2023



Datum: 2024-01-30

Ansvarig för innehållet: Karin Thune VC och Fatemeh Asadi Gruppchef för HSL-personal

## Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*

## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>5</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>8</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	8
Övergripande mål och strategier .....	8
Organisation och ansvar.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	12
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	13
Patienten som medskapare.....	14
Samverkan med patient och närstående.....	14
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>16</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	17
Säker vård här och nu .....	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling.....	19
Avvikelse .....	19
Klagomål och synpunkter .....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	21

## SAMMANFATTNING

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL. Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

### Sammanfattningen:

Sofiagården är ett särskilt boende med totalt 50 lägenheter uppdelade på fem våningsplan. 20 av platserna har en somatisk inriktning och de resterande 30 har en demensinriktning.

Sofiagården har sjuksköterskebemanning dygnet runt. Fysioterapeut och arbetsterapeut 0,8 tjänst vardera.

Under året har vi arbetat med patientsäkerheten och arbetat enligt Vardagas riktlinjer och styrdokument. Stort fokus har lagts på att:

- att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt Vardagas styrdokument och rutiner gällande vaccinationprogram för Covid 19 för att minska risker för smittspridning av Covid 19.

Vi haft inte haft någon smittspridning av Covid 19 på Sofiagården under 2023. Har Arbetat med förebyggande åtgärder för smittspridning. Vid misstanke och symtom har vi i samråd med ordinerade läkare från Capio Legevisitten haft Kohortvård och testning.

Verksamheten har under korta perioder vid risk för smitta anpassat arbets sättet för aktiviteter för att förebygga smitta genom meningsfulla aktiviteter i mindre skala. Samtidigt har omvårdnaden hållit en god och säker kvalitet.

-hålla en god personalbemanning (trots antal korta sjukskrivningar)

-hålla dokumentationen och alla insatser enligt gällande lager och krav, genom egenkontroller.

-hålla HSL-personal uppdaterade i dokumentationssystemet Vodok, genom deltagande i nätverksträffar som hållits av Vodok ansvarig på Södermalms SDF.

-öka antal registrerade i kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativa registret.

-minska risker för vårds skador genom regelbundna riskanalyser och via kvalitetsuppföljning på avvikelsemodulen Q maxit.

-Teammöten har också varit en central del i kvalitetsarbetet under året. för att följa Vardagas rutin och fortsätta med att hålla strukturerade teammöten enligt våra rutiner.

-Fortsatt systematiskt arbetssätt inom palliativvård. Hela personalgruppen är utbildad i palliativ vård i livets slutskede. Det finns 14 palliativa ombud som är utbildade, representerade från dag/natt, sjuksköterskor, rehab samt undersköterskor.

Det finns en checklista för att kunna arbeta på ett strukturerat sätt vilket gör att alla yrkeskategorier är delaktiga och aktiva i den vård boende erbjuds i livets slutskede.

Stor fokus är på symtomskattning och användandet av bland annat smärtbedömning genom validerade skala, som ”Abbey Pain Scale”. Samtliga omvårdnadspersonal är utbildad för att kunna använda skalan.

Flera av nyanställda personal har gått Vardagas utbildning i Demens som hålls via Demensakademin. Detta genomfördes enligt plan i patientsäkerhetsplan för 2023

### **Avvikelsehantering:**

Processen med avvikelsehantering görs via QMaxit, Vardagas kvalitetssystem.

All personal har tillgång till QMaxit, skriver avvikelser i systemet, åtgärder, uppföljning och förbättringsförslag.

Avvikelser och förbättringsförslag diskuteras på teammöten, kvalitetsråd och på HSL-möten.

Brister som uppdragats analyseras, handlingsplaner och tidsplaner upprättas och tidsplaner registreras i förbättringsloggen. Där arbetas löpnade med förbättringsområdena.

Sofiagården har i enlighet med Vardagas styrdokument genomfört egenkontroll två gånger i år.

Egenkontroll av HSL dokumentation genomförts 2 gånger i år av legitimerad personal.

Under 2023 har de vanliga tillsynerna från uppdragsgivaren utförts på plats, genom individuella uppföljningar av biståndshandläggare från olika stadsdelsförvaltningar, observation från Äldreförvaltningen.

Informationsflödet till anhöriga har varit en del av våra prioriteringar. Vi på Sofiagården arbetar aktivt med att delge information och har regelbundna anhörigkontakter via veckobrev till anhöriga/närstående/lagliga företrädare från gruppchefer, och månadsbrev från verksamhetschefen samt regelbunden telefonkontakt genom kontaktpersoner, sjuksköterskor och läkare vid önskemål, läkemedelsgenomgångar och förändring i hälsotillståndet/brytpunksamtal i livets slutskede.

Patienter och närstående deltar i interna och nationella brukarundersökningar, resultaten presenteras och diskuteras med patienter i borådet och med närstående på anhörigträffar. Utifrån inkommande synpunkter och funderingar har handlingsplan upprättats och presenterats på APT, Planeringsdagar och HSL-möte.

Vi har varit noggranna med att anhöriga alltid ska känna sig välkomna med både frågor och idéer. De kan lämna sina åsikter och önskemål direkt till verksamhetschefen, gruppchefer, sjuksköterskor samt kontaktpersoner.

Vardaga har även en oberoende kundombudsman som boende och närstående kan vända sig till med frågor och synpunkter.

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare inom Ambea/Vardaga.

Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs.

Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Iver, säkerställer att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs

logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationsläckage.

Vardaga har dessutom styrande dokument för informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvård enligt gällande lagar och krav på kvalitet och sekretess.



# 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 §*

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö.

Företagets ledning fastställer kvalitets-, miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD (vid demens)
- Alla patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med ansvar för detta.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg

### Mål:

Att bedriva en säker och högkvalitativ vård genom att följa Vardagas ledningssystem, styrdokument och checklistor samt identifiera, rapportera och utreda alla avvikelser.

## Strategier:

**Rapporteringskunskap:** Via APT och utbildningar säkerställa att alla medarbetare känner till ledningssystemet och dess syfte, avvikelssystemet, QMaxit och förbättringslogg, hur man skriver avvikelse och hur den följs upp. Även Lex Sara och Lex Maria diskuteras med jämna mellanrum på APT, kvalitetsmöte och på HSL-möte.

**Kompetensutveckling:** Alla medarbetare gör Vardagas alla webbutbildningar en gång om året, speciella individuella kunskaper tas om hand och används i verksamheten. Tillgång till utbildning på Lära finns och tid ges för kompetensutveckling.

**Webbutbildning i basala hygienrutiner** görs av all personal en gång om året, uppföljning av följsamhet görs genom självskattningsblanketten och observationer av hygienombud en gång i månaden. Materialet sammanställs av utsedd hygienansvarigsjuksköterska.

**Preventivt arbete:** Genom dokumentation enligt HSL innebär bland annat att göra riskbedömningar avseende fall, nutrition, trycksår, munhälsa, blåsdysfunktion och Sunnås. Riskbedömningarna uppdateras kontinuerligt, uppdaterad var 6:e månad eller vid behov genom uppföljning på teammöten. Upprätta kartlagt hälsotillstånd och skapa hälsoplaner där åtgärder har tidsbestämd uppföljning med utvärdering. Information och diskussion vid teammöten är viktig inte minst för genomförandet och utvärdering av åtgärder.

**Läkemedelshantering:** Genomföra årlig individuell läkemedelsgenomgång för varje patient. Vi har infört **Medview** i verksamheten för att stärka patientsäkerheten.

Syftet med Medview är att optimera läkemedelsbehandling samt att minska läkemedelsrelaterade symtom hos vårdtagaren. Medview innebär att undersköterskorna deltar i processen genom symtombevakning och rapporterar till sjuksköterskan som tillsammans med läkare gör en läkemedelsöversyn. Eventuell förekomst av biverkningar dokumenteras och kontakt med ansvarig läkare tas för att åtgärder ska vidtas. Enligt Socialstyrelsen (2014) behöver läkemedelsbiverkningar fångas upp innan de orsakar större skada.

**Delegering:** Ansvarig sjuksköterska för respektive avdelning ansvarar för hög kvalitet på genomförandet av delgeringsförfarande till omvårdnadspersonal. Vid behov ska delegering återkallas.

**Inkontinensvård:** Tillsammans med kontaktperson ser ansvarig sjuksköterska med forskrivningsrätt till att alla vårdtagare har individuellt utprovade inkontinensskydd. Forskrivning av inkontinensskydd görs av ansvarig sjuksköterska på kvalitetssystem Guide, och dokumenteras i Vodok. Beställning av inkontinensskydd görs också i Guide.

**Senior Alert:** registrering av alla patienter i Senior Alert och riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar har gjorts under år 2023.

**Palliativ vård:** Omvårdnadsplan upprättas vid palliativ vård i livets slutskede, brytpunktsamtal görs av läkaren tillsammans med sjuksköterska och kontaktperson om KP är i tjänst, alternativt GC eller en annan personal som känner patienten väl. Checklistor såsom symtomskattnings, Abbey Pain Scale, används regelbundet/dagligen och vändschema, munvård och vätskeregistrering används efter sjuksköterskas bedömning.

Alla dödsfall registreras i kvalitetssystemet, Palliativa registret. Statistik från palliativa registret används på HSL-möte för uppföljning av kvalitetsarbete i palliativ vård.

Vardagas checklistor för omhändertagande av kroppen vid dödsfall finns och används i verksamheten. Anhöriga erbjuds efterlevandesamtal i samband med dödsfallet och genomförs efter 4-6 veckor.

Mötesstruktur: Regelbundna och schemalagda ledningsmöte, kvalitetsmöte, APT, teammöte, HSLmöte hållits. Där följes upp kvalitetsarbete, och dokumenteras.

## Organisation och ansvar

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

### **Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet**

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

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

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### **Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse**

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad mellan Sofiagården och läkarorganisationen, Catio Legevisitten. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsgenomgångar, vaccinationer, läkemedelsanvändning, utfärdandet av remisser till andra vårdinstanser, samt medicinsk vårdplanering. Överenskommelsen om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Vid varje inskrivning hämtas samtycke till kontakt med andra vårdgivare in samt listning till läkarorganisationen, Catio Legevisitten.

Sofiagårdens läkare kommer regelbundet en gång i veckan för uppföljning och åtgärder verksamhetens vårdtagare behöver. Läkaren bunden till Sofiagården finns tillgänglig resterande kontorstid under måndag till fredag för rådfrågning och ordinationer per telefon. Resterande tid har jourläkare från Capio Legevesitten ansvarar för att tillgodose behovet av läkarinsatser i verksamheten.

Under 2023 har läkarorganisationen varit aktiv i uppdatering av riktlinje relaterad till Covid 19, testning, symtomlindring och vaccinationsprogrammet. Läkaren har varit tillgänglig och haft samtal med anhöriga, ordinerat testning för Covid 19. Testning av patienter vid minsta symtom, följt upp testsvaren, och ordinerat behandling.

Tandvårdsinsatser: utförs av Flexident och Oral Care, efter listning och önskemål från patienten.

Den årliga munhälsobedömningen utförs av Oral Care, samt utbildning till personal i munhälsa.

Medicinsk fotvård: utförs på remiss av ansvarig läkare och medicinsk utbildad fotvårdsspecialist kommer till Sofiagården och utför insatser på plats.

Medicinskt tekniska produkter, MTP: beställes av legitimerad personal på Beställningsportalen, och dokumenteras i patientjournal i Vodok.

Vårdhygien Stockholm: finns för rådgivning och utbildning i vårdhygien vid önskemål från verksamheten.

Vi har haft två tillfällen utbildningar från syn- och hörselinstruktör för all personal gällande syn och hörselsjukdomar, nedsatt förmåga, hjälpmedel, och hantering av hörapparater.

### ***Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten***

Under året har verksamheten haft regelbunden samverkan med uppdragsgivaren vid, avtal, kvalitet och hälso-sjukvårduppföljningar. Det har inneburit rapportering gällande Covid-19 smitta, skyddsutrustning, risk och konsekvensanalyser, kvalitetsuppföljning och stöd.

Rapportering av egenkontroll gällande HSL dokumentation i Vodok, riskbedömningar, hälsoplan och uppföljningar.

Registrering i SKR databas om egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner.

### ***Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten***

Vi har under 2023 fortsatt med strukturerad kommunikation, överrapportering på olika mötes forum. Minnesanteckningar från olika möten finns tillgängliga för personal på gemensamma mappen, Sofiagården.

Tvårprofessionella teammöten hålls var fjortonde dag samt reflektionsmöten en gång i månaden. Informationsöverföring sker under strukturerade former både muntligt genom morgonrapport, överrapportering vid arbetspassbyte och skriftligt genom dokumentation i SOL och Vodok. Riskanalyser och skattade risker är underlag för individuellt utformade handlingsplaner och hälsoplaner. I det dagliga arbetet sker överrapportering, dagligen mellan samtliga yrkeskategorier vid morgonplanering, arbetspassbyten och på teammöten.

Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion genomförs inom två vecka från inflyttning till Sofiagården.

Munhälsobedömningar genomförs av Oral care enligt avtal. Och Tandvårdsinsatser görs ut av Flexident eller Oral Care efter listning.

Risicanalys av miljön görs för alla patienter, följs upp regelbundet samt på teammöten.

Uppdatering av risicanalys görs vid behov.

Samtliga patienter har under året fått läkemedelsgenomgångar genomförda.

Rehab-personal har systematiskt arbetat med att kvalitetssäkra hjälpmedel genom att regelbundet utvärdera, kontrollera och se över behovet. Nya madrasser, sängar och lyftar har köpts in för att ersätta sådant som inte hållit god kvalitet.

Utbildning i förflyttningsteknik har erbjudits i flera omgångar under året.

Ett fortsatt fokus har varit på arbete med skyddsåtgärder. Där teamet har bedömts att behovet finns samtycke till skyddsåtgärder hämtats, skyddsåtgärder satts in, dokumenterats och vidare följts upp av teamet på teammöten enligt plan.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Iver, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalys genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalys/spårning.

Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

- egenkontroll: har genomförts enligt Vardagas rutiner och registrerats i QMaxit.
- Kvalitetstillsyn: har genomförts via rapportering till Södermalms SDF, MAS
- checklistor för hälso- och sjukvårdsdokumentation Användes vid inskrivning och dokumentation i Vodok.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

### **Struktur för uppföljning och utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.



Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

- Samtlig medarbetare har kunskap om Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser och skyldighet för att rapportera i direkt anslutning av en händelse. Samtliga avvikelser registreras i Qmaxit. Alla medarbetare är medvetna om vikten av att aktivt arbeta med att identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker.
- Samtliga avvikelser graderas utifrån alvarlighetsgrad. Avvikelser med hög alvarlighetsgrad går direkt till övergripande chef och företagets kvalitetsavdelning som följer upp och säkerställer att utökad utredning påbörjas.
- Dessa rutiner om avvikelser och dess process är rutiner som ingår i introduktionen av nyanställda medarbetare.
- Samtliga medarbetare har kännedom om hur Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar går till. Vid anställningstillfället lämnas information ut.
- Schema för alla mötesforum är tillgängliga för all personal, och genom behovsanpassat arbetsschema har personal möjlighet att planera närvaro på oilka möte, framför allt möte angående sina ansvarsområden och teamöten.
- Genom interna utbildningar i olika sjukdomar som planerats under 2023, och hållits av våra sjuksköterskor har Sofiagården satsat på kompetensutveckling hos personalen. Utbildning i Puls och blodtryck mätning och tempkontroll ut av våra sjuksköterskor.
- Utbildning i munhäsovård genom Oral Care och utbildning i syn- och hörsel från Syn-och hörsel instruktör
- Genom Workshop i olika ämne (demens, smärtskattning, riskbedömningar enligt Senior Alert) har verksamheten hållit kvalitetskulturen i hög nivå inom verksamheten och all personal.

## 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.



- Schema för alla mötesforum är tillgängliga för all personal, och genom behovsanpassat arbetsschema har personal möjlighet att planera närvaro på oilka möte, framför allt möte angående sina ansvarsområden och teamöten.

- Genom interna utbildningar i olika sjukdomar som planerats under 2023, och hållits av sjuksköterskor har Sofiagården satsat på kompetensutveckling hos personalen.
- Genom Workshop i olika ämne har verksamheten hållit kvalitetskulturen i hög nivå inom verksamheten och all personal.
- Utbildning i förflyttningsteknik görs av sjukgymnast/fysioterapeut 3-4 gånger/år.
- Webbutbildningar genomförs årligen enligt vardagas rutiner.

## 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.



## Samverkan med patient och närstående

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende. Arbetet med att utveckla patienter och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas.

- Närståenderådet har idag inga deltagare och startas upp så snart det går att uppbringa representanter.
- Boråd per våningsplan med verksamhetschef och aktivitetsansvarig med dagordning och genomgång av brukarundersökningen.
- Matråd, med verksamhetschef och kostansvarig.
- Informationsbrev från verksamhetschef har sänts månadsvis samt vid förändringar, gruppcheferna har sänt veckobrev med vad som händer per våningsplan samt kontaktpersonen kontaktar närstående minst en gång i veckan, eller efter överenskommelse, vad som hänt specifikt med just dennes närstående. Det har varit ett stort behov av information till närstående vilket varit väldigt uppskattat.
- Närstående/anhöriga bjudits in, vid läkemedelsgenomgångar då samtal förts med läkare och sjuksköterska. Och vid välkomstsamtal, vårdplaneringar, och uppföljningar eller vid behov om anhöriga har önskat det. I dessa möte har omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson, gruppchef, fysioterapeut, arbetsterapeut och vid behov verksamhetschef deltagit.
- Närstående/anhöriga/godman/laglig företrädare bjöds in två kvällar för genomgång av resultaten på brukarundersökningen, interna och externa enkäter.

- På de kvällsträffarna kunde de både höra hur vi arbetar med patientsäkerheten och att kunna framföra sina synpunkter till verksamheten, vilket var uppskattad av deltagande anhöriga/närstående/godeman/laglig företrädare.
- Handlingsplan har upprättats efter inkommande synpunkter och önskemål.

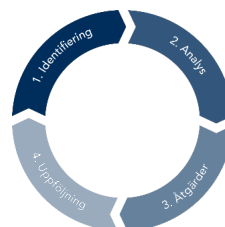


# AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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 ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroll kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

## Beskriv verksamhetens strategier och mål och koppla till egenkontroller som genomförts under år 2023 för ökad patientsäkerhet.

På Soflagården genomfördes två egenkontroller år 2023.

Dokumentationsgranskning av HSL dokumentationen, PPM har genomförts och rapporterats till Södermalms SDF. Egenkontroll av följsamhet till basala hygien rutiner har genomfört av hygienombud och sammanställts av hygienansvarig sjuksköterska, och Gruppchef för HSL-personal samt registrerats i SKR hemsida.

## 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.



## Öka kunskap om inträffade vårdskador

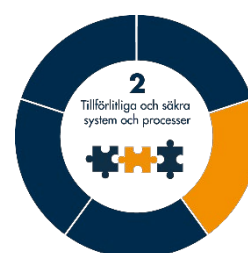
Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2023.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Fall	Minska fall och fallskador	Ingen allvarlig skada	Prioriterar förebyggande arbete	Har avvikelser diskuterats på teammöten, kvalitetsråd, HSL möte, APT	Uppföljning i individnivå har gjort med förebyggande insatser	Vid alla fall avvikelser	Qmaxit och dokumenterad i Vodok
Läkemedel	Säker läkemedelsbaktering	Ingen allvarlig händelse	Diskuterats på berörd avdelning, HSL-möte, teamöte, morgonrapport	Följa rutiner	Diskussion i olika mötesforum	Vid upprepande avvikelser på en och samma våningsplan	QMaxit

Synpunkt klagomål	Åtgärda snabbt och återkoppla	Handlingsplan vid kommande synpunkter	Diskuterats på anhörigträffar, planeringsdagar, ledningsmöten	Handledningsplan upprättats och presenterats till all personal	Handledningsplan upprättats och presenterats till all personal	Vid alla kommande synpunkter återkoppling har skett	QMaxit
omvårdnad	God och säker omvårdnad	Ingen allvarlig händelse	Åtgärdats snabbt	Diskuterats på berörd personal på berörd avdelning	Ansvarig sjuksköterska följer upp och handleda personal	Vid alla händelser och även förebyggande	QMaxit

## 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.



## Tillförlitliga och säkra system och processer

Tabell 2. Beskriv kortfattat vilka vårdprocesser, rutiner och verktyg som används i verksamheten under år 2023 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner	All personal följer basala hygienrutiner	Följsambet till basala hygienrutiner	Genomgång av rutiner vid olika tillfällen Webb utbildning	Månadskontroll, självskattning, webb utbildning	Tas upp i olika mötesforum, morgonrapport och överrapportering	Vid alla tillfällen	Rapportering i PPM och egenkontroll
läkemedelsgenomgångar	Alla patienter har fått den årliga LMG	Alla har fått LMG, enligt rutin	God följsambet	LMG planeras alltid tillsammans med ansvarig läkare, och genomförs enligt plan	Enligt rutiner	Alla patienter	Vodok
Vård i livets slutskede	Vården i livets slut enligt nationellt vårdprogram	Genomförs och dokumenteras enligt rutin, hälsoplan upprättas	Gott resultat och nöjdbet	Genomgång av rutiner på Workshop och planeringsdagar	Genomgång av rutiner på Workshop och planeringsdagar	alla	egenkontroll
Hälsobefrämjande arbete	Utöka kvalitén på vården och utökad kompetens hos personal	Säker vård	Gott resultat och nöjdbet	Intern utbildningar för kompetensutveckling för personal planerades och utfördes	I det dagliga arbetet och boendes nöjdbet	All fast anställda personal, och vikarier.	Brukarundersökning

## 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.



## Säker vård här och nu

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten år 2023 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Rutiner för HSL</b>	Alla patienter har fått riskbedömningar och har aktuell hälsoplan	Följsambet till rutiner	Alla patienter har riskbedömningar och hälsoplan	uppdaterats och riskbedömningar och hälsoplan genomförts och dokumenterats	Journalgranskning, och egenkontroll, PPM	alla	Vodok, egenkontroll, överrapportering till Södermalms SDF

## Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Alla medarbetare i har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

## 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.



### Stärka analys, lärande och utveckling

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten ökat förståelsen för patientsäkerhet och på vilket sätt data samlas in, sammanställs, analyseras och används i ert förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbete under år 2023.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Om-fattning	Källa
<b>riskanalys för verksamheten och för individer</b>	Göra enligt styrdokument och rutiner	Riskanalys är gjord för verksamheten och för individer	<i>Gott resultat</i>	Det finns riskanalyser i för verksamheten och individer	Enligt rutin	Vid alla risker är riskanalys gjorda, enligt styrdokument och rutin.	QMaxit och uppdaterade rutiner vid behov

## Avvikelser

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

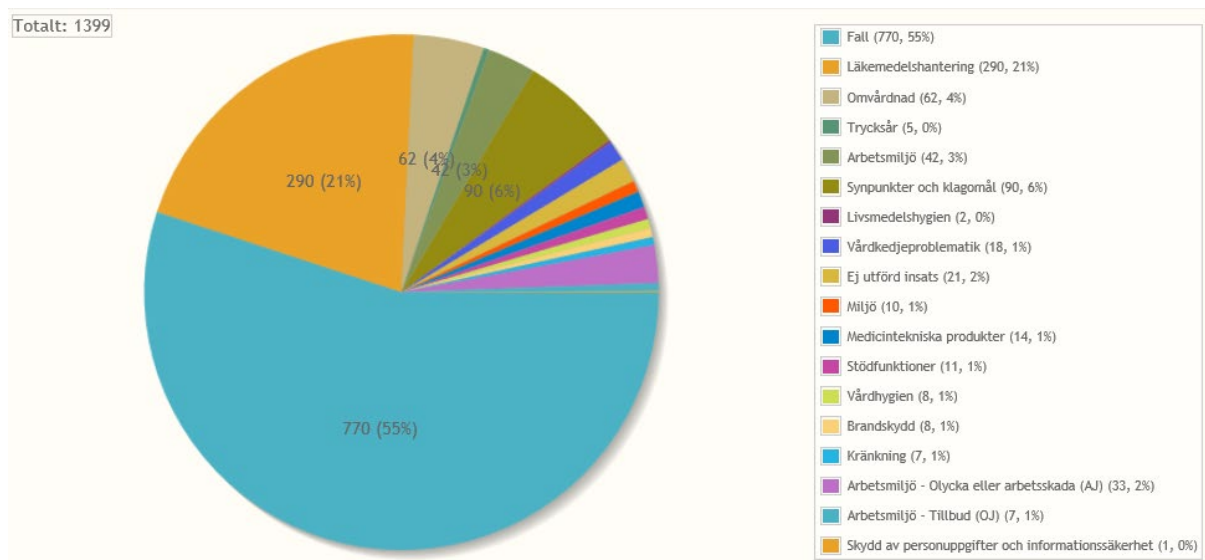
Samtlig medarbetare har kunskap om Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser. Samtliga är skyldiga att rapportera i direkt anslutning av en händelse. Samtliga avvikelser registreras i Qmaxit. Alla medarbetare är medvetna om vikten av att aktivt arbeta med att identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker. Samtliga avvikelser graderas utifrån alvarlighetsgrad. Avvikelser med hög alvarlighetsgrad går direkt till övergripande chef och företagets kvalitetsavdelning som följer upp och säkerställer att utökad utredning påbörjas.

