



Patientsäkerhetsberättelse för S:t Anna År 2023



Datum: 230118

Ansvarig för innehållet: Svjetlana Blagojevic

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

Verksamheten är fördelad i två byggnader, S:t Anna Flora med 30 lägenheter och inriktning mot äldreomsorg och S:t Anna Freja som har 30 lägenheter med demensplatser.

Innehåll

| | |
|---|----|
| SAMMANFATTNING | 4 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 5 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning | 5 |
| Övergripande mål och strategier | 5 |
| Organisation och ansvar | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador..... | 7 |
| Informationssäkerhet | 8 |
| En god säkerhetskultur | 9 |
| Adekvat kunskap och kompetens..... | 10 |
| Patienten som medskapare..... | 11 |
| ÅGERA FÖR SÄKER VÅRD | 12 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | 16 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer..... | 16 |
| Säker vård här och nu | 18 |
| Riskhantering | 19 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | 20 |
| Avvikelse..... | 20 |
| Klagomål och synpunkter | 22 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 23 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR..... | 23 |

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.

År 2023 präglades av organisationsförändringar. Ansvar och Omsorg AB förvärvades av Forenade Care AB den 1 februari. Ledningen dvs både verksamhetschef och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har bytts ut under året. Ett nytt avtal har tecknats med uppdragsgivaren dvs Nyköpingskommun från den 1 oktober.

Trots alla dessa förändringar har fokuset varit på att behålla god och säker vård. Ny ledning har lett till noggrann granskning av gällande rutiner och riktlinjer samt anpassning av våra lokala rutiner.

S:t Annas övergripande mål är att de boende ska ges möjlighet att vara aktiva och delaktiga efter sin individuella förmåga och önskemål. Vi strävar efter en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga. Vi har regelbundna boenderåd där de boende har möjlighet att framföra sina åsikter och önskemål. Under 2023 har vi haft två anhörigträffar där vi har fått väldigt positiv respons för vårt arbete och engagemang.

Ett av våra grundläggande krav är hög patientsäkerhet vilket vi arbetar med dagligen i vår verksamhet. Genom våra rutiner i bland annat i rapportering i befintliga kvalitetsregister, översyn av kompetensförsörjning, kvalitetsuppföljningar med ombudsmöten och egna kontroller. Under våren har vi uppmärksammat patientsäkerhetsvecka med en tipspromenad och en stor diskussion i personalgrupper.

Vi har utvecklat arbete med BPSD genom att en sjuksköterska har utbildats BPSD-utbildare. Hon har i sin tur hållit i utbildningar för BPSD-administratörer. Därefter har vi intensiverat arbete med BPSD.

Med hjälp av stadsbidraget har vi kunnat satsa på att utveckla aktiviteter i syfte att förebygga ensamhet bland våra boende. Denna satsningen har medfört extra kvalitet för våra boende och har uppskattats.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

S:t Annas 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 S:t Anna brutit ner följande verksamhetsmål och arbetat med dessa under 2023.