Dessa rutiner om avvikelser och dess process är rutiner som ingår i introduktionen av nyanställda medarbetare.

Samtliga medarbetare har kännedom om hur Lex Sarah och Lex Maria-anmälningar går till. Vid anställningstillfället lämnas information ut, samt årlig genomgång på APT.

## Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.

### Min verksamhet



### Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

Återkoppling sker enligt rutin till den som inkommit med synpunkt eller klagomål. Detta för att så snart som möjligt starta en dialog och eventuell utredning. Allvarigare synpunkter och klagomål rapporteras till verksamhetschef samt MAS och uppdragsgivare.

Synpunkter och klagomål riktade mot verksamheten diskuteras kontinuerligt i aktuella mötesforum, som ledningsgrupp, team möte, HSL-möte Kvalitetsråd och/eller APT. Vi lägger stor vikt vid att bekräfta den enskildes upplevelse, för att kunna möta de förväntningar och behov som vårdtagaren har. Detta för att de, i sin tur skall uppleva att de är sedda och hörda så skapar vi dialog skyndsamt för utredning, handlingsplan samt uppföljning.

Information om ”blankett för synpunkter och klagomål” finns tillgängliga på anhörig tavlan, samt i mappen med inflyttningsmatreal. I det materialet ingår även information om

kundombudsmannen som är en instans i företaget där vårdtagare och anhöriga kan vända sig till.

Ingen händelse eller vårdskada har skett som krävde IVO-anmälan.

Alla avvikelser är registrerade i QMaxit.

## 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.



### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 5. Beskriv kortfattat hur hälso- och sjukvården i er verksamhet under år 2023 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Om-fattning	Källa
kompetensutveckling	Utöka personalens kunskaper i olika sjukdomstillstånd, omvårdnad, munvård, praktiska moment som puls och blodtryck och temp kontroll, Riskbedömningar enligt Senior Alert, smärtskatning	Genomfört föreläsningar i demens, stroke, diabetes, hjärtsvikt och neurologiska sjukdomar Utbildning i munvård och munhälsa Utbildning i syn- och hörselproblem och hantering av hjälpmedel Utbildning i användning av smärtskala Abbey Pain Scale och riskbedömningar i Senior Alert. Genomgång av praktiska moment för puls, blodtryck och tempkontroll	Gott resultat	Interna föreläsningar utav sjuksköterskor i olika sjukdomar, Abbey Pain Scale och riskbedömningar. Och puls, blodtryck och temp kontroll  Externa utbildningar av Oral Care Syn-och hörselinstruktör	Enkät före och efter föreläsningar	Samtlig personal, dag, kväll natt	QMaxit, och förbättringslogg

Dnr: SÖD 2024/200

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Guldbrylllopshemmet

### År 2023



2024-02-27  
Annika Sillian och Jehona Dragusha

## Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*

*I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.*



## Innehåll

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>5</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>8</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	8
Övergripande mål och strategier .....	8
Organisation och ansvar.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	12
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	13
Patienten som medskapare.....	14
Samverkan med patient och närstående.....	14
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>16</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	17
Säker vård här och nu .....	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling.....	19
Avvikelse .....	19
Klagomål och synpunkter .....	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	21

## SAMMANFATTNING

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL. Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Guldröllöpshemmet är ett särskilt boende med fyra avdelningar och heldygnsoomsorg som drivs på entreprenad. 33 platser fördelat på tre avdelningar är för personer med demenssjukdom. Elva platser på en avdelning har inriktning mot psykiatri.

Under året har verksamheten arbetat med att öka patientsäkerheten genom att;

- *införa reflektionsmöten och våningsmöten för varje våningsplan,*
- *säkerställt genomförande av kvalitetsråd och APT,*
- *rekryterat undersköterskor med specialistutbildning inom både demens och multisjuka äldre,*
- *rekryterat en enhetschef för HSL-ansvar*
- *säkerställt att palliativt råd genomförs och utbildat ytterligare palliativa ombud*
- *säkerställt att statistik förs på förbrukning av olämpliga läkemedel för äldre för att öka medvetandet hos all personal,*
- *säkerställt att egenkontroll av hygien genomförts regelbundet,*
- *säkerställt införandet av VISAM*
- *säkerställt att varje våning fått ett kontor avsett för usk,*
- *genomfört två närståendemöten, en på våren och en på hösten,*
- *arbetat strukturerat för att förbättra dokumentationen för både SoL och HSL*
- *påbörjat implementering av NEO-lås*
- *delat upp läkemedelsrum och ssk-kontor för en bättre både arbetsmiljö och patientsäkerhet*

# 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 §*

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö.

Företagets ledning fastställer kvalitets- miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD (vid demens)
- Alla patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med ansvar för detta.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg

Guldbrölloppshemmet övergripande mål och strategier för 2023

- Riskbedömningar ska för samtliga genomföras vid inflytt och regelbundet minst var sjätte månad och vid behov.
- Att för samtliga påbörja och upprätthålla hälsoplaner kopplat till riskbedömningarnas resultat och åtgärder.
- Att omvårdnadspersonal blir involverade i åtgärder i samband med riskbedömningar och att uppföljning följs upp vid team-möten

- Fördjupad läkemedelsgenomgång ska göras i samband med inflytt, en gång per år samt löpande vid behov. Symtomskattning och läkemedelsöversyn görs två gånger per år med hjälp av Medview.
- Säkerställa att verksamheten följer Vardagas styrdokument för delegering och läkemedelsrutiner.
- Säkerställa att alla läkemedelsavvikleser registreras, följs upp och åtgärdas.
- Utbildning av medarbetare av delegerade arbetsuppgifter. Tätare uppföljning på avvikelserna för att minska felaktig hantering.
- Att samtliga medarbetare följer basala hygienrutiner och att alla gör utbildningen årligen samt vid behov. Att verksamheten ändrar sina arbetssätt kring hygien utifrån eventuella extra förhållningsrestriktioner.
- Att samtliga medarbetare är medvetna om vikten av att rapportera alla avvikelser samt sin skyldighet att rapportera händelser som kan innebära vårdskada/risk för vårdskada.
- Att samtliga medarbetare gör webbutbildning om vård i livets slut. Se till att alla avdelningar har palliativa ombud som aktivt arbetar med frågan

## Organisation och ansvar

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

### **Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet**

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy. Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

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

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### **Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse**

- Guldbroölloshemmet har samverkansavtal med Capiro Legevisitten, vilka ansvarar för patienterna dygnet runt. Samarbetet fungerar enligt avtal och läkaren kommer till verksamheten 1ggr/veckan. Patientansvarig läkare förutom att finnas på plats 1ggr/v kan även kontaktas på telefon vardagar 8-17 övrig tid finns jourhavande läkare som alltid också kan nås via telefon.
- En enhetschef anställdes under året som har ansvar för all hälso- och sjukvård i verksamheten.
- Guldbroölloshemmet har sjuksköterska på plats i verksamheten dygnet runt. Det innebär att de i varje situation ska kunna bedöma och avgöra när läkare behöver rådfrågas eller tillkallas. Läkaren ska vidta de åtgärder som patientens tillstånd kräver och bestämmer med den patientens medgivande vilka vård- och behandlingsinsatser som ska utföras. Vidare ansvarar hälso- och sjukvårdspersonal att följa de ordinationer som läkaren meddelat vilka processer som identifierats där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten**

Verksamheten samverkar med olika uppdragsgivare under året.

- Verksamheten drivs på entreprenad genom Stockholm stad. När en placering blir ledig meddelar verksamheten uppdragsgivarna så att ny patient kan hänvisas till boendet.
- När en patient flyttar in i verksamheten så tillser uppdragsgivaren verksamheten ett beställningsunderlag i form av biståndsbeslut. Uppdragsgivaren förmedlar också kontaktuppgifter till eventuella aktuella vårdgivare för överrapportering.
- Stockholm stad har under 2023 genomfört individuppföljningar på patienter i verksamheten.

### **Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten**

Samverkar mellan yrkesgruppen inom verksamheten:

- Varje måndag möts all hälso- och sjukvårdspersonal samt gruppchefer, enhetschef och verksamhetschef för genomgång av läget i verksamheten. Det kan vara aktuella avvikelser/händelser och möten som är planerade.
- Teammöten sker på varje våning varannan vecka. Deltagare är sjuksköterska, rehab och omvårdnadspersonal. Under teammötena avhandlas enskilda fall och individuella behov, vilket också dokumenteras i dokumentationssystemet Vodok/ParaSol.
- Genom dokumentationssystemet uppdaterar alla yrkesgrupper sig om patientens situation och eventuella förändringar. Dokumentation ligger också till grund för genomförandeplaner, vårdplaneringar och uppföljningar hur samverkan med uppdragsgivare har skett under året på din verksamhet.
- En gång per månad har varje våning reflektionsmöte som leds av en undersköterska som är utbildad i handledning. Vid dessa reflektionsmöten deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab och alla undersköterskor som arbetar på respektive våning. Vid reflektionsmöten arbetar man med att följa upp bemötandeplaner utifrån patientens behov och önskemål.
- Verksamheten har sedan januari 2023 infört Palliativt råd en gång per månad. Här möts alla palliativa ombud, både sjuksköterskor, undersköterskor och rehab, enhetschef och verksamhetschef finns representerade. Rådet arbetar med att utveckla och förbättra det palliativa arbetet i verksamheten. Varje dödsfall tas upp för reflektion och för att förbättra än mer.
- Kvalitetsråd genomförs varje månad. Deltagare är kvalitetsombud usk från varje våning, sjuksköterskor, rehab, gruppchefer, enhetschef och verksamhetschef.

Samverksam mellan yrkesgruppen utanför verksamheten:

- Oral Care kommer för munhälsobedömningen samt Flexident utför tandvård
- Fotterapeut för både medicinsk fotvård samt allmän fotvård
- Rosenlunds Logopedmottagning

- Rosenlunds psykosmottagning
- Dietist

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Iver, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Guldbrölloppshemmet genomför granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen varje kvartal med hjälp av checklista för intern journalgranskning. Verksamheten utför även dokumentationsgranskning på uppdrag av Stockholm stad enligt deras mall två gånger per år.

Under 2024 kommer kamratgranskning införas för HSL-dokumentationen.

Verksamhetschef utför loggkontroll månatligen.

## En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



### **Struktur för uppföljning och utvärdering**

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

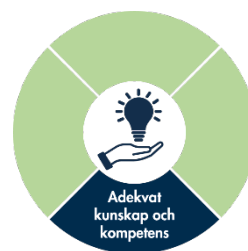
- Samtliga medarbetare arbetar aktivt i företagets avvikelssystem. Samtliga avvikelser hanteras och följs upp av ansvarig sjuksköterska, rehab, gruppchef, enhetschef och verksamhetschef.

- Beroende på avvikelsernas karaktär, tex fall och läkemedel, och sår tas kontakt med läkarorganisation.
- Ledningsgruppen har ansvar för att hantera och följa upp avvikelserna för att säkerställa att ingen avvikelse inte hanteras. Aktuella avvikelser tas upp på aktuell våning och deras teammöte och våningsmöte.
- Vid behov skapas förbättringsområde av avvikelser.
- Genomgång av föregående månads avvikelsestatistik tas upp vid kvalitetsrådet där kvalitetsombud, sjuksköterskor, rehab, gruppchefer, enhetschef och verksamhetschef deltar i kvalitetsutvecklande syfte.
- Avvikelser av allvarlig karaktär hanteras på det månatliga kvalitetsrådet och på arbetsplatsträffar (APT).
- Enligt verksamhetsåret går verksamhetschefen igenom den rapporteringsskyldighet i form av Lex Sarah och Lex Maria, som all personal omfattas av. Genomgången varierar men innefattar skriftlig information, faktagenomgång, gruppreflektioner med hjälp av fiktiva exempel, samt exempel ur verkligheten. I rutinpärm, både fysisk och digital, hittar personalen blanketter och information om hur en anmälan går till. Vid nyanställning får personen genomgång av gruppchef/enhetschef gällande missförhållande och vårdskada.
- I verksamheten finns flera forum för lärande och reflektion. Varje månad har respektive våning reflektionsmöten med handledare för genomgång av patientens mående och därefter bemötande som skapar en trygg och säker omvårdnad.
- Verksamhetens medarbetare går regelbundet på fortbildning via Lära som är ett bolag inom AMBEA-koncernen.
- Sjuksköterskor och arbetsterapeut och sjukgymnast erbjuder regelbundet utbildningar för att bibehålla/öka kunskapsnivån hos omsorgspersonalen, tex. inom förflyttningsteknik, lyftar/lyftselar, sjukdomar och klinisk blick och läkemedel.
- När en patient flyttar in genomförs flera riskbedömningar för att eliminera att patienten drabbas av vårdskada. Riskbedömningar som genomförs är bland annat, fall, nutrition, ROAG-munhälsa, trycksår, urinläckage, suicid, hot och våld. När risker upptäcks planeras lämpliga åtgärder i teamet. Patient och eventuell närstående involveras och får information om risker och de eventuella åtgärder som är lämpliga att sätta in.
- Riskbedömning samt eventuella åtgärder som planeras dokumenteras i vårdplan samt genomförandeplan och uppdateras vid behov, men minst två gånger om året. Utvärdering sker vid tex. team-möten.
- När en patient flyttar in genomförs en riskbedömning av arbetsmiljön vid arbetet kring patienten. Denna riskbedömning förvaras i den enskildes boendepärm ihop med genomförandeplan, och uppdateras vid behov, men minst två gånger om året. Enskilda ärenden som hänger ihop med omvårdnaden och arbetsmiljön kring omvårdnadsarbetet hanteras på team-möten.

## 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.

- Verksamhetsåret delar upp kompetensområden månadsvis. Personalen informeras via en digital kompetensportal vilka utbildningar som är aktuella att utföra under året. Medarbetarna utför utbildningen och verksamhetschef kan följa upp vilka medarbetare som utfört vilka utbildningar.



- Enhetschef/Gruppcheferna och HSL-personal kallas till respektive tematiska nätverksträffar under året där de får tillgång till inspiration, kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte.
- Palliativa ombud går på årliga ombudsdagar och tar del av inspiration och kompetensutveckling för sitt utvecklingsarbete.
- Verksamhetschefen följer företagets utbildningsplan för chefer och ledare i företaget och genomgår adekvata utbildningar för yrkesområdet.
- Vid schemaläggning, bemanning och planering tas alltid hänsyn till medarbetarnas erfarenhet och kompetens för att säkerställa kvalitet och god kontinuitet under hela dygnet.
- Varje våning arbetar med egna förbättringsområden kopplade i Ambea avvikelssystem, Q-maxit.

## 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.



## Samverkan med patient och närstående

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende. Arbetet med att utveckla patienter och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas.

- På Guldbrylloppshemmet tillåts närstående att vara så delaktiga som de önskar, på den enskildes villkor. Varje patient tilldelas en kontaktperson som vid inflytt bjuder in till ett välkomstsamtal. Kontaktpersonen erbjuder efter samtycke från den enskilde att närstående deltar i välkomstsamtalet. Där får patienten och dennes närstående möjlighet att uttrycka sina önskemål och förväntningar.
- Verksamheten erbjuder även närstående som har ett större behov av samtalsstöd exempelvis information om anhörigföreningar och primärvårdskontakter och information kring anhörigstöd via kommuner.
- Extra vårdplaneringsmöte erbjuds om behovet finns. Likaså träff med patientansvarig läkare om behov eller önskemål finns om detta.
- Månadsvis skickar verksamhetschef ut närståendebrev via e-post till närstående. I månadsbrevet ges aktuell information om verksamheten samt Kundombudsmannen och hur man kan lämna synpunkter och klagomål.
- Under 2023 bjöds närstående in till två närståendeträffar. På närståendeträffar lyfts senaste resultatet från brukarundersökningar och närstående får tillfälle att framföra förslag och önskemål.

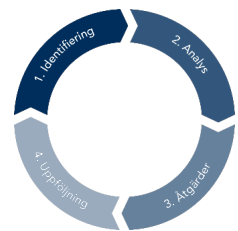


## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*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 ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet. Egenkontroll kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

## 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.



En händelse under 2023 bedömdes som vårdskada och utreddes enligt Lex Maria. Verksamhetens Medicinsk ansvarig sjuksköterska gjorde ställningstagandet att det ej gått att utesluta om den försenade vårdkontakten med läkare skulle ha påverkat utgången av händelsen att den enskilde avlidit på sjukhuset. Men ställningstagandet blev att den enskilde utsatts för allvarlig vårdskada och som troligen hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits med hälso- och sjukvården i samband med fallolyckan (1 kap. § 5 patientsäkerhetslag). Händelsen ansågs anmälningsskyldig (3 kap. § 5 patientsäkerhetslag). Verksamheten har fått beslut från Inspektionen för vård och omsorg där de bedömer att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser samt vidtagit och planerat åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen.

Åtgärder som vidtagit efter händelsen var att säkerställa lokal rutin för läkarkontakt i samband med fallolyckor samt införandet av Visam beslutsstöd.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 2. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2023.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Trycksår</b>	Minska uppkomsten av trycksår.	År 2023 fick 3 patienter trycksår (grad 1-2). En av dessa patienter hade trycksårsgrad 3-4 under en period. Under året läkte två av sår. Den tredje läker fint.  Antalet trycksår uppkomna i verksamheten under 2023 motsvarar även antalet under 2022.	Målet är ej uppfyllt.	Arbetat förebyggande genom att handleda och utbilda omvårdnadspersonalen.  Statistiken tas upp på kvalitetsrådet varje månad.  Deltagande i PPM-trycksår.	Förekomst följs upp via preventionsbedömningar två gånger årligen.	Utbildning och uppföljning till samtlig personal.	Data från Senior Alert  Data från / om PPM-trycksår  Avvikelser 2022 och 2023  Enskildas patientjournaler.
<b>Fall</b>	Minska antalet fall.	År 2023 inträffade 106 rapporterade fallolyckor.  År 2022 inträffade 84 rapporterade fallolyckor.  År 2021 inträffade 177 rapporterade fallolyckor.  Av 106 fall ledde ett till höftfraktur. Fem till annan fraktur. Fyra ledde till	Målet ej uppfyllt.	Verksamheten har arbetat aktivt med fall och rapportering av fall under hela året.  Varje månad vid kvalitetsrådet har sjukgymnast sammanställt föregående månads fall för att skapa en dialog för utveckling.  Arbetet med riskbedömningar har förbättrats under året.	Arbetet med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar behöver intensifieras under 2024 för att ytterligare förbättra verksamhetens arbete med fall.	Samtlig personal.	Ambeas styrande dokument

		<p><i>mjukdelsskador och elva till sår. Nio ledde till sjukbuvård. Ett fall ledde till hjärnblödning. Antalet rapporterade fall stämmer överens med dokumentationen. Detta ska jämföras med 2022 då man misstänkte underrapportering.</i></p>					
<p><b>Registrering av Infektioner</b></p>	<p><i>Att registrera antalet uppkomna infektioner för att säkerställa kvaliteten kring smittspridning</i></p>	<p><i>Beläggningen under år 2023 var 97,5%.</i></p> <p><i>Ingen boende har under året haft suprapubisk urinkateter.</i></p> <p><i>Medel för antal med urinkateter via urinröret var: 6,75%</i></p> <p><i>UVI hos boende med kateter var 13 tillfällen</i></p> <p><i>UVI hos boende utan kateter var 28 tillfällen.</i></p> <p><i>Två boende fick under året sårinfektioner.</i></p> <p><i>Två individer fick bekräftad covid-infektion under året.</i></p> <p><i>Inga andra infektioner har uppkommit under året.</i></p>	<p><i>Målet uppfyllt.</i></p>	<p><i>Verksamheten har under året har få uppkomna infektioner.</i></p> <p><i>Verksamheten har under första kvartalet satt upp hållare för handdesinfektion vid samtliga entréer både i fastighetens huvudentré och trapphus och inne på våningarna.</i></p> <p><i>Arbetat med basala hygienrutiner genom både självsiktningar och regelbundna månatliga observationer av förutsättningar för god hygien är utförda.</i></p> <p><i>Utbildning om infektionsjukdomar och vårdrelaterade infektionsjukdomar har givits under året av ssk till omvårdnadspersonalen.</i></p>	<p><i>Fortsätter arbetet under 2024.</i></p>	<p><i>Enbetschef och SSK</i></p>	<p><i>Ambeas styrande dokument</i></p>
<p><b>Läkemedel savvikelser</b></p>	<p><i>Minska läkemedelsavvikelser.</i></p>	<p><i>År 2023 rapporterades 73 läkemedelsavvikelser.</i></p> <p><i>Under perioden 2023-01-01 till 2023-06-30</i></p>	<p><i>Målet delvis uppfyllt.</i></p>	<p><i>Majoriteten av avvikelser skedde under perioden januari till september.</i></p> <p><i>Under året har verksamheten arbetat aktivt med att öka</i></p>	<p><i>Installation av Neo-läs samt implementering av detta.</i></p> <p><i>Utbildning av ssk och usk regelbundet under året.</i></p>	<p><i>SSK och USK</i></p>	<p><i>Ambeas styrande dokument.</i></p> <p><i>Avvikelser 2022 och 2023.</i></p>

		<p>var det 40 avvikelser.</p> <p>Under perioden 2023-01-01 till 2023-09-30 var det 62 avvikelser.</p> <p>År 2022 rapporterades det 30 läkemedelsavvikelser.</p>		<p>registreringen av antalet läkemedelsavvikelser då det fanns misstanke om underrapportering.</p> <p>Under året har verksamheten påbörjat installation av neoläs.</p> <p>Som åtgärd för att säkerställa en korrekt läkemedelsadministration infördes i oktober 2023 att en USK per pass/våning skulle ansvara för läkemedelsadministrationen.</p>			
<b>Medicinska bedömningar vid fallolyckor</b>	Öka kunskap om VISAM för ett snabbt ombändertagande och vård på rätt vårdnivå i samband med fallolycka.	En vårdskadeutredning kopplat till fördröjd vård och behandling vid fallolycka har hänt under första kvartalet 2023.	Resultatet delvis uppfyllt.  Arbetet som genomförts under året är relevant. Fortsätter på samma sätt under 2024.	SSK har genomgått utbildning i VISAM i början av 2023 för att sedan implementera verktyget i verksamheten.	Avstämning med SSK kring följandet av VISAM under Kvalitetsråd och med ansvarig chef.	Månatlig uppföljning av Rapporteringsstöd Kvalitetsråd.	Ambeas styrande dokument och Helpcenter (Kunskapsbanken).  Rapportering stöd från "evig utveckling"
<b>Kontakt med SSK vid förändrat hälsotillstånd</b>	Öka kunskap om förändrat hälsotillstånd hos patienter samt tillhörande rutin för ett snabbt ombändertagande och rätt vårdnivå.	År 2023 inträffade inga oönskade händelser där vården blev fördröjd kopplat till försenade eller uteblivna kontakter med SSK.	Målet är uppfyllt.  Vid samtliga rapporterade händelser om förändrat hälsotillstånd kontaktades SSK.	Vid Kvalitetsrådet sker genomgång av månadens rapporterade avvikelser.  Utbildning och diskussion om definition "förändrat hälsotillstånd" av SSK till samtlig personal har givits under hösten 2023.	Utbildning, genomgång och dialog av rutin och förståelse av "förändrat hälsotillstånd" fortsätter under 2024.	Samtlig personal är involverad.  Genomgång och diskussion varje månad på Kvalitetsrådet.	Rapporterade avvikelser i Qmaxit under 2022 och 2023  Ambeas styrande dokument.  Rapportering stöd från "evig utveckling"

## 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.



## Tillförlitliga och säkra system och processer

Tabell 2. Beskriv kortfattat vilka vårdprocesser, rutiner och verktyg som används i verksamheten under år 2023 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

Områden	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Palliativ vård och omsorg</b>	Säkerställa god palliativ vård med hjälp av palliativa ombud på varje avdelning.	År 2023 har 3 medarbetare utbildats till palliativa ombud. Varav en ssk och två usk. Under fjärde kvartalet 2022 utbildades fem medarbetare till ombud. Fyra usk och en FT. Arbetet har utvecklats bra under året genom regelbundna råd. Gruppen har stärkts av arbetet och givit engagemang. Arbetet har spridits och fler önskar utbilda sig till ombud.	Resultatet är uppnått.	Verksamheten har nu medarbetare med ombudsfunktion på samtliga våningar inklusive natten. Samt ssk, FT och usk. Ombuden har träffats på Palliativt råd under nio tillfällen under 2023. Gruppen har även säkerställt lokala rutiner. Ombuden har deltagit vid en nätverksträff anordnad av Sthlm stad.	Arbetet fortsätter under 2024. Planerat att utbilda fler palliativa ombud för att öka antalet medarbetare med kunskapen. Med fler ombud möjliggörs att det finns ombud under hela dygnet i verksamheten.	VC har gett uppdrag till sjuksköterska och undersköterskor för särskilt mandat och ansvar som palliativt ombud.	Verksamhetens kompetensutvecklingsplan  Ambeas styrande dokument  Data från Svenska palliativregistret.
<b>Palliativ vård och omsorg</b>	Förbättrad kvaliteten gällande munvård och smärtskattning i enlighet med nationella riktlinjer för palliativ vård / Svenska palliativa registret.	Täckningsgrad dokumenterad smärtskattning: april 2023: 62,5% december 2023: 100%	Målet är uppfyllt.	SSK-gruppen och palliativa ombud har tillsammans gått igenom VAS, riktlinjer för smärtlindring och dokumentation	Månadsvis uppföljning av täckningsgrad i svenska palliativa registret på Kvalitetsråd.  SSK och palliativa ombud styr och leder arbetet.  Vid registrering i svenska palliativa registret deltar personal med palliativa ombuden.	Samtlig personal.  Månadsvis uppföljning av täckningsgrad i svenska palliativa registret.	Data från svenska palliativa registret.
<b>Läkemedelshanteringen</b>	Införande av Neo-läs	Arbetet är delvis klart och igångsatt.	Målet delvis uppfyllt.	Sthlm stad har installerat läs på varje	Implementeringen har gått bra.	Alla ssk och berörd personal med giltig delegering	

				<p>läkemedels-skå p.</p> <p>Installation av läs i läkemedelsrum kvarstår inför 2024.</p> <p>Under hösten har läsen kunnat användas. Dock med allmänna loggkort.</p>			
<b>Läkemedelsshantering</b>	Regelbunden översyn av användning av psykofarmaka och minska användning av läkemedel som är olämpliga för äldre	Bristfällig översyn under de första 4 månaderna av 2023 pga brist på omvårdnadsansvariga ssk på 2 av våningarna. Ny SSK anställdes i maj 2023, översynen har därefter skett regelbundet.	Målet är delvis uppfyllt	Under året har ssk- och bsl-möten hållits regelbundet där statistik som fylls i diskuteras. LMG genomförs regelbundet, Medview har börjat användas mer frekvent. Läkemedelsavvikelse diskuteras på kvalitetsråd 1 ggr/ månad. Samverka med patientansvarig läkare.	Arbetet fortsätter under 2024. Statistik fylls i varje månad, fortsatt bedömning enligt Medview 2 ggr/ år samt vb. Samverka med patientansvarig läkare angående patienterna läkemedelsbehandling.	Omvårdnadsansvariga SSK i samverkan med patientansvarig läkare. Enhetschef följer upp varje månad att statistiken är ifylld likaså bedömning enligt Medview.	Ambeas styrande dokument
<b>Delegeringsprocess</b>	Säker delegeringsprocess.	<p>År 2023 registrerades 73 stycken läkemedelsavvikelser</p> <p>Resultatet är ej uppfyllt. I jämförelse med föregående år har antalet avvikelser ökat vilket misstänks bero på en underrapportering under 2022.</p> <p>[År 2022. 30 stycken läkemedelsavvikelser].</p>	Målet är ej uppfyllt.	Undervisning och repetition av SSK av omvårdnadspersonal. Genomgång av läkemedelslista, signeringslista, rutin för kontakt med SSK och rapporterade läkemedelsavvikelser.	Uppföljning av läkemedelsavvikelser månadsvis, diskussion på kvalitetsråd 1 ggr/ månad. Redovisning på APT.	Samtliga medarbetare.	<p>Avvikelsehanteringsystemet</p> <p>Ambeas styrande dokument.</p>
<b>Läkemedelsgenomgångar Medview</b>	Implementera Medview i verksamheten	Under året har verksamheten påbörjat att använda verktyget Medview under hösten.	Delvis uppfyllt.	Uppföljning via Teammöte 14e/ dag. Kvartalsvis journalgranskning för att följa	Fortsatt uppföljning via Teammöte och journalgranskning. Fortsatt samverkan mellan SSK och läkare gällande	Teammöte 14e/ dag Kvartalsvis journalgranskning och	<p>Patientjournaler / journalgranskning.</p> <p>PHASE-20.</p>

				<p>upp antal genomförda genomgångar mha Medview. Månadsvis ska OAS fylla i statistik för antal jämnoförda LMG+Medview under månaden.</p> <p>Utbildning / repetition av Medview till SSK'or (egna studier).</p>	<p>planering kring läkemedelsgenomgångar.</p>	<p>återkoppling till SSK.</p> <p>Uppföljning via veckovisa rondmöten / bembesök av läkare och SSK.</p> <p>1ggr/ år uppföljning mellan verksamheten och läkarorganisationen.</p>	<p>Medview</p> <p>Ambeas styrande dokument.</p>
<p><b>Senior alert: Hälsoförebyggande vård och omsorg</b></p>	<p>Alla patienter som ger samtycke ska registreras i Senior.Alert.</p>	<p>År 2023 Registrerades fall; 106 totalt, varav 39stycken skedde på natten, 31 stycken em/ kvällen, 25stycken på dagen och 11 stycken på morgonen.</p> <p>Målet är uppfyllt, alla som gett sitt samtycke är registrerade i senior alert.</p> <p>Antalet registrerade fall under 2023 var högre, under kvalitetsråd har man kunnat se att ett viss antal patienter har haft upprepade fall vilket då också ökat antalet registrerade fall avvikelser.</p> <p>[År 2022 Registrerade fall; 84 totalt varav 32stycken skedde på natten, 28stycken em/ kväll, 22stycken på dagen och 2stycken på morgonen.</p>	<p>Målet uppfyllt</p>	<p>Uppföljning ätgärder i Senior Alert 14e/ dag i teammöte.</p> <p>Analys av fallpreventiva åtgärder med statistik från Senior alert.</p> <p>Samverkat med patientansvarig läkare. Analys Läkemedel och äldre för att minska fallochckor.</p> <p>Nattfastemätning 2ggr/ år för att säkerställa att nattfastan inte överstiger 11 timmar för samtliga boenden.</p>	<p>Uppföljning via Senior Alert, avvikelshanteringssystemet och journalgranskning.</p> <p>Teammöte 14e/ dag med samtliga professioner.</p> <p>Kvalitetsråd 1ggr/ månad.</p> <p>Samverka med patientansvarig läkare.</p> <p>Nattfastemätning 2ggr/ år</p>	<p>Samtlig personal deltar.</p> <p>Omfattar samtliga boende.</p> <p>Teammöte var 14e/ dag</p> <p>Kvalitetsråd 1ggr/ månad</p>	<p>Data från Senior Alert.</p> <p>Data från avvikelshanteringssystemet</p> <p>Ambea styrande dokument.</p>

<p><b>Basala hygienrutiner och smittförebyggande åtgärder</b></p>	<p>Korrekt följsamhet av basala hygienrutiner mha av kvalitetsledningssystemet</p>	<p>2023 registrerade 1 stycken avvikelser, konstaterad covidsmitta. Resultatet är ej uppnått. I jämförelse med föregående år finns fortsatt brister i basala hygienrutiner. År 2022, 3 avvikelser, bristande följsamhet vid användning av förkläde och mask/visir, bristande följsamhet vid konstaterad covidsmitta.</p>	<p>Målet är inte uppfyllt</p>	<p>Observationer och självskattning av följsamheten till basala hygienrutiner i vård och omsorg 4 ggr/år.</p> <p>Digital Webbutbildning i basala hygienrutiner via vårdgivarguiden 1 ggr/år</p> <p>EC initierar observationer och självskattning samt redovisar vid kvalitetsråd och APT.</p> <p>Månadskontroll samt årlig revision gällande basala hygien och smittförebyggande åtgärder.</p>	<p>Fortsatt återkoppling och utbildning av personal från hygienombud/annan utsedd person vid APT.</p> <p>Genomgång av rutin för Basal hygien och smittförebyggande åtgärder för nyanställda.</p>	<p>Samtlig personal och chefer.</p> <p>Observationer och självskattning 4 ggr/år, månadskontroller samt årlig revision.</p> <p>Redovisning och utbildning vid månatlig APT.</p> <p>Genomgång av avvikelser på kvalitetsråd 1 ggr/månad</p>	<p>Ambeas styrande dokument</p> <p>Utbildning via kompetensportalen, vårdgivarguiden</p>
<p><b>Förbättra informationssystemet mellan HSL och SoL.</b></p>	<p>Minska avvikelser med 100% kopplat till bristande informationsöverföring och informationsinhämtning via verksamhetssystemet Safe Doc.</p>	<p>År 2023 en avvikelse som bla. beror på bristande informationsöverföring mellan SoL och HSL.</p> <p>År 2022: en avvikelse som bla. berodde på bristande informationsöverföring mellan SoL och HSL.</p>	<p>Målet är ej uppfyllt.</p>	<p>GC granskar SoL dokumentation och ger återkoppling och undervisar personal. Enhetchef granskar HSL dokumentation och ger återkoppling och undervisning.</p> <p>Tid för överrapportering mellan arbetspass såväl bland SoL- och HSL-personal.</p> <p>Utbildning i social dokumentation</p> <p>Utbildning i hälso- och sjukvårdsdokumentation</p>	<p>Uppföljning sker månadsvis på Kvalitetsråd via data från avvikelshanteringssystemet.</p> <p>Kamratgranskning av HSL dokumentation.</p> <p>Kvartalsvis journalgranskning</p> <p>Samtlig personal har genomfört utbildning via kompetensportalen (webbutbildning i SoL dokumentation).</p>	<p>Omfattar samtlig personal.</p>	<p>Avvikelsehanteringssystemet</p> <p>Utbildning i Kompetensportalen</p> <p>Ambeas styrande dokument</p>
<p><b>PPM-mätning</b></p>	<p>Verksamheten ska ha följsamhet</p>	<p>Verksamheten deltog vid två PPM</p>	<p>Delvis uppfyllt.</p>	<p>Egenkontroller genom självskattning</p>	<p>Egenkontroller genom självskattningar,</p>	<p>Samtliga medarbetare</p>	<p>Ambeas styrdokument</p>



	till basala hygienrutiner .	<p>mätningar, en på våren och en på hösten 2023.</p> <p>Vårens resultat visar på att 20% hade korrekt i samtliga steg, 26.7% hade korrekt i fyra hygiensteg, 93.3% hade korrekt i samtliga fyra klädregler.</p> <p>Höstens resultat visar ett bättre resultat med att 92.85% hade korrekt i samtliga steg, 85.5% hade korrekt i samtliga fyra hygiensteg, 100% hade korrekt i samtliga fyra klädregler.</p>	<p>Resultatet under året visar en påtaglig förbättring anseende följsambeten till samtliga steg.</p> <p>Dock behöver arbetet fortsätta under 2024.</p>	r, månadskontroller, hygienobservationer, webb-utbildning och genomgångar vid kvalitetsråd och APT.	månadskontroller, hygienobservationer, webb-utbildning och genomgångar vid kvalitetsråd och APT.		
<b>ViSam</b>	Implementera Visam beslutstöd	Under 2023 implementerades Visam beslutstöd.	Mål uppfyllt	<p>Genomgång med ordinarie och timanställda ang. visam beslutstöd.</p> <p>Genomgång på SSK-/HSL-möten.</p> <p>Dokumentationsgranskning vid avvikelser för att säkerställa att visam beslutstöd använts enligt rutin.</p> <p>Genomgång av avvikelse på kvalitetsråd 1ggr/månad</p>	<p>Uppföljning vid dokumentationsgranskning och avvikelshanlys.</p> <p>Genomgång under SSK-/HSL-möte</p>	HSL-personal	<p>Ambeas styrande dokument</p> <p>Avvikelsesystem</p>
<b>Reflektionsmöte enligt Demensakademien</b>	Implementera reflektionsmöten på varje våning samt utbilda demensansvariga på varje våning.	Reflektionsmöten är implementerade i verksamheten och genomfört månatligen från februari 2023.	Arbetet med reflektionsmöten har utvecklats fint under året. De demensansvariga har fått en ökad trygghet i sitt uppdrag.	Reflektionsmöten boka i samband med våningsmöten för att underlätta möjligheten för alla medarbetare	Arbetet har gått framåt under 2023. Fortsatt implementering under 2024. Då genom att införa regelbundna träffar för de demensansvariga	Demensansvariga medarbetare.	Ambeas ledningssystem

		<p>Våningens demensansvariga reflektionsledare har deltagit vid varje reflektion.</p> <p>O.A.SSK deltar vid reflektionsmöten för sin våning från augusti 2023</p>	<p>Bemötandeplanerna som tas fram beböver fortsatt implementering samt att de förs över till aktuell genomförandeplan.</p>	<p>för det respektive våningsplanet att delta, både dag- och nattpersonal.</p> <p>Gruppcheferna har ansvarat för att bemanna för deltagandet vid reflektionsmöten.</p> <p>En specialistutbildad usk har anställts för att ha huvudansvar för de demensansvariga reflektionshandledarna.</p> <p>De demensansvariga har deltagit vid en nätverksträff under hösten 2023</p>	<p>där de får möjlighet att föra dialog och utveckla arbetet samt ge stöd åt varandra.</p> <p>Deltagande vid nätverksträffar fortsätter under 2024 för att stärka arbetet ytterligare.</p>		
<b>Nattfaste mätningar</b>	<p>Nattfastan ej ska överstiga 11 timmar.</p>	<p>Verksamheten har genomfört 3 nattfaste-mätningar, januari, maj och oktober 2023</p> <p>Nattfastan har minskat under året, på samtliga våningar.</p> <p>I januari varierade andelen med överstigande 11 h i nattfasta mellan 20-55%.</p> <p>I oktober har andelen minskat till 20-35%.</p>	<p>Målet ej uppfyllt.</p>	<p>Utbildning av usk i samband med APT.</p> <p>Lyst varje team-möte om vikten av minskad nattfasta.</p>	<p>Fortsatt arbete under 2024.</p> <p>Inplanerat fokus för planeringsdagar under februari 2024 kommer vara mat, nutrition och måltider.</p>	<p>Enhetschef, ssk och Samtliga medarbetare.</p>	<p>Ambeas styrande dokument</p>

## 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.



## Säker vård här och nu

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten år 2023 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Preventionsbedömningar av den enskilde</b>	Förhindra försämrat hälsotillstånd kopplat till fall, undernäring, nedsatt munhälsa och i förekommande fall trycksår och blåsdysfunktion.  Aktuella preventionssbedömningar upprättas 2 ggr / år eller mer vid behov. Hälsoplan upprättas vid identifierad risk/ behov.	År 2023: Preventionsbedömning har genomförts 2 ggr för samtliga.  Hälsoplan har upprättats vid identifierad risk.  Uppföljning har genomförts via teammöte var 14:e dag.  Målet är uppnått. I jämförelse med föregående år har resultatet förbättrats.  [År 2022 Riskbedömning genomfördes inte 2 ggr/år].	Målet är uppfyllt.  Adekvata åtgärder har upprättats. Dokumentation har genomförts i hälsoplaner.  Uppföljning via teammöten var 14:e dag med samtliga professioner.	Preventionsbedömning 2 ggr / år eller mer vid behov.  Hälsoplaner upprättats vid identifierad risk.  Registrering i Senior alert.  Uppföljning var 14:e dag via teammöten.  HSL års-hjul skapat för att säkerställa att preventionsbedömningar utförts 2ggr/år	Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.	Samtliga patienter och medarbetare.	Årshjul Kvalitet och ledningssystem  Senior alert.  Ambeas ledningssystem.  Patientjournal
<b>Riskbedömningar av den enskilde</b>	Förhindra risker som kan påverka den enskilde genom förebyggande insatser.  Aktuella riskbedömningar upprättas 2 ggr / år eller mer	År 2023: Riskbedömning har genomförts 2 ggr för samtliga. Hälsoplan har upprättats vid identifierad risk.  Uppföljning har genomförts via teammöte var 14:e dag.  Målet är uppnått.	Målet är uppfyllt.  Inga rapporterade oönskade händelser / avvikelser har uppstått pga. ej aktuella handlingsplaner med relevanta åtgärder för den enskilde (där risk identifierats).	Bedömningar 2 ggr / år eller mer vid behov.  Uppföljning om relevanta åtgärder via teammöte var 14:e dag	Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.	Samtliga boenden och medarbetare.	Årshjul Kvalitet och ledningssystem  Ambeas ledningssystem.  Patientjournal

	<p>vid behov. Hälsoplan upprättas vid risk för suicid, självskada, smitta och våld i nära relation.</p>	<p>I jämförelse med föregående år har resultatet förbättrats.</p> <p>[År 2022 Riskbedömning genomfördes inte 2 ggr].</p>					
<p><b>Identifiering av risker i verksamheten som kan påverka patienter</b></p>	<p>Identifiering av risker i verksamheten 1 gång / år eller mer vid behov. Handlingsplan upprättas vid identifierad risk.</p> <p>Förhindra risker som kan påverka enskilda i verksamheten i händelse av variationer och störningar</p>	<p>Riskbedömning har genomförts 1 ggr. Handlingsplaner upprättade vid identifierad risk.</p> <p>Tre händelser rapporterade under året. En händelse där stora bisnen var ur funktion under flera dygn. En händelse där kodläset till våningsdörr slutade fungera, samt en händelse där APTUS-läs till en av våningsdörrarna gick sönder vilket resulterade i att det ej gick att passera våningsdörren.</p>	<p>Målet är delvis uppfyllt</p>	<p>Bedömning 1 / år eller mer vid behov. Handlingsplaner upprättade.</p> <p>Uppföljning via APT och Kvalitetsråd.</p>	<p>Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.</p>	<p>Omfattar hela verksamheten.</p>	<p>Årshjul Kvalitet och ledningssystem</p> <p>Ambeas ledningssystem.</p>
<p><b>Arbetsmiljö risker i arbetet med kund</b></p>	<p>Identifiera och förhindra risker hos patienter som kan påverka medarbetare genom förebyggande insatser till patienten.</p>	<p>År 2023: Bedömning av arbetsmiljörisker har genomförts 2 ggr/år eller mer vid behov.</p>	<p>Inga rapporterade oönskade händelser / avvikelser har uppstått för personal pga. ej aktuella och relevanta åtgärder för den enskilde.</p>	<p>Bedömning 2ggr/år eller mer vid behov. Handlingsplaner upprättade.</p> <p>Uppföljning via APT och Kvalitetsråd.</p>	<p>Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.</p>	<p>Omfattar hela verksamheten.</p>	<p>Årshjul Kvalitet och ledningssystem</p> <p>Ambeas ledningssystem.</p>
<p><b>Delegering</b></p>	<p>Gültiga delegeringar vid många nyanställda.</p> <p>Inga rapporterade</p>	<p>År 2023 0 avvikelser kopplat till brist pga. för få delegerad personal.</p>	<p>Målet är uppfyllt</p>	<p>Förberedelse av schemaplanering vilket skapat bättre möjlighet att undvika arbetspass där få eller ingen är delegerad.</p>	<p>Samarbetet och förberedelse kring schemaplanering fortsätter under 2024</p>	<p>Omfattar chefer och SSK.</p>	<p>Ambeas styrande dokument.</p>

	avvikelser kopplat till brist på delegerad personal.			Samverkan mellan samordnare och SSK gällande schemaplanering			
<b>Årliga genomgångar av läkemedels hanteringen</b>	God kvalitet och följsambet till lagstiftningen	År 2023 Läkemedelsgenomgång med Apoteket visade på en god narkotikakontroll och en följsambet till läkemedelsbakteringen.	Målet är uppfyllt	Samtliga åtgärdsförslag har justerats i direkt anslutning till genomförd kontroll / genomgång	Avstämning 2 gånger är mellan SSK och EC för att säkerställa att åtgärder är genomförda.	Två gånger per år. Samtliga SSK och EC	Ambeas ledningssystem
<b>Läkemedelstillgång för en (1) månads förbrukning</b> . Gäller ej dosdispenserade läkemedel	Tillräcklig tillgång till läkemedel i händelse av uteblivna leveranser.	År 2023 Buffert i form av en (1) månaders förbrukning av läkemedel finns för varje patient.	Målet uppfyllt.	Beställning sker kontinuerligt för att säkerställa att en (1) månaders förbrukning finns tillgängligt.	Fortsatt arbete med att säkerställa buffert av läkemedel för varje patient under 2024.  Kontroll utgångsdatum för personbundna läkemedel samt buffertförråd kvartalsvis	SSK gör beställningar kontinuerligt.	Socialstyrelsens rekommendationer gällande kris- och beredskap i vård och omsorg.  Ambeas ledningssystem
<b>Värmebölja</b>	Tillbanda hålla förebyggande insatser för att undvika uttorkning och säkerställa god vård	Målet uppfyllt.	Ingen patient har drabbats av uttorkning och/ eller remitterats till sjukhus relaterat till värmeböljan 2023.	Följsambet till Ambeas rekommendationer gällande värmebölja	Dagliga uppföljningar mellan SSK och omvårdnadspersonal vid värmeböljan.	Samtliga patienter / boende.	Folkhälsomyndighetens rekommendationer.  Ambeas ledningssystem
<b>Samarbete med Regionen (läkarorganisation / vårdcentral)</b>	Säkerställa god medicinsk vård och behandling till patienter och god samverkan med läkarorganisationen	Genomgång av inkomna klagomål och synpunkter från SSK resp. läkare kopplat till samverkansdokument och avtal.  Långsiktig planering kopplat till omvärldsbevakning och målgrupp i händelse av störningar.  Samverkansmöte med läkarorganisationen 1 ggr / år	Målet uppfyllt.	Upprättad handlingsplan för identifierade förbättringsområden utifrån genomfört samverkansmöte.  Samtliga åtgärder har åtgärdats under 2023	Uppföljning via återkommande samverkansmöten.	Verksambetschefer från respektive verksamhet (Regionen och kommunal privat vårdgivare) genomför samverkansmöten.	Fastställda samverkansdokument mellan huvudmän.  Ambeas ledningssystem
<b>Egenkontroll (EK) och</b>	God kvalitet och	Verksamheten fick en kvalitetsutvärdering	Verksamheten	Arbetat aktivt med verksamhetsutvärdering	Fortsatt arbete med att säkerställa god kvalitet och	Omfattar hela verksamheten.	Ambeas ledningssystem