Tabell . Översikt mål

| Övergripande mål | Mål S:t Anna (beskrivning) | Måloppfyllelse | Uppföljning |
|---------------------|---|--|---|
| Hög patientsäkerhet | Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister | Delvis. Rutinerna är reviderade och man tar upp detta i samband med introduktionerna av ny personal. Under perioder av sjuksköterskerekryteringen har arbete med kvalitetsregister inte gett bästa resultat. | Nu är samtliga sjukskötersketjänster tillsatta och vi ska följa upp status på kvalitetsregistreringar på varje ledningsmöte och kvalitetsråd. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | |
| | Utveckla processen för interna löpande kvalitetsuppföljningar. | Kvalitetsråd har hållits regelbundet, en gång per månad förutom semesterperioderna. Dock har inte alla ombudsmöten hållits pga. avsaknad av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i perioder. | Inför varje kvalitetsmöte (minst 10 ggr/år) sammanställs och tas upp alla avvikelser, synpunkter och klagomål som har inkommit under en månad. Vidare tas upp diskussion på APT. Uppföljning av årshjul på varje APT. |
| | Fortsatt förebygga smitta och ev. smittspridning inom verksamheten | Några få fall av smitta med Covid 19 under året dock ingen smittspridning. Detta visar god följsamhet av basala hygienrutiner. Bra tillgång till skyddsutrustning. | Egenkontroller i form av självskattningar och hygienobservationer. Hygienombudsmöten minst 2 ggr/år. PPM enligt SKR:s instruktioner. |
| | Fortsatt kvalitetssäkring och utveckling inom palliativvård. | Samtliga dödsfall registreras i palliativa registret. Minst ett ombud på varje avdelning och även bland personalgrupper som tjänstgör nattetid finns. | Palliativombudsmöte 3ggr/år där man även diskuterar statistiken från palliativa registret. |
| | Fortsatt arbete med värdegrund. | Gemensamma värderingar har diskuterats i olika mötesforum så som APT, avdelningsmöten men även medarbetarsamtal. | Uppföljning av checklistor för introduction av nyanställda samt årliga medarbetarsamtal. |
| | Utveckla arbete med BPSD | En sjuksköterska har utbildats till certifierad BPSD-utbildare. Tyvärr har den sjuksköterska avslutat sin tjänst hos oss men innan detta har hon hunnit utbilda flera BPSD-administratörer så arbetet kunde fortsätta hållas aktivt med bedömningar och uppföljningar. | Ombudsmöten minst 4 ggr/år. |
| | Nutrition, fortsatt arbete med att förebygga undernäring och behandla konstaterad undernäring | Bra teamarbete om leds av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Kostombud finns en på varje avdelning. Regelbundna nutritionstatus, minst var 6 månad med nutritionsåtgärder som dokumenteras. | Kostombudsmöten 4 ggr/år, nattfastemätningar 2ggr/år, intern kvalitetsrevision, boendeenkät. |
| | Minska antal fall | Systematiskt arbetssätt för att förebygga fall. Teammöte i | Samtliga falltillbud följs upp månadsvis I |

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| | | form av hälsokonferenser med olika yrkeskategorier. Kraftig minskning av falltillbud. | samband med kvalitetsråd. |
| Översyn personal-försörjning | Vid nyanställning prioriteras utbildad undersköterska med goda kunskaper i svenska språket i tal och skrift. | Ca 80 % av samtliga medarbetare har relevant utbildning. Vi lägger stor vikt på kunskaper i svenska språket i samband med rekryteringar. | Genomgång vid årets slut men även efter semesterperioderna då man går igenom vikarielistan och väljer att förlänga anställningar för kompetenta vikarier. |
| | Översyn kompetensförsörjning för att säkerställa adekvat kompetens bland personal. | Övergripande och individuella kompetensutvecklingsplaner. | Övergripande plan följs upp i slutet av året . Individuella följs upp på medarbetarsamtal. Och lönesamtal. |

Organisation och ansvar

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

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

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 målpuppfyllelse inom verksamheten.

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

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

Paramedicinsk personal, som är anställda av Nyköpings kommun, ansvarar för rehabilitering, bibehållande av funktioner samt förskrivning och utprovning av hjälpmedel. Paramedicinsk personal ansvarar även för att rapportera och följa upp avvikelser utifrån sina respektive professioner.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att undvika vårdskador arbetar S:t Anna aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet.

Målsättningen är även att riskbedömning ska göras utifrån våldsprevention på individnivå med stöd av tillgängliga verktyg. Avvikelser rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarigare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitetsutvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Daglig kontakt mellan OAS och omvårdnadspersonal hålls, både via dokumentationssystem och muntligen och kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.








Samverkan mellan PAL och OAS sker under inplanerad rond en dag varje vecka men möjlighet till kontakt finns även utöver detta om behov finns.

Vid inflyttning till verksamheten hålls ett inskrivningssamtal med OAS och PAL. Mötet journalförs enligt gällande rutin och OAS ansvarar för att vårdrutinavvikelser, observationer, ställda diagnoser och liknande dokumenteras. Här inhämtas även samtycke för sammanhållen journalföring och liknande. Om boende flyttar från annat boende eller sjukhus görs en muntlig överrapportering innan inflyttning mellan sjuksköterskorna. OAS beställer tandvårdskort för nödvändig tandvård via T99. Verksamheten samarbetar med både Oral Care och Folktandvårdens uppsökande verksamhet.