<b>kvalitetstillsyn</b>	<i>följsambet till lagstiftning och avtal.</i>	<i>av AMBEA i mars 1,24 av 2,0 möjliga.</i>  <i>Under 2023 har verksamheten genomfört två egenkontroller.</i>  <i>I april 2023 med resultatet: 1,55 av 2,0 möjliga.</i>  <i>I oktober 2023 med resultatet: 1,67 av 2,0 möjliga.</i>	<i>kvalitetsarbete går framåt.</i>	<i>eckling genom att arbeta med förbättringsloggen.</i>  <i>Genomgång av förbättringsloggen vid ledningsgrupps möten, kvalitetsråd och våningsmöten.</i>	<i>följsambet till lagstiftning och avtal.</i>		
-------------------------	--	---	------------------------------------	--	--	--	--

## Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Alla medarbetare i har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

## 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.

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

*Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten ökat förståelsen för patientsäkerhet och på vilket sätt data samlas in, sammanställs, analyseras och används i ert förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbete under år 2023.*



Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Uppföljning av avvikelser och pågående förbättringsarbete i Qmaxit</b>	Att implementera förbättringsåtgärder r/t rapporter avvikelse r / utredningar	Verksambeten har under året arbetat aktivt med att arbeta i förbättringsloggen. Både på verksamhetsnivå, och på våningsnivå.  Alla medarbetare i ledningsgrupp och HSL-grupp ansvarar för att följa upp avvikelser. Arbets sättet har under året implementerats väl.  Avvikelse och förbättringsområden följs upp regelbundet vid varje ledningsgrupp en gång per månad, kvalitetsråd, våningsmöte, och APT.	Målet uppfyllt.	En internutredare finns tillgänglig i regionen i samband med utredningar. En utredning har skett under 2023 som skickats till IVO.	Uppföljning av avvikelser sker månadsvis på Kvalitetsråd.  Uppföljning förbättringsområde har följts upp månadsvis på Kvalitetsråd. Genomförda åtgärder r/t utredningarna har varit utbildningsinsatser.	Samtlig personal.  Månadsvis uppföljning via Kvalitetsråd.  Förbättringsåtgärder har genomförts vartefter under året.	Ambeas ledningssystem.  Ambeas avvikelsehanteringsystem Qmaxit.
<b>Senior alert och minska fälolyckor</b>	Samtliga patienter som ger sitt medgivande ska registreras i SeniorAlert för riskbedömning, åtgärd och uppföljning.  Statistik används från SeniorAlert för verksamhetens kvalitetsarbete.	Verksambeten har ökat registreringen i SeniorAlert och hälsoplaner finns kopplade.  Arbetet med den röda tråden behöver förbättras ytterligare genom att resultat från riskbedömningar och planerade åtgärder och uppföljningar ska återges i våde Hälsoplaner och Genomförandeplaner.	Mål delvis uppnått	Schemaplanering för Teammöten för arbete med Senior alert.  Aggregerad statistik från Senior alert har använts för analys vid Kvalitetsråd.	Fortsatt Teamsamverkan var 14:e dag mellan alla yrkesgrupper. Genomgång och uppföljning av planerade insatser.  Fortsatt uppföljning månadsvis på Kvalitetsråd mha aggregerad statistik från Senior alert och avvikelser i Qmaxit.  Fortsatt uppföljning på APT.	Samtliga medarbetare och chef.  Teammöten var 14:e dag och Kvalitetsråd månadsvis.	Ambeas styrande dokument  Senior alert.  Avvikelsehantering Qmaxit.
<b>Svenska palliativregistret (SPR) och</b>	Samtliga patienter i livets slutskede ska	Resultatet för belåret 2023 visade att smärtskattning	Målet är uppfyllt.	Genomgång vid varje Palliativt råd hur skattning	Fortsatt uppföljning månadsvis på Palliativt råd samt Kvalitetsråd mha aggregerad statistik	SSK, Palliativa ombud, Samtliga medarbetare och chef.	Ambeas styrande dokument.

<b>smärtlindring</b>	erhålla symtoms kattad smärta med VAS och som dokumenteras i patientjournal.	genomfördes i samliga fall.		genomförs med VAS.  Uppföljning månadsvis av aggregerad statistik från SPR på Kvalitetsråd.  Palliativa ombud har och kommer att fortsätta erbjuda utbildningsinsatser gällande området smärta, smärtlindring, VAS och dokumentation till verksamheten och vid nyanställningar	från SPR och avvikelser i Qmaxit.  Uppföljning på APT.		Nationella riktlinjer för palliativ vård, Socialstyrelsen.
<b>BPSD registret och förhindra BPS-symtom</b>	Samtliga patienter med kognitiv svikt erhåller en bemötandeplan för att förhindra BPSD-symtom.	Under 2023 har verksamheten arbetat med att implementera arbetsmetoder enligt Demensakademien, där kartläggning av JAG-stödande arbetsätt ligger till grund för bemötandeplaner.  Verksamheten har därför avvaktat införandet av BPSD-registrering.  Implementering av BPSD-registret påbörjade under fjärde kvartalet 2023.	Målet ej uppfyllt	En usk med specialutbildning inriktning demens har anställts under året i syfte att ha huvudansvar för reflektionsbandledarna samt implementering av BPSD-arbetet.	Fortsätta utbildningsinsatser vid behov.	Samlig personal och chefer  Utbildningsinsatser löpande under året.	Ambeas ledningssystem.  Demens.Akademien  BPSD-registret
<b>Brukarundersökning och Enhetsundersökning</b>	Handlingsplan för förbättringsarbete upprättas i förbättringslogg.  Resultat av genomfört förbättringsarbete utvärderas	Under 2023 har verksamheten deltagit i Socialstyrelsens årliga brukarundersökning samt enbetsundersökningen.  Vidare har verksamheten deltagit i Ambeas brukarundersökning både under våren och hösten 2023.	Mål uppfyllt.  Utvecklingsarbete kring aktiviteter och måltider för den enskilde har startats upp.  Resultat för samtliga undersökningar återkopplas till berörda.	Handlingsplan för aktiviteter och måltider på aggregerad nivå för patienter har upprättats.  Två genomförda anhörgmöten för återkoppling av pågående förbättringsarbete har genomförts. En gång under våren och en	Fortsatt uppföljning via Kvalitetsråd och via inplanerade möten för återkoppling med patient.	Samtliga medarbetare, chef och patienter som önskar delta i utvecklingsarbetet.	Vardaga och myndigheters Brukarundersökning och närståendeundersökning  Ambea styrande dokument.



	<i>tillsammans med patienter.</i>	<i>Resultat har brutits ned till olika delmål. Handlingsplan upprättad. Förbättringsarbete pågått under året och brukare varit delaktiga i förbättringsarbetet.</i>		<i>gång under hösten.  Uppföljning av förbättringsarbetet månatligen på Kvalitetsråd  Information till anhöriga har delgetts via informationsmöte och månadsbrev kontinuerligt under året.</i>			
<b>Journalgranskning</b>	<i>Aktuella och relevanta hälsoplaner r/t aktuellt status hos samtliga patienter mha standardiserad checklista.</i>	<i>Målet har delvis uppnåtts.  År 2023: Nödvändiga hälsoplaner upprättade. Hälsoplaner som inte längre behövs har avslutats.  År 2022: Ingen journalgranskning genomfördes.</i>	<i>Utvecklingsarbete har påbörjats för bättre följsamhet till dokumentation av aktuellt status och hälsoplaner. Samtliga sjuksköterskor deltar.</i>	<i>Halvårsvis granskning av journaler av sjuksköterskor med återkoppling via Kvalitetsråd.</i>	<i>Fortsatt uppföljning via halvårsvis granskning av journaler av sjuksköterskor med återkoppling via Kvalitetsråd, SSK- och HSLmöte  Kamratgranskning inom HSLgruppen av journal, genomgång under HSLmöten</i>	<i>Samtliga sjuksköterskor samt enhets- och verksamhetschef.</i>	<i>Ambeas ledningssystem.</i>

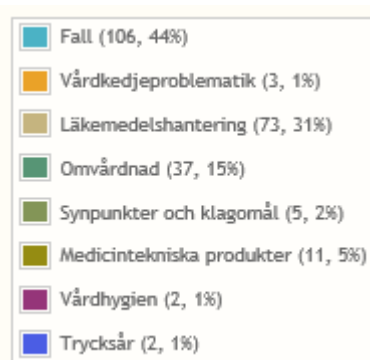
## Avvikelser

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

- Personal informeras vid anställning samt löpande enligt årshjulet om sin skyldighet att rapportera händelser och avvikelser i verksamheten. Som ett led i introduktionen genomgår all personal en webbutbildning i avvikelshantering, samt introduceras av handledare i hur man praktiskt registrerar en avvikelse.
- Avvikelserna följs upp av verksamhetschef, enhetschef, gruppchef samt legitimerad personal och stängs av verksamhetschef när de bedöms vara åtgärdade. Avvikelserna sammanställs och följs upp på kvalitetsrådet.
- Vid behov skapas förbättringsområde i samband med avvikelser i förbättringsloggen i kvalitetsförbättrande syfte.

**Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.**



## Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

- Vid inflytt får alla patienter och deras närstående information om hur klagomål och synpunkter kan lämnas in till verksamheten. De kan inlämnas till personal, kontaktperson, gruppchef eller direkt till verksamhetschef muntligen eller skriftligen.
- Dessa registreras i verksamhetens avvikelssystem och den som lämnat in synpunkten får återkoppling inom 24 timmar.
- Synpunkter och klagomål hanteras av verksamhetens ledningsgrupp, åtgärder kommuniceras till berörda utan dröjsmål.
- Synpunkter och klagomål hanteras löpande, men sammanställs inför varje kvalitetsråd för att identifiera eventuella organisatoriska förbättringsområden.
- Inga synpunkter och klagomål har berört hälso- och sjukvården under 2023.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 5. Beskriv kortfattat hur hälso- och sjukvården i er verksamhet under år 2023 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan.

Område	Mål 2023	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2023	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
<b>Optimal bemanning inför sommarsemestern</b>	Optimal och säker bemanning av delegerad personal	Målet uppfyllt.	Inga störningar eller problem av schemaplanering en. Inga inrapporterade avvikelser kring arbetsmiljö eller risker för	Avstämning mellan SSK och chefer 2 ggr under våren för planering av delegeringsutbildning och schemaplanering inför sommar 2023.	Dialoger har genomförts. Åtgärderna har gett effekt och förekomsten av problem med schemaläggning och minskade.	VC och enhetschef, samtliga gruppchefer, och sjuksköterskor.	Minnesanteckningar.

			<i>optimal bemanning.</i>		<i>Samverkansforum har också givit upphov till bättre planering för sjuksköterskor kring delegeringsprocessens alla delar.</i>		
<b>Säkerställd bemanning</b>	<i>Skapa en attraktiv arbetsplats genom trygg och säker bemanning</i>	<i>Målet uppfyllt. En enhetschef anställts för HSL-ansvar. Enhetschefen är utbildad dsk-ssk med lång erfarenhet av säbo.  Fyra nya gruppchefer har anställts, varav tre med specialistusk-utbildning. En med inriktning demens och två med inriktning multisjuka äldre.  Tre medarbetare på våningarna har rekryterats med specialistusk-utbildning. En med dubbel specialisering, både demens och pallkation. En med inriktning demens och en med inriktning multisjuka äldre. En av dessa medarbetare arbetar på våningen med inriktning äldrepsykiatri. De två andra är fördelade på två våningar med inriktning demensvård.</i>	<i>Den formella kunskapsnivån har ökat inom verksamheten.</i>	<i>Verksamheten följer kompetensutvecklingsplanen.  Verksamheten har en pågående rekrytering under hela året av timanställda medarbetare. De som anställs har lägst usk-utbildning. Detta för att säkerställa kompetensnivån i verksamheten.  Samtliga nyanställda ska genomgå en viss mängd obligatoriska utbildningar i början av anställningen. Detta ansvarar gruppcheferna för att planera in för den nya medarbetaren.</i>	<i>Uppföljning mellan chef och personal.</i>	<i>VC, enhetschef och gruppchefer</i>	<i>Ledningsbeslut inom Ambea, affärsområde och på verksamhetsnivå.</i>
<b>Utbrott av smitta</b>	<i>Säkerställa basal hygien och förhindra smittspridning vid risk för resistent bakterier</i>	<i>Målet har uppnåtts.  Ingen smittspridning av resistent bakterier.</i>	<i>Fölsambet till månadskontroller, observationer, självskattning och årlig revision.</i>	<i>Fölsambet till månadskontroller, observationer, självskattning och årlig revision.</i>	<i>Fortsatt fölsambet till månadskontroller, observationer, självskattning och årlig revision.</i>	<i>VC, enhetschef och gruppchefer</i>	<i>Ambea styrande dokument.</i>
<b>Strömavbrott</b>	<i>Inget strömavbrott</i>	<i>Inget längre strömavbrott</i>	<i>Rutin för strömavbrott finns i säkerhetspärmen.  De mindre avbrott som</i>	<i>Rutinen är känd av medarbetare</i>	<i>Uppföljning av rutin under året</i>	<i>Omfattar hela verksamheten</i>	<i>Ambea styrande dokument.</i>

			<i>skett bar kunnat banteras på plats på våningen genom att gå till proppskåpet.</i>				
--	--	--	--	--	--	--	--



Humana

Dnr: SÖD 2024/201

# Patientsäkerhetsberättelse 2023

---

Sjöstadsgården

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>7</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
3.2 Övergripande mål och strategier .....	8
3.3 Organisation och ansvar .....	8
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
3.5 Informationssäkerhet .....	9
3.6 En god säkerhetskultur .....	9
3.7 Adekvat kunskap och kompetens .....	10
3.8 Patienten som medskapare .....	11
<b>4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b> .....	<b>13</b>
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	13
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	14
4.3 Säker vård här och nu .....	15
4.3.1 Riskhantering .....	15
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	16
4.4.1 Avvikelse .....	16
4.4.2 Klagomål och synpunkter .....	17
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17
<b>5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</b> .....	<b>19</b>

### 1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i

dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

*Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.*



## 2 Sammanfattning

Sjöstadsgården är ett vård- och omsorgsboende med 59 vårdplatser varav 32 platser är för personer med demenssjukdom och 27 platser med somatisk inriktning.

Sjöstadsgården drivs av Humana omsorg sedan 1 november 2018.

Under 2023 har det anställts ny fysioterapeut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt en sjuksköterska som gått på ett föräldravikariat.

Ett mål för 2023 har varit att fortsätta arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi.

Planeringsdag för alla medarbetare med fokus på Teamarbete och personcentrerad vård har varit under året. Det har under 2023 utbildats 9 medarbetare i Silviahemmets utbildning, steg 1 samt 4 nya reflektionshandledare.

För att kvalitetssäkra vårt arbete har Sjöstadsgården elektronisk signering av läkemedel och planering, dessa har fortsatt utvecklas under 2023.

Sjöstadsgården har även fortsatt arbeta för att utveckla en personcentrerad vård- och omsorg genom strukturerat teamarbete där registreringar och bedömningar görs i multiprofessionella team. På Sjöstadsgården blev alla boende med samtycke registrerade i Senior Alert under 2023.

Sjuksköterska gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder. Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget vilket utförs av tandhygienist vid inflytt.

Sjöstadsgården har BPSD-administratörer där olika yrkeskategorier är utbildade, registreringen görs i team. Flertalet boende med samtycke blev registrerade i BPSDregistret under 2023. Bemötandeplaner och eventuella handlingsplaner finns tillgängligt för personal som arbetar med personer med demenssjukdom.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret. Registreringen görs och utvärderas av teamet. Resultat från Palliativa registret ligger sedan som underlag för vidare förbättringsarbete vid Palliativa ombudsträffar och i det dagliga arbetet.

Mätning av nattfastan har utförts enligt rutin, vid inflytt samt 2 gånger per år.

Läkarsamverkan har under 2023 skett med Geriatrik Specialisten där alla boende har en patientansvarig läkare. Utlagd läkarmottagning sker en gång per vecka på Sjöstadsgården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok.

Sjuksköterskorna har läsbehörighet i journalsystemet Take Care. Fall- och läkemedelsavvikelser rapporteras i Humanas avvikelssystem DF Respons.

Vi har under 2023:

- Utbildat 9 medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi steg 1.
- Utbildat 4 reflektionshandledare i Silviahemmets vårdfilosofi steg 3.
- ICF utbildning för fysioterapeut.
- Haft planeringsdagar för alla medarbetare med fokus på Silviahemmets vårdfilosofi, teamarbete och personcentrerad vård.
- Haft reflektionsmöten i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi.
- HSL-gruppen har fått utbildning i MI.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.
- 3 medarbetare har gått BPSD-administratörsutbildning
- Utbildning i Parkinson för 11 medarbetare via Kompetensutvecklingsinstitutet.
- Munhälsoutbildning från Flexident fördelat på 2 tillfällen.

- PKC-dag för palliativa ombud.
- Utbildning av 4 nya palliativa ombud.
- Brandutbildning för all personal.
- Förflyttningsutbildning för all personal
- Verksamhetschef och fysioterapeut har gått utbildning i risk- och händelseanalys.
- HSL-grupp och Verksamhetschef har varit på Äldreomsorgsdagarna.
- Fysioterapeut har påbörjat sin magisterutbildning inom demens på Karolinska Institutet.
- Gruppledare har gått Humanas gruppleddarutbildning.

Mål och strategier för 2024 är:

- Arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi och därför utbilda nya medarbetare i steg 1 och steg 2 Silviahemmet.
- Arbeta personcentrerat genom att fortsätta arbeta och utveckla Teamarbetet.
- Motverka BPSD genom att utbilda fler BPSD-administratörer.
- Öka personalens kunskap genom att ge HLR-utbildning för alla medarbetare.
- Utveckla samverka med närstående genom att utbilda anhörigombud och starta anhörigråd.
- Arbeta i enighet med vår värdegrund genom att utbilda fler värdegrundsledare.
- Fortsätta ha en hög kvalitet på vår palliativa vård genom att utbilda fler palliativa ombud.
- Hålla en hög kvalitet på omvårdnad av boende med Parkinsons sjukdom då det är en ökande grupp genom att fler medarbetare ska få utbildning om Parkinsons sjukdom.
- Ha en god kunskap om boendes munhälsa genom att fler medarbetare får utbildning i munhälsa från Flexident.
- Minska antal fall genom att fallförebyggande arbete och kompetensutveckling kommer att ske under året.
- Ha en god kvalitet på vår omvårdnadsdokumentation genom fortsatt arbete med Hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt handlingsplan.
- Ha tillräckligt med personal som har adekvat kompetens för att utföra sitt arbete då det är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Detta kan vara en utmaning i vår framtida Äldreomsorg och att arbeta för att vara en attraktiv arbetsgivare är en viktig strategi för oss 2024.

### **3GRUNDLÄGGANDE 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.

#### **3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning**

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



Divisionschef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)

Verksamhetschef för plan 4 & 5 och HSL-ansvarig

Verksamhetschef för plan 2 & 3

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 2

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 3

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 4

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 5

Resurssjuksköterska, Sjöstadsgården

Arbetsterapeut, Sjöstadsgården

Fysioterapeut, Sjöstadsgården

Gruppledare, Sjöstadsgården

Sjöstadsgården har kvalitetsråd och kvalitetsombud. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Detta görs genom att hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden.

Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser ○ Risker/riskbedömningar ○  
Synpunkter och klagomål ○ Skyddsåtgärder ○  
Egenkontroll ○ Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar ○ Humana  
Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och  
kvalitetsberättelse

### 3.2 Övergripande mål och strategier

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård

- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

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

På Sjöstadsgården är teamarbete en viktig och prioriterad del där riskbedömningar görs i team där alla yrkesroller är representerade för att säkerställa bästa möjliga kvalitet för boende och verksamheten.

### **3.3 Organisation och ansvar**

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

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

Divisionschef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)

Verksamhetschef plan 4 & 5 och HSL-ansvarig

Verksamhetschef plan 2 & 3

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 2

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 3

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 4

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 5

Resurssjuksköterska Sjöstadsgården

Arbetsterapeut, Sjöstadsgården

Fysioterapeut, Sjöstadsgården

Gruppledare, Sjöstadsgården

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

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

Sjöstadsgården har en patientansvarig läkare, från Geriatrik Specialisten. Sjuksköterska på Sjöstadsgården samverkar med patientansvarig läkare. En god patientkännedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Geriatrik Specialisten. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på fredagar. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok.

Patientansvarig läkare kan nå måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid finns läkarorganisationen som jour.

Sjuksköterska är på plats varje dag kl. 07-17. Övrig tid finns joursjuksköterska tillgänglig. Organisation för sjuksköterska på jourtid är Adept som finns tillgänglig kväll och natt.

Ibland behöver boende skickas in akut eller för planerad inläggning på sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal, remiss, aktuellt status, ordinationshandling och anhörigkontakt.

Multiprofessionella teammöten sker 1 gång i veckan per plan där Senior Alert och BPSD följs upp. Multiprofessionella teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. På avdelningarna för personer med demenssjukdom finns flera utbildade BPSD-administratörer.

Tandvård utförs i samverkan med Oral Care och Flexident.

Medicinsk fotvård utförs på remiss från läkare i samverkan med Måsens fotvård.

### **3.5 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har tidigare införts. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

### **3.6 En god säkerhetskultur**

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa



På Sjöstadsgården rapporterar alla medarbetare avvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. HSL-personal rapporterar och utreder fall- och läkemedelsavvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelserns ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS eller MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska

ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättade och tillgängligt för personalen i vårt ledningssystem PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i vårt ledningssystem PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Kvalitetsråd hålls 1 ggr/månad med bla kvalitetsombud. På mötet tas föregående avvikelser upp och diskuteras för lärande exempel som sedan informeras om på APT. Under 2023 har vi på Sjöstadsgården inte haft några allvarliga händelser/vårdskador. Multiprofessionella möten hålls kontinuerligt där alla professioner möts och gör riskbedömningar och registreringar i aktuella register. I samband med det uppdateras vårdplaner och genomförandeplan.

Beställning av ny boende sker via vårt journalsystem Paraplyt och Vodok och accepteras och handläggs där. Enskild inloggning sker med bank ID eller SITHS-kort. På Sjöstadsgården registrerar vi boende i flera nationella register. Det är:

-Senior Alert

-Svenska Palliativregistret

-BPSD-registret

På teammöten riskbedöms den boende i senioralert . I Svenska Palliativregistret registreras och används resultatet i förbättringsarbete. I BPSD-registret registreras alla boende med samtycke av BPSD-administratörer och följs upp av teamet vid teammöten.

### 3.7 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.



På Sjöstadsgården arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut tillsammans i Team.

Rapporteringstid mellan nattpersonal och dag/kvällspersonal finns inplanerad i schemat.

Rapporteringstid för rapport mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal finns inplanerad i schemat och sker dagligen.

Rehabrapport sker en gång i veckan per plan enligt schema.

Teammöte sker en gång i veckan per plan enligt schema.

På Sjöstadsgården arbetar 5 sjuksköterskor. Sjuksköterskor finns på plats varje dag kl. 07-17.

1 åa arbetsterapeut finns på plats måndag- fredag

1 åa fysioterapeut har funnits på plats måndag- fredag under 2023, från och med november 2023 studerar fysioterapeut 50% på arbetstid och finns då på plats 50%.

På Sjöstadsgården är de flesta av omvårdnadspersonalen utbildade undersköterskor. De som är vårdbiträden erbjuds utbildning till undersköterska på arbetstid. Under 2023 har en anställd vidareutbildat sig till undersköterska.

Alla medarbetare har deltagit i planeringsdag med fokus på Silviahemmets vårdfilosofi, teamarbete och värdegrund.

Risk och händelseanalys 2 dagars utbildning för verksamhetschefer och fysioterapeut 2023.

Utbildat 9 medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi, steg 1.

Utbildat 4 nya reflektionsledare i Silviahemmets vårdfilosofi, steg 3.

Reflektionsmöten i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi.

Omvårdnadshandledning för medarbetare.

Utbildat HSL personal i MI.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

3 medarbetare har gått BPSD-administratörsutbildning

PKC-dag för palliativa ombud.

Palliativ ombudsutbildning för flera medarbetare.

Brandutbildning för alla medarbetare.

Utbildning i munhälsa från Flexident.

### 3.8 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 §*



På Sjöstadsgården arbetar vi med personcentrerad vård där den boende är i fokus. Den boende och även den närstående är en del av teamet.

Vid inflyttning upprättas en genomförandeplan inom två veckor. Denna görs i samråd med boende och närstående. En månad efter inflyttning hålls en vårdplanering, där boende, närstående om boende önskar det, kontaktperson, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab deltar.

Boende informeras i god tid om planerade årliga läkarbesök och närstående erbjuds närvara vid besök om den boende önskar. Om den närstående inte har möjlighet att delta har de möjlighet att lämna synpunkter eller frågeställningar, i första hand till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Närstående informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd och vid förändrat allmäntillstånd. När en ny boende flyttar in tillfrågas alltid boende vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om man kan ringa oavsett tid på dygnet. Detta dokumenteras i den boendes omvårdningsjournal.

Kontaktperson ansvarar för den boendes närståendekontakt. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att informera om den boendes hälsostatus.

Vid inflyttning och vid fortsatt kontakt uppmuntrar vi på Sjöstadsgården närstående till delaktighet i vården som rör den boende.

Under 2023 har det på Sjöstadsgården på grund av Covid-19 inte varit några stora närståendeträffar, utan det har bjudits in till anhörigmingel på avdelningarna. Det skickas ut närståendebrev för att säkerställa att närstående och boende får ta del av vad som händer och ges möjlighet till delaktighet.

## 4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



1.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per månad.

PPM mätning för blåsdysfunktion, skyddsåtgärder och vårdprevention görs 2 gånger per år enligt rutin.

Egenkontroll hälsosjukvårdsdokumentation görs enligt rutin 2 gånger om året där analysen av resultatet ligger till grund för vidare utvecklingsarbete. Man ser där till både styrkor och vad som kan utvecklas mer. Man jämför resultatet med tidigare resultat för att följa utvecklingsarbetet.

Utvecklingsområden som identifierats under 2023 års dokumentationsgranskning har varit att hålla riskbedömningar uppdaterade, utvärdera hälsoplaner kontinuerligt, avsluta inaktuella journalanteckningar och dokumentera under personfaktor kring förväntningar i livets slut. Fortsatt förbättringsområde för år 2024.



Ett annat identifierat område som dokumentationsgranskningen visade på ett förbättringsområde var att det ska finnas samtycke till skyddsåtgärder till 100%.

Åtgärden var ett förbättrat arbetssätt med att använda checklista vid inskrivning och dokumenteras under samma sökord i HSL journal.

Hygienobservationer har utförts 2 ggr under året. Senaste observationen som utfördes visade förbättring kring att sprita händerna före patientnära arbete, handskar används vid rätt tillfälle och att använda plastförkläde vid tex bäddning av säng. Fortsatta hygien observationer kommer ske under 2024 och även där medarbetarna själva får skatta hur de följer basala hygienrutiner. Detta följs upp av en observation för att se om det stämmer överens med hur medarbetarna har skattat sig.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har utförts under 2023, med gott resultat. Förbättringsförslag med åtgärder finns beskrivna i separat handlingsplan.

#### **4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador**

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

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

Har vården varit säker



- Ledningen går igenom verksamheten regelbundet utifrån egen kontroll och årshjulet i PARUS
- Tillsammans med boende och närstående identifieras risker i verksamheten. Risker tas upp på Teammöten.
- Avvikelse rapporteras enligt rutin i DF Respons.
- Strukturerade möten där avvikelser analyseras som Kvalitetsråd 1 gång i månaden, kontinuerliga Teammöten och på APT möten.
- Tillsammans med andra vårdgivare/kollegor identifieras risker i verksamheten

#### **4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer**

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

På Sjöstadsgården rapporterar alla medarbetare i Humanas avvikelssystem DF Respons. Vi kan se att personal är duktiga på att rapportera HSL avvikelser, när det gäller SOL avvikelser kan detta ses som något som behöver utvecklas.

HSL-personal registrerar och är även utredare för fall- och läkemedelavvikelse i Humanas avvikelssystem DF Respons. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelsernas ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS eller MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

### 4.3 Säker vård här och nu

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

Är vården säker idag



#### 4.3.1 Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

På Sjöstadgården görs riskanalyser fortlöpande där det kan finnas risk för att händelse kan inträffa som kan medföra brist eller inför anpassningar som ska göras.

Riskanalyser görs tvärprofessionellt med de det berör. Ledningsgrupp, samverkan med skyddsombud eller med boende och närstående är exempel på forum där riskanalysen görs.

Riskanalyser som gjorts under 2023:

- Smitta
- Händelse av kris
- Bemanning HSL sommar och storhelger

Nyinflyttade boende riskbedöms inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget utförs av tandhygienist samt vid inflytt. Sjuksköterska gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi gör riskbedömningar på alla boende och använder oss då av bedömningsinstrumenten i kommunens journalsystem Vodok och Senior alert.- Fall-Trycksår- Nutrition- ROAG samt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och välbefinnande. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör skattningar enligt MNA, Norton och DFRI innan. Kontroller av vitala parametrar görs. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utvärderar vid behovs läkemedelsanvändning under tiden och om det visar sig att vid behovs läkemedel inte använts på länge sätts medicin ut av läkare. Provtagningar ordinerar och följs upp.

Influensavaccin och påfyllnadsdos av covid 19 har erbjudits till alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta eftersom personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare.

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

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

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



På Sjöstadgården arbetar vi systematiskt med att identifierade områden som är relevanta för oss. Resultat från nationella register ligger till grund för våra analyser och förbättringsarbeten.

### 4.4.1 Avvikelser

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

På Sjöstadsgården rapporterar och utreder HSL-personal fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. När avvikelsen registrerats i DF Respons tas avvikelstens ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Under 2023 har vi haft 223 rapporterade avvikelser. Vi kan se ett ökat antal rapporterade händelser jämfört med föregående år, 2022. Detta kan ses som att fler rapporterar avvikelser enligt rutin, vilket varit ett förbättringsområde under året. Då fler avvikelser rapporterats har analyserna som görs på kvalitetsforum varje månad förbättrats. Det ökar möjligheten att se mönster kring händelser när antal avvikelser stämmer mer överens med verkligheten. Analyser och mönster informeras om på APT och har gett utvecklande och lärande diskussioner som även det är ett led i vårt systematiska kvalitetsarbete.

Vi har vid analys av avvikelserna sett att den största ökningen av avvikelser är på rapporterade fall. Vi har under 2023 haft 120 fall att jämföra med 2022 då vi hade 41 fall rapporterade. Majoriteten av fallen har lett till ingen skada, några lindrig skada i form av tex sårskada, blåmärke. 5 fall har setts som allvarigare då de lett till fraktur och sjukhusvård. När vi analyserar fallen ser vi att det är ett fåtal personer som står för majoriteten av fallhändelserna. Dessa avvikelser har tagits vidare i Teamarbetet och fallförebyggande åtgärder har gjorts enligt rutin. En vanlig orsak till fall har varit den boendes grundsjukdom. Att fortsätta utveckla det fallförebyggande arbetet genom till exempel ökad kunskap om sjukdomar som ger ökad fallrisk och andra fallförebyggande åtgärder har identifierats som ett utvecklingsområde som kommer att fortgå under 2024.

Händelser rapporterade kring läkemedelshantering är 48, där avser majoriteten utebliven dos eller felräkning i samband med narkotikakontroll, främst bland vidbehovsläkemedel. 4 avvikelser avser information, kommunikation samt samverkan. 8 rapporterade händelser kring medicinteknik och hjälpmedel som åtgärdats i verksamheten under året tex sängar som gått sönder, trasiga lyftmotorer och rullstolsdynor som varit felplacerade. 11 avvikelser rapporterade på utförande, omsorg, behandling och stöd. 3 stycken rapporterade på hot och våld. 14 rapporterade annan händelse, av dessa har alla kunnat åtgärdas och hanteras direkt i verksamheten. Under året har det ej förekommit någon Lex Maria och Lex Sarah anmälan.

### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter från anhöriga eller boende gällande hälso- och sjukvårds insatser tas på största allvar och analyseras noggrant inom verksamheten för att utreda eventuella risker som kunnat leda till vårdskada, allvarliga konsekvenser vid utebliven/fördröjd behandling eller lidande.

Klagomål eller synpunkter utreds internt, via dialog med anhöriga/boende/ansvarig läkare/verksamhetschef/ansvarig sjuksköterska, mötet mellan sistnämnda parter om så önskas.

Ärende återkopplas till MAS eller MAR och vid behov kan det leda till en intern utredning och en Lex Maria.

För att kunna nå ut till boende och närstående går vi varje månad ut i närståendebrevet om var man vänder sig med sina synpunkter och klagomål.

För att göra det mer synligt att vi önskar få in vad våra boende och närstående tycker om oss har vi satt upp folders synligt och lättillgängligt där man kan fylla i sina synpunkter.

I välkomstmappen som delas ut till boende vid inflytt informerar vi om vår rutin för synpunkter och klagomål. Kontaktperson ger även en muntlig information i samband med inflytt till boende och närstående.

Alla klagomål och synpunkter som kommer in ska registreras i Humanas avvikelssystem DF Respons. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande för vidare åtgärder. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

De klagomål och synpunkter som kommit in under 2023 har varit av den karaktär att de kunnat åtgärdats i verksamheten.

#### **4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap**

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

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden



Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten för att säkerställa att den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

I verksamhetens årshjul är egenkontrollerna för året inplanerade och utförda.

## 5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål och strategier för 2024 är:

- Arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi och därför utbilda nya medarbetare i steg 1 och steg 2 Silviahemmet.
- Arbeta personcentrerat genom att fortsätta arbeta och utveckla Teamarbetet.
- Motverka BPSD genom att utbilda fler BPSD-administratörer.
- Öka personalen kunskap genom att ge HLR-utbildning för alla medarbetare.
- Utveckla samverka med närstående genom att utbilda anhörigombud och starta anhörigråd.
- Arbeta i enighet med vår värdegrund genom att utbilda fler värdegrundsledare.
- Fortsätta ha en hög kvalitet på vår palliativa vård genom att utbilda fler palliativa ombud.
- Hålla en hög kvalitet på omvårdnad av boende med Parkinsons sjukdom då det är en ökande grupp genom att fler medarbetare ska få utbildning om Parkinsons sjukdom.
- Ha en god kunskap om boendes munhälsa genom att fler medarbetare får utbildning i munhälsa från Flexident.
- Minska antal fall genom att fallförebyggande arbete och kompetensutveckling kommer att ske under året.
- Ha en god kvalitet på vår omvårdnadsdokumentation genom fortsatt arbetet med Hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt handlingsplan.
- Ha tillräckligt med personal som har adekvat kompetens för att utföra sitt arbete då det är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Detta kan vara en utmaning i vår framtida Äldreomsorg och att arbeta för att vara en attraktiv arbetsgivare är en viktig strategi för oss 2024.

Dnr: SÖD 2024/189

# Patientsäkerhetsberättelse för Bergsund År 2023\*





Datum: 2023-12-21

Ansvarig för innehållet: Marzenna Stenström

\*Patientsäkerhetsberättelsen avser 2023-01-01 – 2023-09-30 i och med verksamhetsövergång

## 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.



2023 används "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024" Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. Ansvar och Omsorg AB har som verksamhetsområde att bedriva särskilt boende med vård och omsorg riktat mot äldre. Några av verksamheterna har en speciell inriktning mot demens.

Inom några av verksamheterna förekommer även korttidsplaceringar vid behov av fortsatt rehabilitering, vård och omsorg inför hemgång efter inneliggande sjukhusvård.

Bergsund vård-och omsorgsboende ligger på Södermalm Hornstull i Stockholm, Folkskolegatan 30. Bergsund har 123 särskilda boendeplatser varav 16 platser är med demensinriktning. Bergsund delas på 2 hus 4 våningar på varje hus. Lägenheterna består av pentry, stort hygienutrymme och de flesta lägenheterna har egen balkong. De finns en egen stor innergård där utevistelse är avsedd för boendes bruk samt en träffpunkt med dagliga aktiviteter.

På Bergsund hålls kvalitetsråd varje månad tillsammans med sjuksköterskor, verksamhetschef, enhetschef, rehab personal och utsedda kvalitetsombud från varje våningsplan. Där lyfts kontinuerligt alla avvikelser från föregående månad för diskussion, men även de delar i enkätundersökningen, Socialstyrelsens brukarundersökning, som påvisar utvecklingsbehov för verksamheten.

## **Innehåll**

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>75</b>
<b>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>75</b>
<b>Engagerad ledning och tydlig styrning .....</b>	<b>76</b>
<b>Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>76</b>
<b>Organisation och ansvar .....</b>	<b>77</b>
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador .....</b>	<b>78</b>
<b>Informationssäkerhet .....</b>	<b>79</b>
<b>En god säkerhetskultur.....</b>	<b>79</b>
<b>Adekvat kunskap och kompetens .....</b>	<b>80</b>
<b>Patienten som medskapare .....</b>	<b>80</b>
<b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....</b>	<b>80</b>
<b>Öka kunskap om inträffade vårdskador.....</b>	<b>81</b>
<b>Tillförlitliga och säkra system och processer .....</b>	<b>82</b>
<b>Säker vård här och nu.....</b>	<b>82</b>
<b>Riskhantering.....</b>	<b>82</b>
<b>Stärka analys, lärande och utveckling .....</b>	<b>82</b>
<b>Avvikelse.....</b>	<b>82</b>
<b>Klagomål och synpunkter.....</b>	<b>83</b>
<b>Öka riskmedvetenhet och beredskap.....</b>	<b>84</b>
<b>Egenkontroll.....</b>	<b>84</b>
<b>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....</b>	<b>85</b>

## **SAMMANFATTNING**

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

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

Under 2023 har verksamheten arbetat med kontinuitet och följsamhet till rutiner.

Fortsatta utmaningar med bemanning och framförallt inhyrd legitimerad personal. Flertalet nyanställningar genom året men vissa brister fanns fortfarande vid verksamhetsövergången.

Egenkontroller påvisar att det finns behov av fortsatt arbete med struktur, ordning och reda i gemensamma utrymmen, expeditioner, medicinrum, förråd, boendes medicinskåp och följsamhet till hygien.

Inför verksamhetsövergången fick alla patienter uppdaterade riskbedömningar, hälsoplaner samt kvalitetsregister.

Arbetet med klagomål och synpunkter samt avvikelser har gett ett positivt resultat där antalet signifikant har minskat jämfört med tidigare verksamhetsår.

## **GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD**

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

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

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

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

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

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

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

Tabell 1. Översikt mål

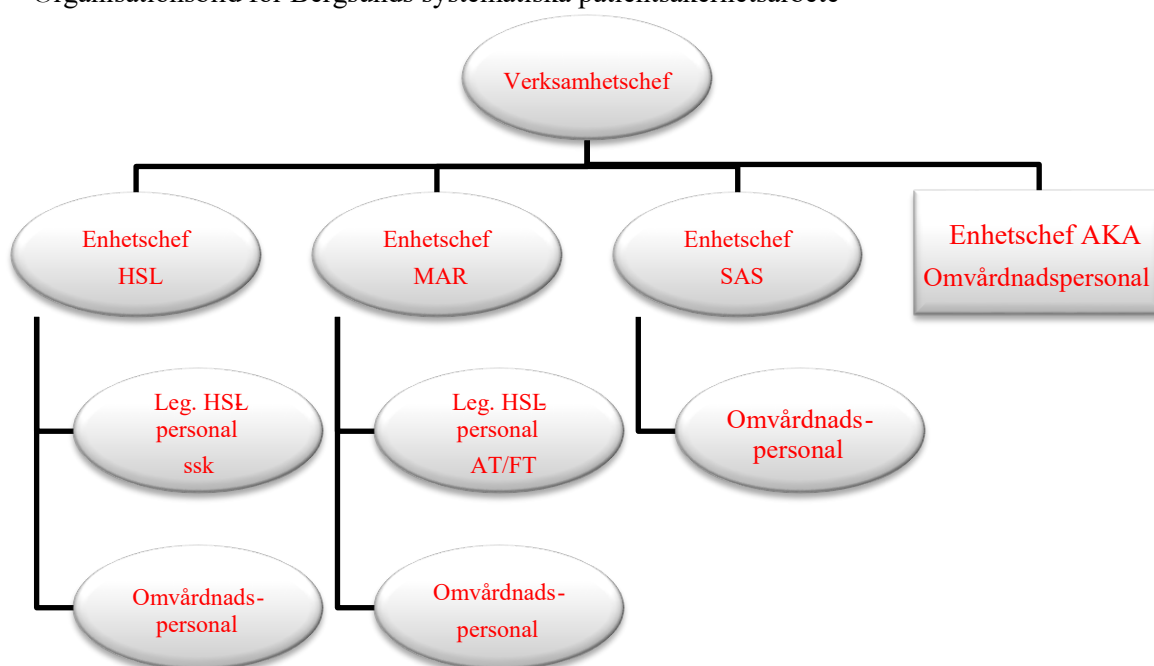
Nationell Vision och Mål	Övergripande mål för A&O	Bergsunds mål
God och säker vård överallt och alltid	God patientsäkerhetskultur i vården	Ökad teamsamverkan SIP
Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada	Aktivt arbete i kvalitetsregister	Registrera i senior alert, palliativ register samt BPSD
Säkerställa god och kvalitativ vård	Upprätta vårdplaner	Säkerställa att alla boende har aktuella vårdplaner.
Säkerställa kvalitativt arbetsätt	Avvikelsehantering och analysering	Genomförande av kvalitetsråd månatligen.

Säkerställa kvalitativt arbetssätt	Utredningar och analys av synpunkter och klagomål	Skyndsamt hantera synpunkter och klagomål.
Säkerställa god nutrition och minskad nattfasta	Dietist upprättar mätninginstrument/material	Genomföra nattfastemätningar och upprätta åtgärdsplaner.
Fallprevention	Fysioterapeut och arbetsterapeut inventerar behov av förflyttningsteknik och ergonomi.	Säkerställa kompetens inom fallprevention samt förflyttningsteknik.
Hygienriktlinjer följes	God följsamhet till rutin	Genomförande av hygienobservationer och självskattning.

## Organisation och ansvar

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

Organisationsbild för Bergsunds systematiska patientsäkerhetsarbete



Verksamhetschef har enligt (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet,

god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschef har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav om god och säker vård. Verksamhetschef ansvarar även för att legitimerad personal har rätt kompetens.

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

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende sker utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen tillsammans med företagets värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningssätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter kopplade till hälso- och sjukvårdsinsatser, utförs enligt instruktion och fastställda krav samt rutiner.

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

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

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

Samverkan för att förebygga värdeskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser med

- Ansvarig läkarorganisation, Legevisitten, genomför rond två ggr i veckan.
- Munvård, munhälsobedömningar och uppsökande tandvård (Flexident och Oral care)
- Medicinsk fotvård säkerställs genom fothälsan
- Regionen, överrapportering vid inflyttning (HSL-teamet får rapport av legitimerad personal både från sjukhus och hemsjukvård)
- Samverkan med BPDS-teamet

## Vårdhygien

Genom befintligt avtal med vårdhygien har enheten tillgång till rådgivning, undervisning och hjälp för att kvalitetssäkra den egna verksamheten.

Hygienronder genomförs med ledning av vårdhygiens sjuksköterskor och syftar till att identifiera förbättringsområden avseende god hygienisk standard. Under 2023 så har verksamheten utfört egenkontroller hygien, extern granskning gjordes av vårdhygien september 2023. Resultatet från granskningen visade på flertalet brister.

## Apoteket

Apoteket genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på Bergsund vård - och omsorgsboende. Kvalitetsgranskning hösten 2022, då det bör göras en gång per år hade detta inte gjorts inför verksamhetsövergången.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

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

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

## En god säkerhetskultur

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

I syfte att lägga grunden till en god säkerhetskultur som bidrar till ett lärande arbetar Bergsund med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av verksamhetschef och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett





forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och arbeta med åtgärder. Återkoppling sker till samtliga medarbetare på arbetsplatsträffar eller avdelningsmöte.

## Adekvat kunskap och kompetens

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

Bergsund arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi det finns en utsedd samordnare vilken fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar.



## Patienten som medskapare

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

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

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



## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

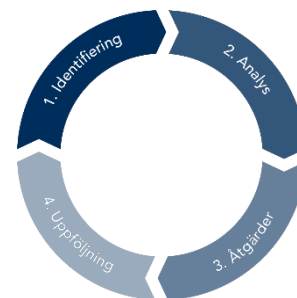
*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*

Bergsund tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul.

Inrapportering sker via ledningssystemet Stratsys.

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

Verksamhetschef ansvarar för att sammanställa och återrapportera efterfrågad hälso- och sjukvårdsuppföljning till Stockholms stad.



## 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 kunskaperna om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

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



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

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

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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

## 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.

Under 2023 har det identifierats risker gällande kompetensförsörjning. Utmaningar och risker kopplat till kompetensförsörjning har identifierats på olika nivåer. Kompetensförsörjningen har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt ledningsfunktioner.

## Riskhantering

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

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

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

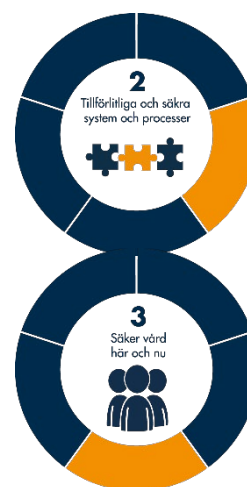
Utöver dessa sker inrapportering av avvikelser utifrån inträffade händelser eller identifierade risker på grupp eller individnivå i tillgängligt systemstöd Vodok och Parasol.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelser

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

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



Informationen om detta ges i samband med att en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

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

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. En viktig del i analysprocessen är att identifiera bakomliggande orsaker samt föreslå åtgärder för att minska risken för återupprepande. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar samt avdelningsmöten.

## Klagomål och synpunkter

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

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

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Tabellen nedan redovisar registrerade mottagna klagomål och synpunkter under gångna året

Klagomål/ synpunkter lämnade direkt till verksamheten	Klagomål och synpunkter överlämnade av patientnämnden	Klagomål/ synpunkter överlämnade av Inspektionen för vård och omsorg
3	0	1

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef och enhetschefer inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Klagomålen är hanterade och återkopplade till boende och närstående. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Bergsund under 2023 har fokuserats på:

- Säkert avvikelssystem och kvalitetsråd varje månad
- Personalkontinuitet
- Boende ska vara delaktiga i sin vård, behandling och omsorg.



## Egenkontroll

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

Tabell 2. Översikt för övergripande egenkontroller

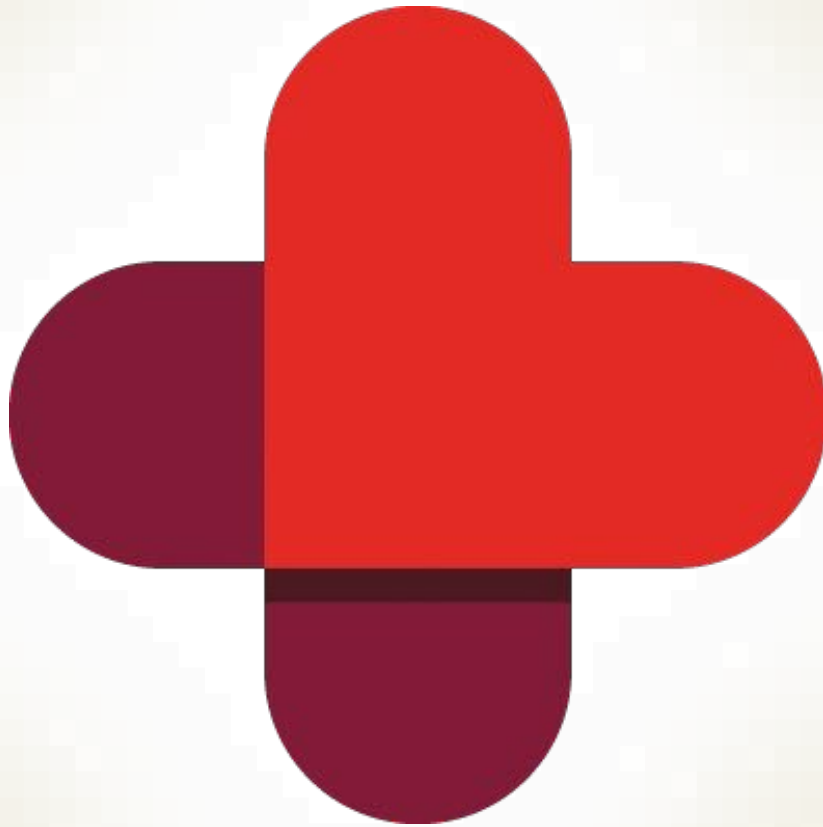
Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystem
Klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Verksamhetsstöd
Rapportering i kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert BPSD Palliativa registret
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	1 gång per månad	Narkotika journaler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

<b>Inkontinens ombudsmöte</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Dokumentations ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Palliativa ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Kost ombudsmöten</b>	3 gånger per år	Protokoll
<b>Trycksår</b>	2 gånger per år	SeniorAlert/PPM
<b>Nattfastemätning</b>	2 gånger per år	Protokoll
<b>Kvalitetsråd</b>	1 gång per månad	Protokoll
<b>Kontroll medicintekniska produkter</b>	1 gång per år	Protokoll
<b>Journalgranskning</b>	2 gånger per år	Protokoll
<b>Questa kvalitetsuppföljning</b>	1 gång per år	Protokoll

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

I och med verksamhetsövergången har inte Ansvar och Omsorg AB några inplanerade åtgärder för 2024.

# Patientsäkerhetsberättelse



# 2023

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>0</b>
Mål för patientsäkerhetsarbetet 2024 .....	1
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård .....</b>	<b>1</b>
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	2
Övergripande mål och strategier .....	2
Organisation och ansvar .....	2
<i>FoUUI</i> 3	
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	3
Journalssystem .....	3
Medicinteknisk utrustning .....	4
Vårdhygien .....	4
Informationssäkerhet .....	4
En god säkerhetskultur .....	5
<i>Etikrådet</i> 6	
Adekvat kunskap och kompetens .....	6
Läkarinsatser i SÄBO .....	8
<i>HLR</i> 8	
Dokumenthantering .....	9
Kvalitetsregister .....	9
Patienten som medskapare .....	9
Patienter och boendes upplevelse av vård och omsorg .....	10
Klagomål och synpunkter .....	10
<b>Agera för säker vård .....</b>	<b>11</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	11
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	11
Egenkontroller .....	11
Läkemedelshantering .....	12
Gashantering .....	12
Livsmedelshygien .....	12
Delegeringar .....	12
Säker vård här och nu .....	13
Riskområden .....	13
Läkemedelsgenomgångar .....	13
Rekrytering .....	13



<i>Vårdrelaterade infektioner</i> .....	13
<i>Riskbedömningar fall, trycksår, undernäring och munhälsa</i> .....	14
<i>Vårdkvalitet</i> .....	15
<i>Stärka analys, lärande och utveckling</i> .....	16
<i>Avvikelse</i> .....	16
<i>Utredning och händelseanalys</i> .....	18
<i>Lex Maria och Lex Sarah</i> .....	19
<i>Klagomål och synpunkter</i> .....	19
<i>Öka riskmedvetenhet och beredskap</i> .....	20
<i>Patientsäkerhetskultur</i> .....	20
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år</b> .....	<b>21</b>
<b>Mål för patientsäkerhetsarbetet 2024</b> .....	<b>21</b>

## Sammanfattning

Stockholms Sjukhem är en stiftelse utan vinstsyfte. Stiftelsen grundades 1867 med ändamål att ge vård och omsorg till långvarigt eller obotligt sjuka. Vi har en bred sjukvårdsverksamhet som innehåller palliativ slutenvård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), geriatrisk slutenvård, kognitiv mottagning, slutenvårdsrehabilitering samt primärvårdsrehabilitering. Äldreomsorgen har under årets bedrivits på tre boenden: Vallgossen och Nyckelharpan samt Hornskroken, som drivits på entreprenad. Stockholms Sjukhem har även enhet för forskning, utbildning och utveckling/innovation (FoUUI). Stockholms Sjukhem är kvalitets- och miljöcertifierat och är medlem i FAMNA, riksorganisationen för idéburen vård och omsorg. Stockholms Sjukhems övergripande mål är att ge en god och säker vård och omsorg. Det innebär att den som vårdas eller bor hos oss inte ska drabbas av undvikbara skador. Vårt patientsäkerhetsarbete präglas av att vi ska ligga ett steg före, fatta faktabaserade beslut, samverka i team och tillsammans med patient, boende och närstående.



Under året återupptogs regelbundna möten med Vårdhygien Stockholms hygienläkare och hygiensjuksköterska med Stockholms Sjukhems hygiensamordnare och chefläkarkansli. En vårdhygienhandbok har skapats i Centuri dokumenthantering för att enkelt hitta information och rutiner gällande vårdhygien.

Under året har en verksamhetsövergripande läkemedelsinstruktion skapats, som beskriver relevanta riktlinjer, rutiner, checklistor och kvalitetskrav.

Ett projekt pågår för att stödja sjuksköterskor inom geriatrisk slutenvården Bromma där apotekstekniker stödjer och förbereder läkemedelshandtering, bland annat i samband med inskrivning av patient. Inom sjukvårdsenheterna har läkemedel i läkemedelsrum ordnats enligt ATC- kodsordning samt baslistor har upprättats för läkemedel som ska finnas i dessa. Ett "svansförråd" för läkemedel utanför baslistorna har organiserats på Kungsholmen och Bromma.

Stockholms Sjukhems äldreomsorg har sedan 2022 egen SÄBO läkare. Detta har skapat kontinuitet, kunskap samt ökad kännedom om de boende och 100% av boende inom Vallgossen och Nyckelharpan är nu listade hos vår SÄBO läkare.



Under året har Stockholms Sjukhem bytt avvikelshanteringssystem från HändelseVis till Centuri. Utbildning i Centuri avvikelshantering har genomförts både för rapportörer och handläggare.

Under 2024 växer Stockholms Sjukhem med ett nytt vård- och omsorgsboende Mosaiken som öppnar i lokaler i Bromma. Vintern 2024/2025 öppnar boendet Poesin i Nacka. Även sjukvården expanderar med fler slutenvårdsplatser och utökad primärvårdsrehabilitering. Implementering av Lärplattformen esTracer planeras och kommer att stödja kompetensutveckling. Även implementering av OPEN planeras inom hela äldreomsorgen. Översyn planeras gällande hantering och service av medicintekniska produkter och apparatur. Även strukturen för delegeringar och fördelning av medicinska arbetsuppgifter kommer att ses över.

### **Mål för patientsäkerhetsarbetet 2024**

Patientsäker expansion av verksamheter både inom äldreomsorg och sjukvård. Fokus på att skapa en struktur för nytt gemensamt lärande utifrån inkomna avvikelser i Centuri avvikelshanteringssystem.

Februari 2024

Marianne Reimers

Chefläkare

Helen Berglund

Patientsäkerhetssamordnare

## **Grundläggande förutsättningar för säker vård**

Stockholms Sjukhem är en idéburen stiftelse utan vinstsyfte. Stiftelsen grundades 1867 med ändamål att ge vård och omsorg till långvarigt eller obotligt sjuka. Inom Stockholms Sjukhem bedrivs både sjukvård och äldreomsorg. Vi har en bred sjukvårdsverksamhet som innehåller palliativ slutenvård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), geriatrisk slutenvård, kognitiv mottagning, slutenvårdsrehabilitering samt primärvårdsrehabilitering. Sjukvårdsverksamheterna är lokaliserad både på Kungsholmen och Bromma.

Äldreomsorgen har under året bedrivits på tre boenden, Vallgossen (Kungsholmen), Nyckelharpan (Upplands-Väsby) samt Hornskroken (Södermalm) som drivits på entreprenad.

Inom Stockholms Sjukhem finns en FoUUI enhet och Stockholms Sjukhem är även en universitetssjukvårdsenhet (USV-enhet).

Stockholms Sjukhem är kvalitets- och miljöcertifierat, och är medlem i FAMNA, riksorganisationen för idéburen vård och omsorg.

Stockholms Sjukhem är delägare i Marie Cederschiöld högskola, tillsammans med tre andra idéburna vårdgivare. Det ger oss möjlighet till att skapa närhet till forskning och utbildning med forskningssamarbeten och möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning för studenter. Vi har också ett nära samarbete med Karolinska Institutet.

Tillsammans med andra idéburna vårdgivare och nämnda högskolor deltar vi i utvecklingsarbete kring exempelvis äldres vård och omsorg, palliativ vård, kvalitetsregister, verksamhetsförlagd utbildning och kompetensförsörjning. Stockholms Sjukhem är också medgrundare till ACT, akademiskt centrum för äldretandvård, där forskning och utveckling kring äldres tandhälsa genomförs.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

### Övergripande mål och strategier

Stockholms Sjukhems övergripande mål är att ge en god och säker vård och omsorg. Kvalitetsmålen är överordnade andra mål i verksamheten och är prioriterade enligt följande: patientsäkerhet, vårdkvalitet och patient-, boende- och närståendeojdhet. Det innebär att den som vårdas eller bor hos oss inte ska drabbas av undvikbara skador. Vårt patientsäkerhetsarbete präglas ett förebyggande arbetssätt, faktabaserade beslut och samverkan i teamet med patient, boende och närstående.

Områden av betydelse för patientsäkerhet (riskområden) bevakas särskilt av chefläkarkansliet som ansvarar för att övergripande vårdrutiner upprättas och förvaltas. Ledningens engagemang i patientsäkerhetsfrågor har stor betydelse för hur man ser på säkerhet i verksamheten och speglar den säkerhetskultur som finns.



Stockholms Sjukhems vision är ”Tillsammans gör vi vård och omsorg bättre för dig, varje dag”. Tillsammans – vi arbetar teamorienterat och ser alltid Stockholms Sjukhem som en helhet. Vård och omsorg – vi ser till helheten och påverkar aktivt även i ett samhällsperspektiv. Bättre och varje dag – vårt mål är att ständigt förbättra, lära och utveckla. För dig – vi arbetar personcentrerat och inkluderande.

Engagemang, Kunskap och Omtanke (EKO) är värdeord som beskriver det som vi inom Stockholms Sjukhem alla arbetar, verkar och lever efter – i beteende och attityd. De formar vår kultur, hur vi möter dem vi finns till för – boende, patienter och närstående – och hur vi som medarbetare är mot varandra.

Enligt anvisningar från Stockholm Sjukhems principaler genomfördes 2023 en medicinsk revision av Stockholms Sjukhems avvikelshantering. Revisionen uppmärksammade behov av byte av avvikelshanteringssystem samt utvecklingsarbete för en aktiv avvikelserapportering med hög rapporteringsnivå.

### Organisation och ansvar

Stockholms Sjukhem har en tydlig organisation för patientsäkerhetsarbetet med roller och ansvar på olika nivåer. Verksamhetschefer och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvaret för att planera, leda och följa upp de egna verksamheterna samt tillse att

gällande författningar, rutiner och riktlinjer efterlevs. Inom sjukvården finns även medicinskt ledningsansvariga läkare i varje verksamhetsområde.

Det dagliga patientsäkerhetsarbetet leds av chefer tillsammans med sina medarbetare som arbetar nära patienter och boende. Chefläkare har en rådgivande funktion i övergripande medicinska frågor.

Chefläkarkansliet bistår chefer och medarbetare i frågor om patientsäkerhet och består av chefläkare, MAS, patientsäkerhetssamordnare, kvalitets-, informationssäkerhet- och miljöansvarig samt apotekare.

## FoUUI

Stockholms Sjukhem arbetar för kontinuerlig utveckling inom våra profilområden som är äldreomsorg, palliativ vård, geriatrik och rehabilitering. Genom att ha ett välintegrerat och välfungerade system för forskning, utbildning, utveckling och innovation (FoUUI) kan vi säkerställa att långsiktigt kunna erbjuda våra boende och patienter en god och säker vård och omsorg. FoUUI-enheten erbjuder stöd i verksamhetens gällande forskning, utbildning, utveckling och innovationsarbete. FoUUI-representanter ingår i sjukvårdsenheternas och omsorgens ledningsgrupper som i sin tur regelbundet möts över verksamhetsområdesgränserna i de tre arenorna för forskning, utbildning respektive utveckling. Stockholms Sjukhem är även en universitetssjukvårdsenhet och har ett nära samarbete med region Stockholm, Karolinska Institutet och Marie Cederschiöld högskola. Inom äldreomsorgen finns ett utvecklingsråd som är en arbetsgrupp där olika professioner finns representerade. Rådet samlar in idéer och förbättringsförslag från verksamhetens medarbetare som sedan kan genomföras och implementeras eller tas vidare till FoUUIs arenor.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Det är väl känt att viktig information om patient eller boende kan förloras i vårdens övergångar. Samverkan och dialog mellan vårdgivarna och boenden i patientens vårdkedja är därför väsentlig. Samverkan sker på flera nivåer bland annat mellan professioner, remitterter och remissmottagare samt mellan chefläkare och sjukhusledning. Samverkan med kommun och primärvård sker genom regelbundna möten som i vissa fall är avtalsenligt styrda.

Det webbaserade IT-stödet Lifecare SP möjliggör samverkan vid utskrivning från slutenvård mellan sjukhus, primärvård och kommun.

## Journalssystem

Inom Äldreomsorgen har ett nytt journalssystem Epsilon införts och ersatt det tidigare journalsystemet SafeDoc. I det nya journalsystemet dokumenterar medarbetare uppgifter som styrs av socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen. Detta minskar risker för kommunikationsbrister och dubbeldokumentation. SÄBO-läkaren dokumenterar i TakeCare och legitimerad personal inom äldreomsorgen har därför läsbehörighet till TakeCare samt tillgång till Nationell patientöversikt (NPÖ).

Informationsöverföring i vårdens övergångar är en känd patientsäkerhetsrisk.

Många av Stockholms Sjukhems patienter på sjukvårdsenheterna kommer från S:t Görans sjukhus. På grund av att S:t Görans och Stockholms Sjukhem har olika journalsystem finns risker för kommunikationsbrister. För att minska riskerna har ett hundratal av medarbetarna på Stockholms Sjukhem tillgång till läsning av S:t Görans journaler. Vid inflyttning till vård- och omsorgsboende finns även risk för brister i informationsöverföring. Överrapportering i samband med inflyttning sker skriftligt via biståndsbeslut från biståndshandläggare på kommunen. Vid flytt från annat särskilt boende rapporterar ansvarig legitimerad personal muntligt och skriftligt.

### Medicinteknisk utrustning

För medicinteknisk apparatur har Stockholms Sjukhem avtal med MTA S:t Görans för service och underhåll. Under året har arbete pågått med att hitta annan leverantör för service och underhåll för rehabiliteringsutrustning, som inte längre underhålls av MTA S:t Görans. Inventering av medicintekniska produkter och dokumentation i det digitala instrumentregistret Movsom har fortsatt under året. Detta har säkerställt en god översikt och information om produkterna samt dess underhåll och service.

### Vårdhygien

Stockholms Sjukhem samarbetar med Vårdhygien Stockholm i frågor som rör god hygienisk standard och smittskydd. Under året återupptogs regelbundna möten med Vårdhygien Stockholms hygienläkare och hygiensjuksköterska med Stockholms Sjukhems hygiensamordnare och chefläkarkansli. Hygiensjuksköterskan fungerar som kontaktperson och bistår med råd och stöd utifrån enheternas specifika behov. En vårdhygienhandbok har skapats i Centuri dokumenthantering för att enkelt hitta information och rutiner gällande vårdhygien.

Hygienronder har genomförts på enheterna på Kungsholmen.

Den webbaserad utbildningen i basala hygienutbildningen är obligatorisk utbildning för medarbetare som deltar i patienters och boendes vård och ingår i introduktionsprogram för nyanställda.

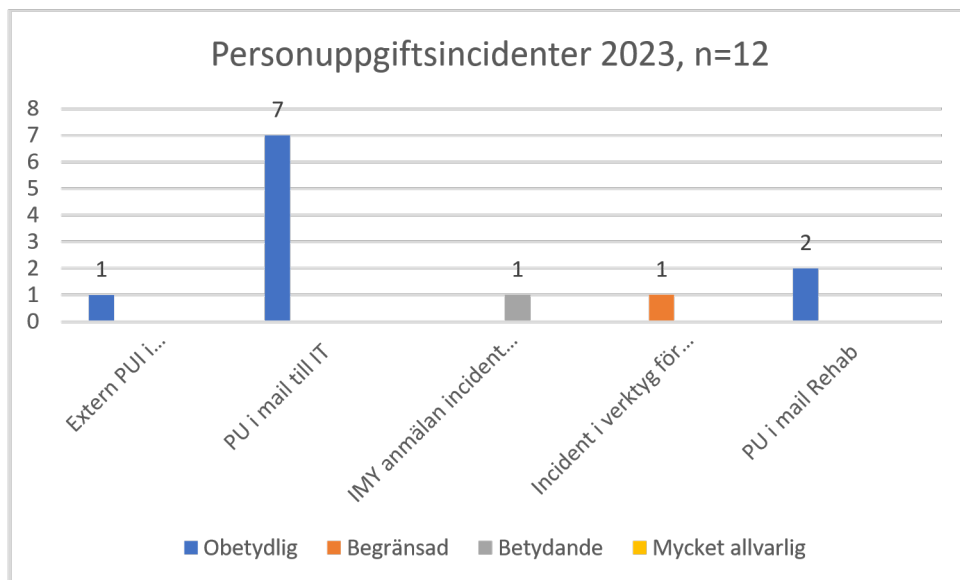
### Informationssäkerhet

Stockholms Sjukhem upprätthåller ett systematiskt informationssäkerhetsarbete i enlighet med ISO 27001. Organisation, ansvar och roller är definierade och policy och riktlinjer har uppdaterats i enlighet med nya krav i dataskyddsförordningen. Förteckning över informationstillgångar har upprättats och klassning av verksamhetskritiska

informationstillgångar finns upprättad. Personuppgiftsbehandlingar är förtecknade i det digitala systemet RISMA och biträdesavtal tecknas med personuppgiftsbiträden.

Rapportering av informationssäkerhet ingår i ledningens genomgång tre gånger per år, där svagheter identifieras och förbättringsåtgärder tas fram. Ett dataskyddsombud finns med uppgift att stödja och granska verksamheterna. Riskanalyser genomförs och utvalda fokusområden granskas löpande.

Personuppgiftsincidenter rapporteras, handläggs och vidtagna åtgärder syftar till att förebygga att incidenter upprepas (figur 1). Allvarliga incidenter rapporteras till IMY. Då Stockholms Sjukhem anses vara leverantör av samhällsviktig tjänst omfattas verksamheten även av NIS-regleringen. Allvarliga incidenter rapporteras till MSB och IVO är tillsynsmyndighet.



Figur 1: Antal och typ av personuppgiftsincidenter 2023

Antalet dataintrång har fortsatt att öka i vårt samhälle och vårdsektorn utsätts i allt större omfattning för riktade angrepp. Stockholms Sjukhem använder sig av flertal olika metoder för att skydda sig mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem. Automatiska verktyg som brandvägg, Security Operation Center (SOC) och antivirusprogram i den personliga IT arbetsplatsen är några åtgärder. Även teknisk design som nätdesign och tvåfaktörinloggning samt övervakning och uppföljning genomförs där exempelvis loggkontroller sker.

### En god säkerhetskultur

Medarbetare på Stockholms Sjukhem rapporterar vårdavvikelser där patienter eller boende kommit till skada eller riskerat att komma till skada. Stockholms Sjukhems har under 2023 bytt avvikelshanteringssystem från HändelseVis till Centuri. Vårdavvikelser rapporteras elektroniskt i Centuri och är ett gemensamt system för hela organisationen och inkluderar nu alla enheter inom sjukvård, äldreomsorg samt stödfunktioner. Transparens kring risker och negativa händelser eftersträvas för att skapa möjlighet till lärande och resiliens i organisationen. Detta sker bland annat genom att organisationens vårdavvikelser är synliga för alla medarbetare. Återkoppling sker även genom diskussion och reflektion om avvikelser vid exempelvis APT-, professions- och kvalitetmöten. Vid allvarliga/betydande händelser delges MAS, verksamhetschef och i vissa fall chefläkare. Kompetenta och riskmedvetna



medarbetare bidrar till ett proaktivt arbetssätt för att minska risker för att patienter och boende utsätts för vårdskada. Att rapportera risker och tillbud bidrar till det förebyggande arbetet.

Organisationens och medarbetares säkerhetskultur är viktig del för att skapa en god patientsäkerhet. Patientsäkerhetskultur har under året mätts regelbundet varannan vecka genom att medarbetarna har besvarat frågor, kopplade till patientsäkerhetskultur, i samband med pulsmätning i Winningtemp. Resultaten återkopplas och diskuteras på möten med medarbetare.

Avvikelse rapportering stödjer ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och en aktiv avvikelse rapportering med hög rapporteringsnivå kan ses som en indikation på att enheten har en god patientsäkerhetskultur. Att verksamheten har ett gott omhändertagande av patienter, boendes och närståendes synpunkter och klagomål är även viktig för patientsäkerhetskulturen.

Ett antal patientsäkerhetsdialoger har även genomförts under 2023. Chefläkare och patientsäkerhetssamordnare har mött medarbetare och chefer för samtal kring patientsäkerhet och patientsäkerhetskulturen. Dessa dialoger har upplevts givande av de involverade.

### Etikrådet

Stockholms Sjukhems satsar på att stärka och utbilda våra medarbetare i etiskt förhållningssätt. Ett projekt med etikråd har genomförts där representanter från olika verksamhetsområden och yrkeskategorier bidrar med kompetens kring etiska frågor. Etikrönder genomförs där medarbetare tillsammans reflekterar över etiskt komplicerade situationer. Projektet har nu avslutats och denna funktion är nu placerad i chefläkarkansliet. Inom äldreomsorgen är etik en del av introduktionsutbildningen. Stockholms Sjukhem har även i år anordnat etikutbildning för ST-läkare.

### Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns medarbetare som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Stockholms Sjukhems framtagna kompetensförsörjningsstrategi ger stöd för analys av behov, nuläge samt verksamheternas och medarbetarnas kompetensförsörjningsplan.



Professions- och verksamhetsspecifika utbildningar finns tillgängliga via organisationens intranät, varav ett antal är obligatoriska. Dessa utbildningar ingår i introduktionen av nya medarbetare.

Under året har förberedelser genomförts inför implementering av lärplattformen esTracer. En lärplattform skapar möjlighet att samla och skapa e-utbildningar för medarbetarna samt ger en översikt över medarbetarnas kompetens och utförda utbildningar.



Inom äldreomsorgen har kompetensutveckling och kompetenshöjande aktiviteter omfattat utbildning i konceptet ”Stjärnmärkt” för en personcentrerad omsorg och delaktighet för boende och närstående. Andra utbildningar som genomförts är bland annat ” Att förebygga och minska risk för vårdskador” samt förbättringskunskap. Reflektionsgrupper har även hållits utifrån den nationella värdegrundens värdeord tillsammans med utbildade värdegrundssambassadörer.

I samband med införande av journalsystemet Epsilon inom äldreomsorgen ändrades förutsättningar för dokumentation i systemet. Det nya journalsystemet stödjer dokumentation enligt ICF och KVÅ samt IBIC enligt Socialstyrelsens klassifikation. Omsorgspersonal har under 2023 fått utbildning i arbetssättet ”Individens behov i centrum” (IBIC). IBIC är ett arbetssätt för social dokumentation framtaget av Socialstyrelsen. Målet med utbildningen var att öka förståelse för uppdraget, genomförandeplaner och löpande journalanteckningar. All HSL-personal har genomgått webbutbildningen ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård. Utbildningen är framtagen för att underlätta arbetet och skapa bättre vård för patienter genom tillämpning av strukturerad information och systematiskt kvalitetsarbete.

”Ett gott hem” är äldreomsorgens koncept som övergripande idé och en genomgående röd tråd och som visar stiftelsens personlighet. Med ”Ett gott hem” tydliggörs hur vi arbetar för att de boende ska erbjudas ett gott hem, god vård och omsorg och en vardag som ger en känsla av sammanhang och meningsfullhet. ”Ett gott hem” används även för att sammanfatta och tydliggöra våra arbetssätt.

Utifrån forskning genomförd inom Stockholms Sjukhem har förbättringsarbete gällande OPEN-konceptet genomförts inom äldreomsorgens boende Hornskroken. OPENkonceptet (daglig fysisk funktionsträning kombinerat med proteinrikt kosttillslag) har syftet att förbättra muskelfunktion, mobilitet och aktiviteter i det dagliga livet hos våra boende.

Webbaserad Strokekompetensutbildning (WebbSKU) har startat inom verksamhetsområde rehabilitering, där deltagarna efter genomförd godkänd utbildning kan erhålla 3 högskolepoäng. Inom verksamhetsområde geriatrik har en kvalitetsgrupp startat som under höstterminen genomfört utbildningar och workshops gällande fallprevention och fallriskrond.

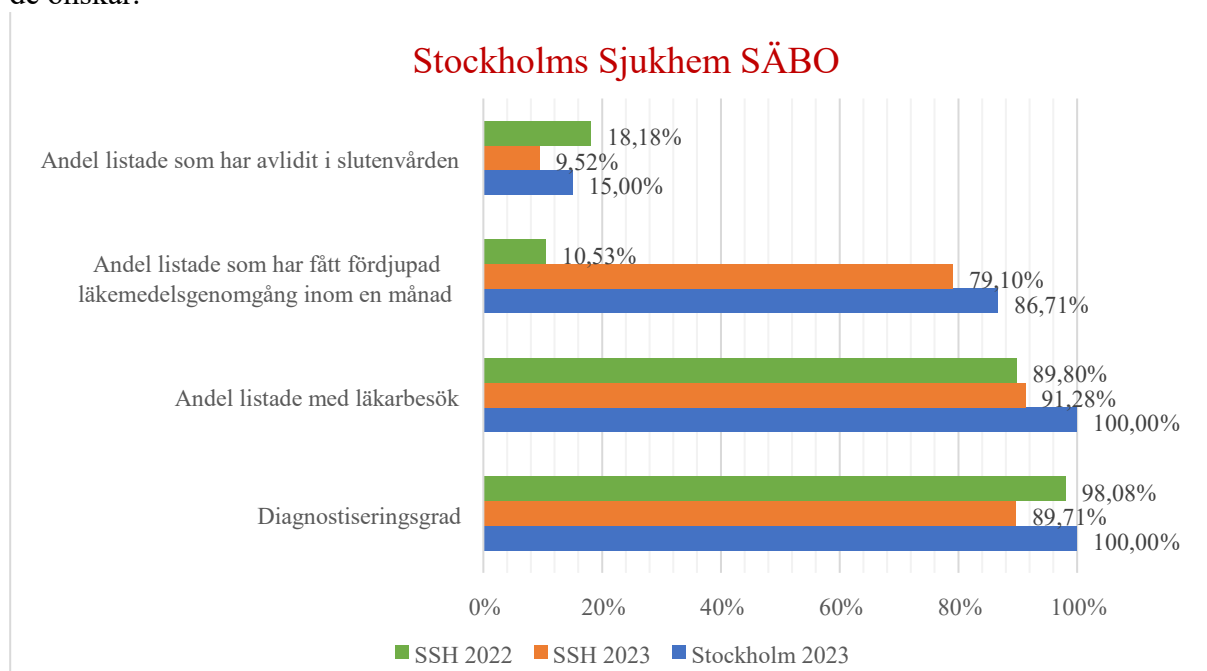
Under året har nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) införts inom palliativ vård. Detta förbättringsarbete och utbildningsinsatser har mottagits positivt. Planering pågår för införande även inom geriatrisk vård och äldreomsorg.

Ledarskap och chefskap är viktig för att stödja medarbetarnas kunskap- och kompetensutveckling. För att stödja chefer i sitt ledarskap har flera enheter genomfört ledarskapsutbildning.

## Läkarinsatser i SÄBO

Stockholms Sjukhem är vårdgivare för hälso- och sjukvårdsinsatser inom äldreomsorgen.

Sedan 2022 är en läkare anställd med ett uttalat ansvar för boende inom äldreomsorgen. Detta har skapat kontinuitet, kunskap samt ökad kännedom om de boende och resulterat i att 100% av våra boende inom Vallgossen och Nyckelharpan är listade hos vår SÄBO läkare. En sammanhållen vård ger möjlighet att erbjuda våra patienter en mera tillgänglig, patientsäker och effektiv sjukvård och omsorg. Som ideell vårdgivare utmanar Stockholms Sjukhem de givna gränserna och vill tänka innovativt för att kunna erbjuda en mera säker hälso- och sjukvård för våra patienter. Enligt Region Stockholm leverantörsuppföljningsdatabasen (LUD) har Stockholms Sjukhem som vårdgivare förbättrat resultatet jämfört mellan år 2022 med 2023 (figur 2). Under 2023 har fler fördjupade läkemedelsgenomgångar utförts för att säkerställa patienternas läkemedelsbehandling. Uppföljningsdatabasen visar att våra patienter inom SÄBO fått träffa läkaren i större utsträckning under år 2023 jämfört med år 2022. Det resultatet stöds även av Socialstyrelsens brukarundersökning som utfördes 2023 som indikerar att det har blivit enklare för äldre som bor på särskilt boende på Stockholms Sjukhem att få träffa läkare då de önskar.



Figur 2: Resultat Leverantörsuppföljning (LUD) för Stockholms Sjukhem år 2022 och 2023 samt snitt för vårdgivare inom Stockholm år 2023.

## HLR

Utbildning i hjärt-lungräddning har organiserats om. Riktlinjer har publicerats för hur alla yrkeskategorier ska utbildas och öva i HLR och på vilken nivå och med vilken frekvens. Alla medarbetare ska delta i relevant HLR-utbildning. Arbetet planeras av huvudinstruktörer

och genomförs av lokala instruktörer på enheterna. Uppdraget att utbildas i HLR utgår numera från chefläkaren i en ny organisatorisk struktur.

### Dokumenthantering

Centuri dokumenthanteringssystem stödjer att dokumenterad information hanteras enligt krav. Centuri innehåller styrande, stödjande och redovisande dokument och möjliggör spårbarhet och versionshantering. Alla medarbetare har tillgång till systemet, som ger tillgång till bland annat rutiner, riktlinjer, policys, minnesanteckningar och agendor. Ansvariga inom respektive verksamhet stödjer enheterna i dokumenthanteringen.

### Kvalitetsregister

Under 2023 rapporterade verksamheterna i följande register:

- Senior Alert,
- Svenska Demensregistret - SveDem
- Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens - BPSD
- Svenska palliativ registret
- Svenskt register för Rehabiliteringsmedicin - SveReh
- Svenska artrosregistret

Resultatet från dessa kvalitetsregister återkopplas och ger kunskap till verksamheten för att förbättra patienters och boendes vård, omsorg och behandling. Bland annat kan lyftas förbättringsarbeten gällande ledtider vid kognitiva mottagningen samt personcentrerade aktiviteter i äldreomsorg som utgår från resultat i kvalitetsregistret SveDem.

Ett stort antal parametrar följs gällande vården av våra patienter. Flertalet av dessa rapporteras in till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) eller kommunerna utifrån de krav och avtal som finns inom Stockholms Sjukhem.

### Patienten som medskapare

Patienter och närståendes delaktighet är en viktig utgångspunkt för all vård och omsorg. Vården blir säkrare om patienten eller boende är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Inom våra sjukvårdsenheter skapas individuell vårdplan/rehabiliteringsplan tillsammans med patienterna. Detta är en viktig del i att vården planeras och skapas tillsammans med patienten.



I samband med att inflyttning till boende i äldreomsorgen erbjuds boende och/eller närstående att skriva ner en levnadsberättelse. Den informationen ger stöd för medarbetare och bidrar till ökad förståelse och inkännande gentemot boenden som individ. Genomförandeplanen skapas tillsammans med boende och/eller närstående. En

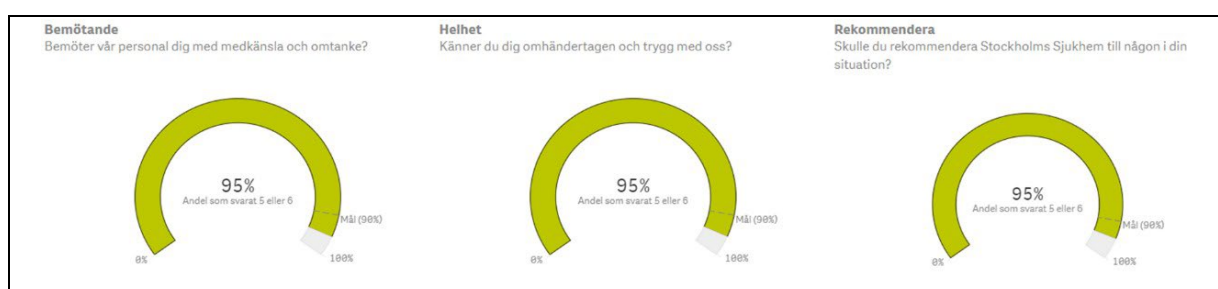
genomförandeplan innehåller en överenskommelse om vad som ska göras, målsättning för insatserna, när och hur insatserna ska utföras samt hur resultatet ska följas upp.

Närstående är en viktig resurs framför allt inom äldreomsorg eller för patienter med begränsad möjlighet att föra sin egen talan. Äldrevården involverar närstående i boendes vård samt i planering och utformning av verksamhetens innehåll. Arbetet med närstående kännetecknas av närhet, trygghet, kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn. Nyckeln till delaktighet och bekräftelse är god dialog, gott bemötande och tydlig information. Boende och närstående bjuds in till olika forum och sammankomster, exempelvis boende- och närståenderåd och närståendemöten.

Personer med egen erfarenhet av sjukdom eller funktionsvariation, patientföreningar eller närstående är en viktig del i vår strävan att förbättra verksamheten samt ge stöd för våra patienter och boende. Dessa kan även vara ett stöd och rådgivande vid framtagande av utbildningar, informationsmaterial samt vid förbättringsarbeten. Exempel på detta är nätverksmöten där patient-/brukarföreningar och medarbetare inom SSH deltar i diskussioner eller förbättringsprojekt. Uppsökarverksamhet där personer med egen erfarenhet av funktionsvariation, besöker patienter med förvärvade ryggmärgsskador. Närståendeenkät till patienter inom palliativ vård ger även värdefull information för utveckling inom verksamheten.

### Patienter och boendes upplevelse av vård och omsorg

Utöver den nationella patientenkäten (SKR) och brukarenkäten (Socialstyrelsen) genomför Stockholms Sjukhem regelbundna undersökningar av patienters upplevelse av sin vård. Resultatet återkopplas i realtid till enheten där patienten vårdas och används för att förbättra verksamheten (figur 3).



Figur 3: Resultat Patientnöjdhet 2023, Stockholms Sjukhem övergripande nivå, n=1311

### Klagomål och synpunkter

Stockholms Sjukhem har ansvar att hantera patienters, boendes och närståendes klagomål och synpunkter. Det finns olika vägar för att lämna synpunkter och klagomål på vård och omsorg och kan ges muntligt, skriftligt, digitalt via extern hemsida samt via 1177 vårdguiden. I samband med byte av avvikelshanteringssystem under året har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål via 1177 tagits bort. En översyn har även påbörjats gällande

hantering av inkomna ärenden inom SSH. Det finns även möjlighet att framföra synpunkter och klagomål anonymt, men då kan inte verksamheten besvara ärendet. Ansvaret för att analysera, åtgärda och återkoppla ligger på den enhet som berörs av ärendet.

## Agera för säker vård

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

Transparens och återkoppling gällande inträffade vårdskador eller risk för vårdskada är viktig för att undvika att dessa inträffar igen. Avvikelse redovisas och diskuteras på olika nivåer inom Stockholms Sjukhem som APT-möten, professionsmöten till olika ledningsfora.

Inom sjukvården och äldreomsorgen rapporteras händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i avvikelssystemet och närmast berörd chef ansvarar för utredning, inom äldreomsorgen i samverkan med MAS. Berörd personal och om möjligt patient/närstående involveras i utredningen som ska ske skyndsamt. Färdig utredning ska återföras till berörd verksamhet för ett lärande och kommuniceras även till andra verksamheter för lärande.



Sedan tidigare genomförs vid behov utredning av allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada enligt metoden "utredning av allvarlig vårdskada" eller "händelseanalys" (SKR:s publikation Utredning av allvarliga vårdskador 2021).

Den mer djupgående analysen händelseanalys beslutas av chefläkare där en djupare förståelse eller mer verksamhetsövergripande analys krävs.

Vi eftersträvar transparens även vid utredningar och händelseanalyser både inom och mellan verksamheterna för att skapa lärande.

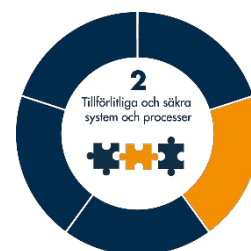
Fall med skada är fortsatt en återkommande händelse där utredningar har utförts. Ett antal aktiviteter och förbättringsåtgärder har tagits fram och genomförts.

En händelseanalys har genomförts gällande brister i läkemedelsadministrering inom en av sjukvårdsenheterna. Inom ÄO rapporteras trycksår som en avvikelse och verksamheten ser varje trycksår som en avvikande händelse, som inte ska ske vid adekvat vård och omsorg. En händelseanalys har utförts gällande trycksår och förbättringsåtgärder har genomförts.

### Tillförlitliga och säkra system och processer

#### Egenkontroller

Under 2023 har punktprevalensmätningar gällande basala hygienrutiner och klädregler, genomfört inom SSH. Vid mätning vårterminen 2023 var följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 74,3 % (korrekt i samtliga åtta steg).



Inom verksamheterna sker ett stort antal egenkontroller och vi arbetar ständigt med att utifrån resultat analysera brister och identifiera förbättringsområden. Kontroller utförs och dokumenteras löpande under året. Exempel på dessa är Skyddsron, Brandkontroll, Defibrillatorkontroll, MTP, journalgranskningar, läkemedelsöversyn.

### Läkemedelshantering

På Stockholms Sjukhem strävar vi ständigt förbättra kvalitet, säkerhet och effektivitet i läkemedelshantering, genom gemensamma rutiner, arbetssätt och kontroller. En gemensam läkemedelsinstruktion har skapats som inbegriper rutiner och arbetssätt gällande läkemedelshantering både för sjukvårdsenheter och äldreomsorg. Vår farmaceutiska enhet med två apotekstekniker och en apotekare är ett stöd i beställning, organisation och kassation samt utbildning och kunskapsstöd. Ett projekt har startat för att stödja sjuksköterskor inom geriatrisk slutenvården i Bromma där apotekstekniker stödjer och förbereder läkemedelshantering bland annat i samband med inskrivning av patient. Inom sjukvårdsenheterna har läkemedel i läkemedelsrum ordnats enligt ATC- kodsordning samt baslistor tagits fram för läkemedel som ska finnas i dessa.

Ett ”svansförråd” för läkemedel utanför baslistorna har även organiserats.

Utifrån statliga och regionala krav har separata beredskapslager för läkemedel skapats både på Bromma och Kungsholmen under året. Regelbundna apoteksgranskningar har också utförts av Apoteket AB både inom sjukvård och äldreomsorg.

### Gashantering

Stockholms Sjukhem tillverkar andningsluft för syrgasbehandling genom en egen gasanläggning på Kungsholmen. Denna inspekteras årligen av Apoteket AB. Utbildning av gasansvariga sjuksköterskor på Kungsholmen och Bromma genomförs regelbundet. Arbetet kring gashantering hålls samman av en gaskommitté under chefläkarens ledning.

### Livsmedelshygien

Stockholms Sjukhem har en egen kostenhet för tillagning av patienters och boendes mat samt en restaurang som är öppen för allmänheten. Kostenheten använder livsmedelshygieniska egenkontrollprogram och extern kontroll sker även av miljöförvaltningen och Anticimex.

### Delegeringar

Delegeringar sker inom både sjukvårdsenheterna och äldreomsorgen. Genomgång av utfärdade delegeringar sker minst en gång per år.

## Säker vård här och nu

### Riskområden

Inom Stockholms Sjukhem har ett antal riskområden identifierats. Till dessa räknas fall och fallskador, undernäring, sår och trycksår, vårdrelaterade infektioner samt munhälsa. Även medicintekniska produkter och läkemedel är identifierade riskområden som hanteras inom verksamheterna.



### Läkemedelsgenomgångar

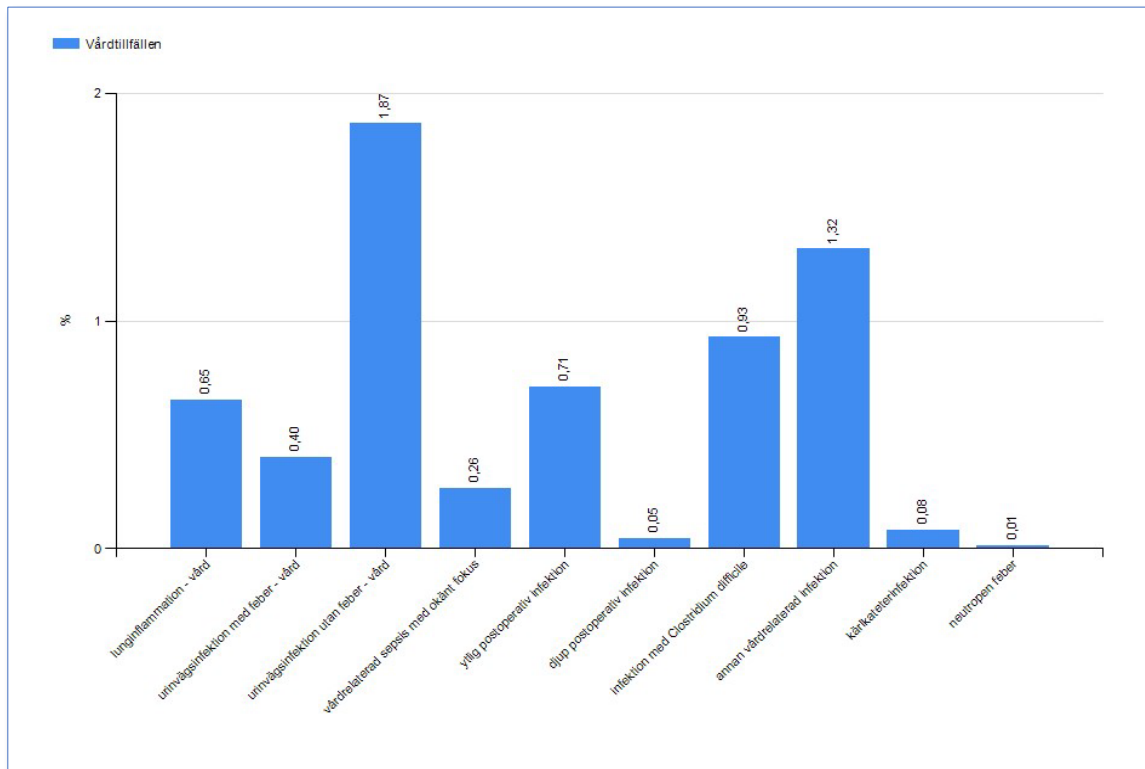
En aktivitet för att minska risker kring läkemedel är enkel läkemedelsgenomgång som utförs vid inskrivning i slutenvård. Inom äldreomsorgen sker en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning, därefter genomförs en fördjupad läkemedelsgenomgång årligen.

### Rekrytering

Rekrytering av medarbetare har även inom Stockholms Sjukhem fortsatt att vara en utmaning under året. Det upplevs allt svårare att rekrytera medarbetare inom allt fler professioner. Inhyrning av personal sker inom verksamheterna där sjuksköterskor utgör den största andelen. Aktiviteter har genomförts för att minska behovet av inhyrd personal men beroendet av inhyrning kvarstår.

### Vårdrelaterade infektioner

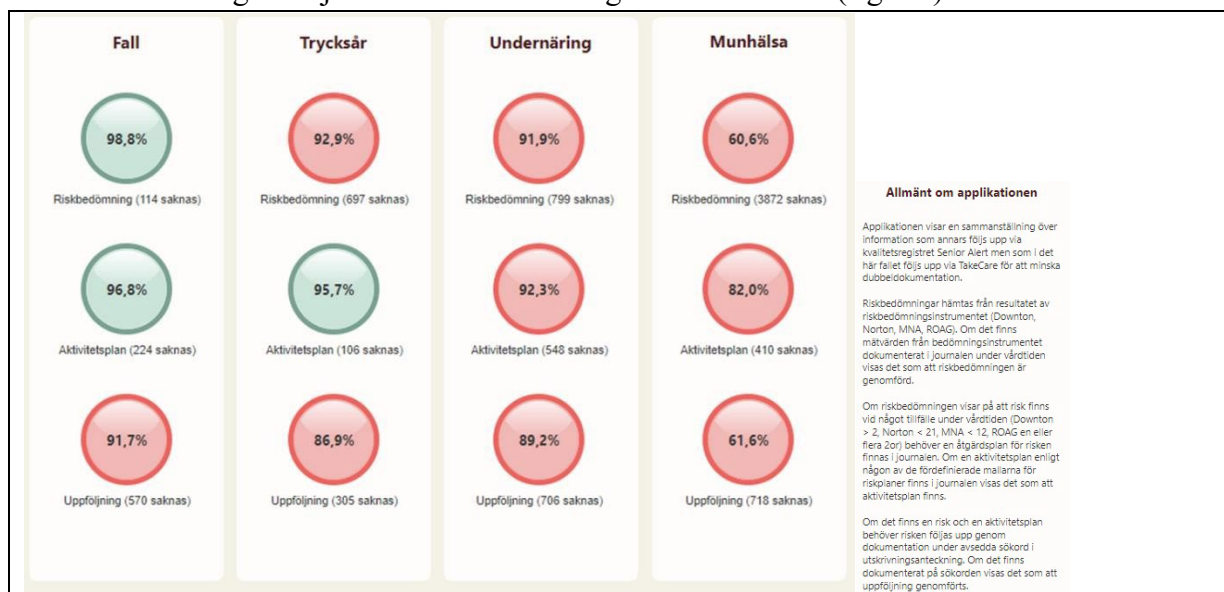
Gällande vårdrelaterade infektioner använder verksamheterna Infektionsverktyget och inrapportering av resultat sker regelbundet. Kvalitetsgranskning av resultat sker bland annat gällande registreringarna och åtgärder utförts för att förbättra registreringarna. Resultatet av andel vårdtillfällen med vårdrelaterad infektion var 5,93% för 2023. Andel egenförvärvade vårdrelaterade infektioner kan inte redovisas på grund av olika journalsystem inom regionen. Vanligast förekommande VRI var urinvägsinfektion utan feber (figur 4).



Figur 4: Andel vårdtillfällen med antibiotikabehandlad vårdrelaterad infektion 2023

## Riskbedömningar fall, trycksår, undernäring och munhälsa

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och undernäring i samband med inskrivning i slutenvården eller vård- och omsorgsboende, följs regelbundet. En hög följsamhet till riskbedömningar kan ses inom flera områden. Skapade aktivitetsplaner vid identifierade risker samt uppföljning av dessa har inom vissa delar ett förbättringsutrymme (figur 5). Inom Äldreomsorgen följs dessa riskbedömningar i Senior Alert (figur 6).



Figur 5: Andel dokumenterade riskbedömningar, aktivitetsplaner och uppföljning i TakeCare 2023

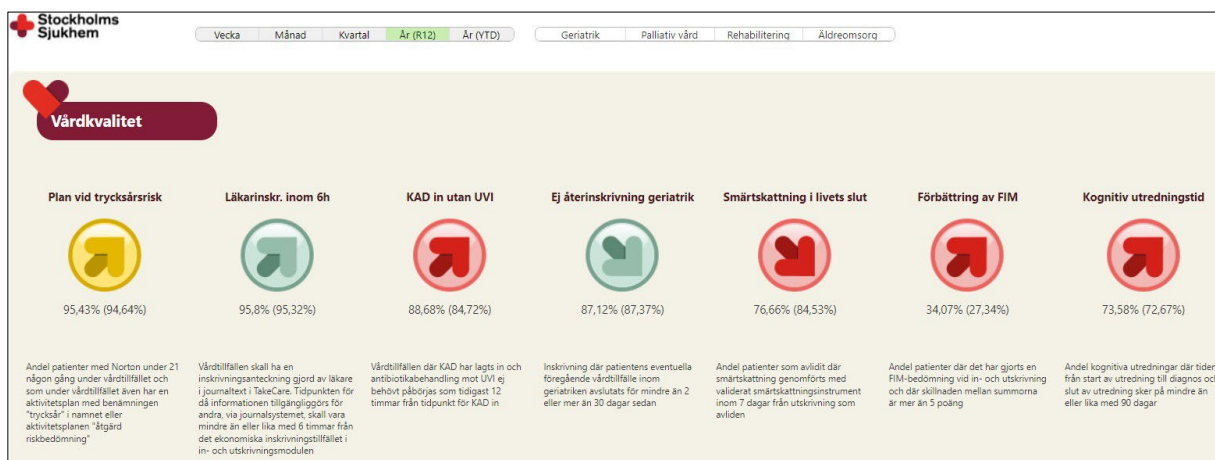


Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Äggärtan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munnhälsa grad 2	
Vallgossen	75	95% 108 av 111	95% 101 av 106	95% 101 av 106	49% 43 av 88	15 14 personer	34 34 personer	3 2 personer	37 37 personer	
Trycksår		43% 40 av 111	96% 40 av 40	94% 40 av 40	50% 18 av 38					
Udemnäring		77% 85 av 111	96% 82 av 85	94% 80 av 85	44% 34 av 77					
Fall		92% 102 av 111	97% 99 av 102	97% 99 av 102	53% 43 av 79					
Munnhälsa		47% 52 av 111	94% 49 av 52	96% 50 av 52	44% 18 av 41					
Hornskroken Stockholms sjukhem	64	86% 95 av 110	80% 78 av 95	99% 94 av 95	75% 77 av 102	3 3 personer	31 31 personer	1 1 personer	27 27 personer	
Trycksår		21% 23 av 110	91% 21 av 23	96% 22 av 23	79% 19 av 24					
Udemnäring		63% 69 av 110	94% 85 av 90	99% 88 av 89	77% 55 av 71					
Fall		65% 72 av 110	99% 71 av 72	99% 71 av 72	78% 57 av 73					
Munnhälsa		43% 47 av 110	70% 32 av 47	100% 47 av 47	73% 40 av 55					
Nyckelharpan	39	93% 53 av 57	96% 51 av 53	100% 53 av 53	88% 21 av 24	3 3 personer	20 20 personer	1 1 personer	8 8 personer	
Trycksår		14% 8 av 57	88% 7 av 8	100% 8 av 8	100% 3 av 3					
Udemnäring		58% 33 av 57	97% 32 av 33	100% 33 av 33	92% 12 av 13					
Fall		68% 39 av 57	100% 39 av 39	100% 39 av 39	95% 18 av 19					
Munnhälsa		20% 11 av 55	100% 11 av 11	100% 11 av 11	33% 1 av 3					

Figur 6: Andel riskbedömningar i Senior Alert 2023 inom Vallgossen, Hornskroken och Nyckelharpan.

## Vårdkvalitet

Under 2023 har sju parametrar gällande vårdkvalitet inom våra verksamheter, följas via utdataverktyget QlikView (figur 7). Resultat hämtas automatiskt från journalsystemet TakeCare och uppdateras dagligen. Syftet är att resultaten ska användas för att bibehålla och förbättra kvaliteten för att ge god vård med hög kvalitet, för patienternas bästa, medarbetarnas arbetsglädje samt minska risken för fel.

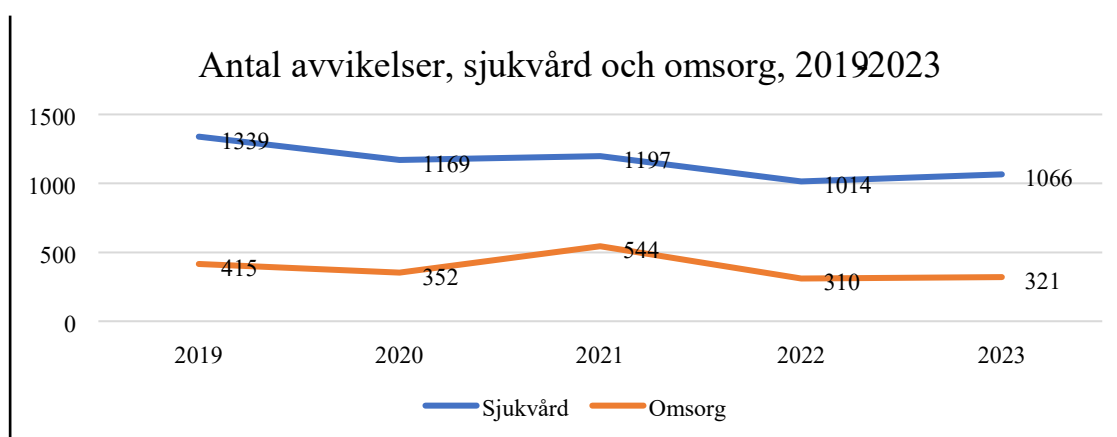
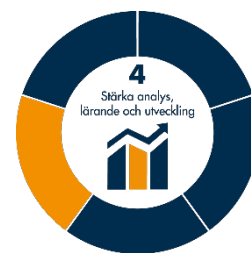


Figur 7: Vårdkvalitet SSH övergripande resultat för perioden 230201–230201

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelser

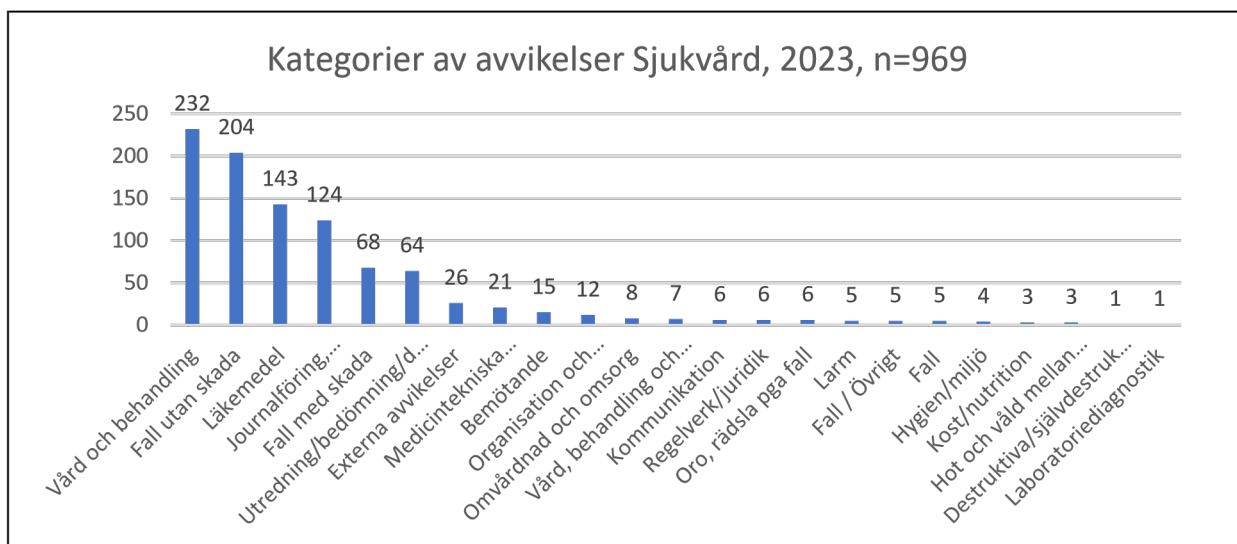
Under 2023 har Stockholms Sjukhem bytt avvikelssystem och antalet avvikelser har ökat något. Syftet med bytet var att förenkla avvikelserapporteringen som upplevts som krångligt i regionens system, skapa ett lärande med bättre överblick i eget analysverktyg samt att skapa ett hållbart alternativ i egen regi som stödjer avvikelserapportering inom samtliga verksamheter. Totalt har 1387 vård- och omsorgsavvikelser rapporterats inom sjukvård och omsorg (figur 8).



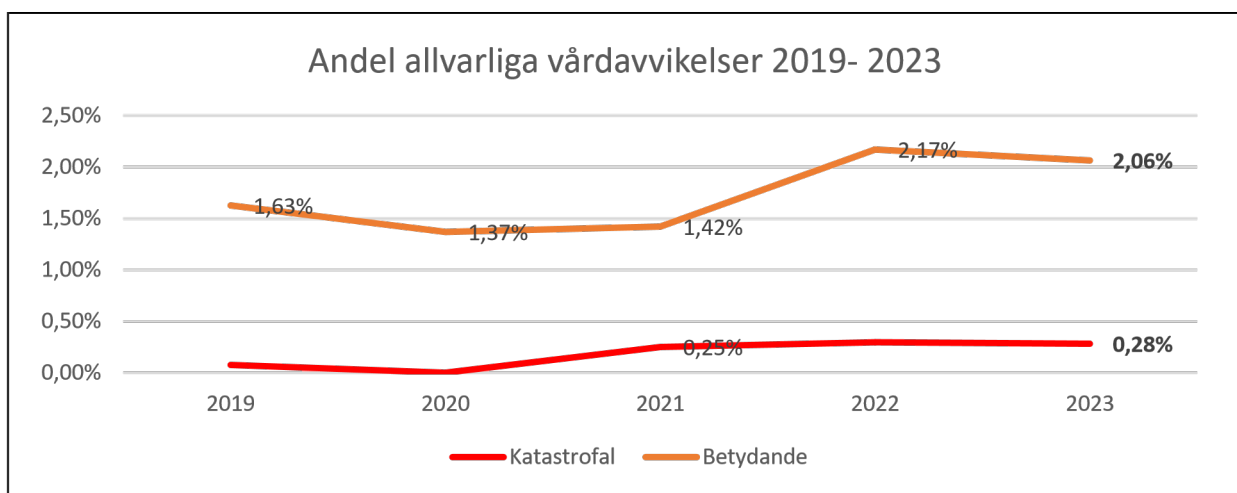
Figur 8: Avvikelser, risker och förbättringar 2019-2023

### Avvikelser inom Sjukvård

Av de vårdavvikelser som rapporterades inom sjukvård var de tre vanligaste kategorierna vård och behandling, fall utan skada och läkemedel (figur 9). Alla händelser riskvärderas och avvikelser med allvarlig risk, dvs med vårdskada eller risk för vårdskada, utgjorde 2,06%, (22/1066) betydande avvikelser och 0,28% (3/1066) var bedömda som katastrofala (figur 10). Allvarlighetsgraden bedöms enligt LÖF:s handbok Utredning av risker.



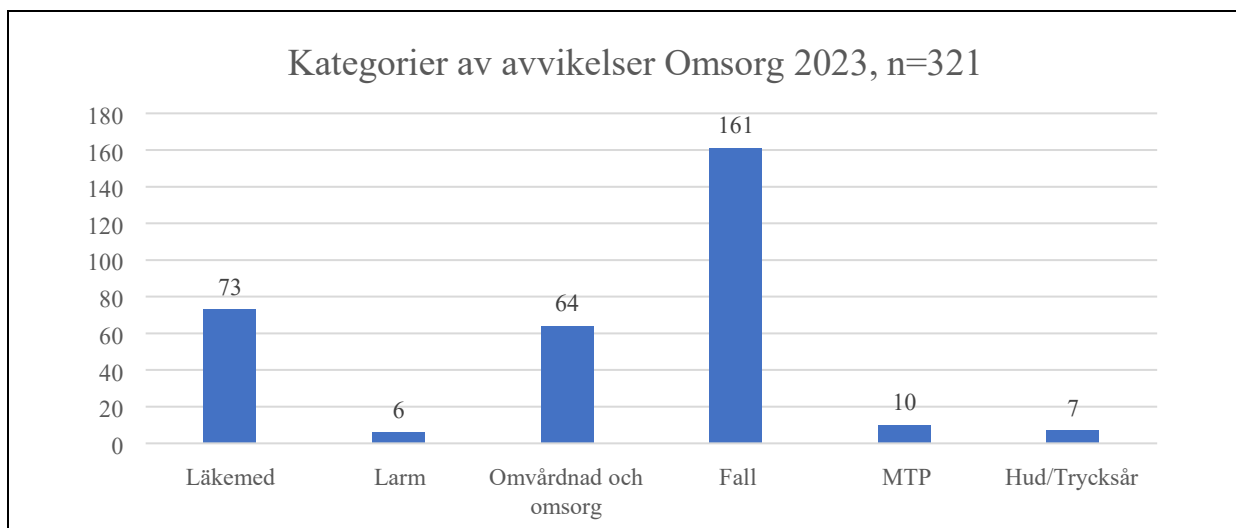
Figur 9: Kategorier av vårdavvikelser inom sjukvården 2023



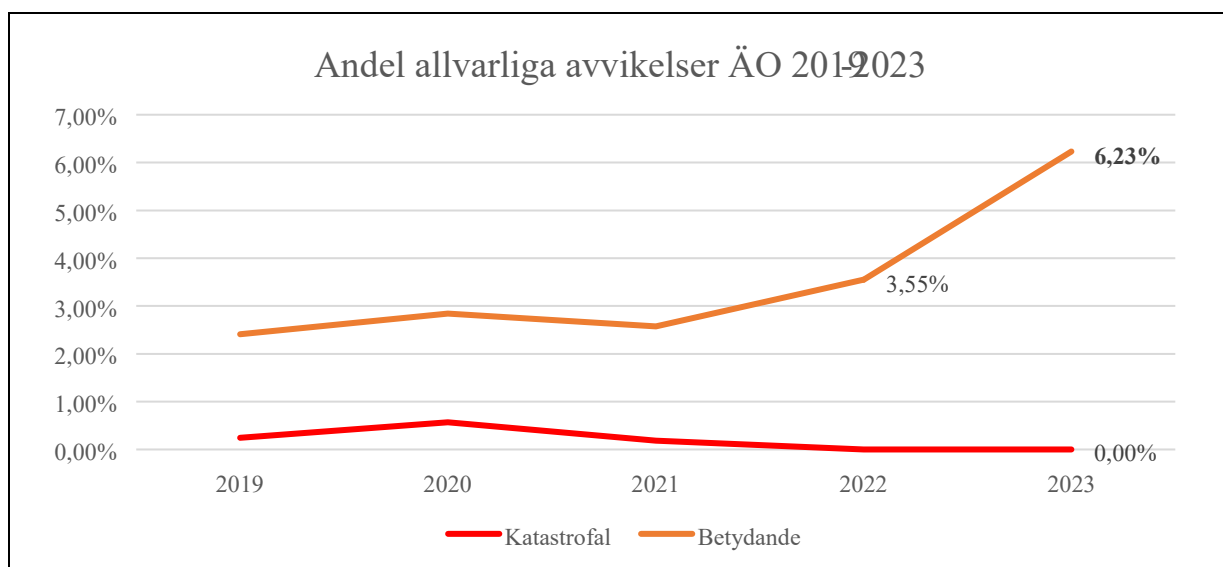
Figur 10: Andel vårdavvikelser som bedömts som katastrofala och betydande inom sjukvården 2019–2023.

## Avvikelser inom Äldreomsorgen

Under 2023 har 321 omsorgsavvikelser inrapporterats i journalsystemet, på pappersblanketter samt i det nya avvikelssystemet. De vanligaste kategorierna var även här fall, läkemedel och omvårdnad (figur 11). Riskvärdering avseende allvarlighetsgrad visar att 0% (0/321) var med katastrofal risk och 6,23% (20/321) var med betydande risk (figur 12), vilket är en ökning jfr tidigare år.



Figur 11: Kategorier av vårdavvikelser inom äldreomsorgen 2023



Figur 12: Andel allvarliga avvikelser inom Äldreomsorg 2019–2023

## Utredning och händelseanalys

Under 2023 har Stockholms Sjukhem, i enlighet med SKR:s rapport Utredning av allvarliga vårdskador, i första hand utfört utredningar vid vårdskador som krävt analys. Dessa utredningar har främst analyserat fall under vårdtiden. Den mer omfattande händelseanalysen har utförts gällande brister i läkemedelsbehandling. Utredningarna och analys har använts som underlag för förbättringar i verksamheten, men också som underlag för beslut om anmälan enligt Lex Maria och Lex Sarah.

## Lex Maria och Lex Sarah

Under året har 1 beslut om Lex Sarah tagits som rörde brist i omvårdnad. Anmälningen har avslutats från IVO utan ytterligare åtgärd. Inga beslut om Lex Maria har tagits under 2023.

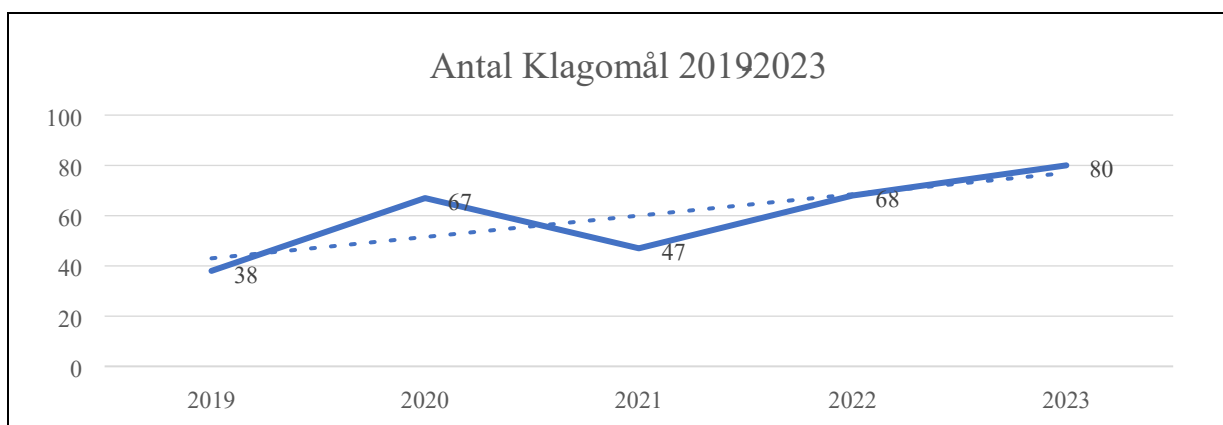
## Klagomål och synpunkter

Stockholms Sjukhem har under 2023 behandlat 80 klagomål och synpunkter, varav 5 från IVO, 35 via Patientnämnden, 21 som lämnats direkt till verksamheten samt 19 via 1177 (tabell 1).

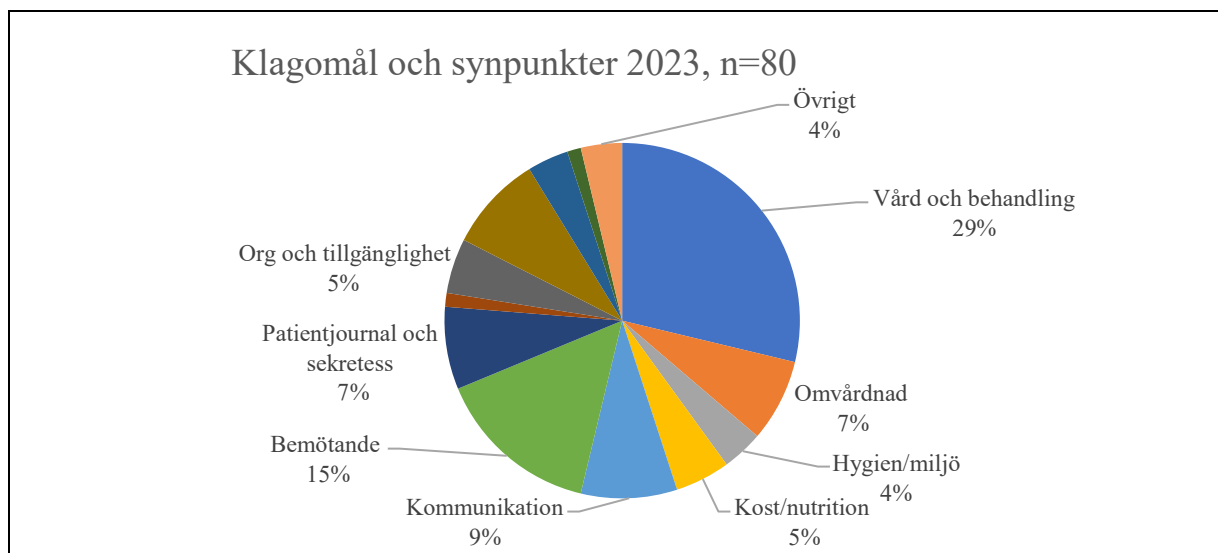
Antalet klagomål och synpunkter har ökat jämfört med föregående år (figur 13). Utifrån kategorier av klagomål visar det att huvuddelen, 29%, rör vård och behandling (figur 14).

Tabell 1: Klagomål och synpunktsärenden 2023

Ärenden från	2021	2022	2023
Patientnämnden	19	35	35
Klagomål registrerade i HändelseVis och <a href="mailto:synpunkt@ssh.se">synpunkt@ssh.se</a>	12	24	21
1177 Vårdguiden Klagomål och synpunkter	6	5	19
Klagomål överlämnat av IVO	10	4	5



Figur13: Antal klagomål och synpunkter inkomna till Stockholms sjukhem under åren 2019–2023



Figur 14: Klagomål och synpunkter under 2023 uppdelad i kategorier, n=80

### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Klinisk träningslokal har skapats i Stockholms Sjukhems site i Bromma under 2023. Detta möjliggör att medarbetare och studenter kan träna specifika moment, exempelvis förflyttningsteknik och HLR, i en utbildningslokal anpassad för detta.

Etikrådet och etiska ronder är ett stöd och ett verktyg för att skapa en

beredskap vid komplexa fall och oväntade händelser samt minska etisk stress som kan uppkomma hos medarbetare. Den webbaserade patientsäkerhetsutbildningen ingår även i introduktionsprogrammet för flera professioner.



Utifrån de statliga och regionala kraven på beredskap för läkemedelsbrister har ett beredskapslager för läkemedel upprättats inom Stockholms Sjukhem både på Kungsholmen och i Bromma.

### Patientsäkerhetskultur

Under 2023 har medarbetarna svarat på frågor kopplade till patientsäkerhetskulturen. Dessa besvaras varannan vecka i samband med pulsmätning. Resultatet för verksamheterna samt per fråga kan ses i tabell 2 och 3.

Tabell 2: Resultat gällande patientsäkerhetskultur 2023, per VO

<b>Patientsäkerhetskultur</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<b>Stockholms Sjukhem</b>	7,8	7,8
<b>Äldreomsorg</b>	7,9	8,1
<b>Geriatrisk</b>	7,4	7,3
<b>Palliativ vård</b>	8,2	8,1
<b>Rehabilitering</b>	7,9	7,9

Tabell 3: Resultat Stockholms Sjukhem uppdelat per fråga, gällande patientsäkerhetskultur för 2023

<b>Resultat per fråga</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<b>Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel</b>	8,4	8,4
<b>Jag vågar prata om mina misstag</b>	8,0	8,1
<b>På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser</b>	7,2	7,4
<b>Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats</b>	7,1	7,2

## Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Stockholms Sjukhem växer 2024 med ett nytt vård- och omsorgsboende Mosaiken som öppnar i lokaler i Bromma. Vintern 2024/2025 öppnar boendet Poesin i Nacka. Även sjukvården expanderar med fler slutenvårdsplatser och utökad primärvårdsrehabilitering. Implementering av Lärplattformen esTracer kommer att ske och kommer att stödja kompetensutveckling. Implementering av OPEN planeras inom hela äldreomsorgen. Översyn planeras gällande hantering och service av medicintekniska produkter och apparatur. Även strukturen för delegeringar och fördelning av medicinska arbetsuppgifter kommer att ses över.

### Mål för patientsäkerhetsarbetet 2024

Patientsäker expansion av verksamheter både inom äldreomsorg och sjukvård. Fokus på att skapa en struktur för nytt gemensamt lärande utifrån inkomna avvikelser i Centuri avvikelshanteringssystem.