A&O har i Nyköping 5 omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, 5,0 årsarbetare, i tjänst helgfria vardagar mellan klockan 07–17. Någon av sjuksköterskorna finns alltid i tjänst dessa tider. All övrig tid, kvällar, helger och nätter, har funnits Nyköpings Kommuns jourhavande sjuksköterskor att tillgå enligt gällande avtal. Detta avtal upphörde den 1 oktober och efter det har vi startat en egen jourverksamhet med ytterligare 4 sjuksköterskor.

En boende som behöver vårdas inom slutenvården skrivs in i Prator av OAS. Då boende är färdigbehandlad sker rapporteringen från sjukhuset i Prator. Behandlingsmeddelande och epikris brukar medfölja från sjukhuset, ett exemplar till den boende och ett till OAS.

Nedan följer i punktform övrig samverkan som ligger till grund för att minska risker för vårdskador i verksamheten:

-  God kontakt med smyttskydd och vårdhygien.
-  Riktlinjer Nyköpings kommun och Region Sörmland
-  Samverkan med Bagaregatans vårdcentral, patientsäkerhetsdialog.
-  Samverkan Oral Care och Folktandvården tandvårdintyg, tandvård, munhälsa
-  Vaccination
-  Prator – för dialog med Region och kommun vid in och utskrivning
-  SIP – vid behov för trygg och säker hemgång och överrapportering

- ✚ SKILS - för adekvat överrapportering och samarbete med Region.
- ✚ Samverkan fotvårdsspecialist
- ✚ Webb utbildningar för personal inom hygien, läkemedel samt palliativt.
- ✚ Förflyttningsteknik
- ✚ Hälsokonferenser
- ✚ Nationellt vedertagna mätinstrument och skattningsskalor exempel Abby Pain Scale

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 S:t Annas äldreboende förekommer följande systemstöd, (Procapita, Prator, Pascal, NPÖ) för journalhantering. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får tillgång till E-legitimation via Nyköpings kommun för att kunna identifiera sig i olika digitala systemstöd som förekommer inom verksamheterna.

Under 2023 har vi haft ganska många problem med SITSH-korten och inloggningar i de olika systemstöd (förutom Pascal). Långdragna ärenden och bristfällig support vid kontakt med DSO. Under hösten hölls ett gemensamt möte och vi blev lovade åtgärder i form av kommunens datorer i verksamheterna.

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy och rutiner för egenkontroller, loggning angående dataintrång i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden såsom hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Denna gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar den boende om denne själv har lämnat samtycke. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om enskild person. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

- ✚ Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter ska klippas bort, tejpas över eller strykas över med svart
- ✚ Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar utan risk för att denna kan höras av tredje part
- ✚ Skriftlig, sekretessbelagd, information får inte finnas åtkomligt för obehöriga
- ✚ Boendes namn tillsammans med personnummer får aldrig anges i mejl
- ✚ All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- ✚ Samtycke från den boende ska finnas angående överföring av journalhandling

- ✚ Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet
- ✚ Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal
- ✚ Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT
- ✚ Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg. Den utförs av OAS årligen på uppdrag av MAS. Granskningen från 2022 visar på en del brister och en handlingsplan är upprättad och ska följas upp under 2023.
- ✚ Loggningskontroller av dokumentation i Procapita görs kontinuerligt av VC, den innefattar både hälso- och sjukvårdspersonal och OVP
- ✚ För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av VC och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas.
- ✚ Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare om inte juren är inkopplad.

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 S:t Anna med kvalitetsråd. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet skapar ett forum för att i grupp hantera och bearbeta rapporterade händelser och tillbud samt arbeta med åtgärder. Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar.



Adekvat kunskap och kompetens

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

S:t Anna arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. Detta sker bland annat genom att vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar. För att erhålla tillsvidareanställning krävs formell kompetens. Inom verksamheten erbjuds möjlighet till fortbildning.



Patienten som medskapare

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



Grunden till detta arbete inleds direkt i samband med inflyttning. Innan flytt till verksamheten ska boende och/eller närstående få en folder där verksamheten beskrivs tydligt. Boendes biståndsbeslut skrivs ut till omvårdnadspersonal och den lägenhet som personen ska bo i riskbedöms genom okulär besiktning.

Kort efter inflyttning, enligt rutin inom två veckor, erbjuds ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med den boende, eventuella närstående, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Ibland närvarar även verksamhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för patienten och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad. Vi tar upp vikten av att fylla i foldern 'det här är jag' som ger en tydlig bild av levnadsberättelsen och ett gott underlag för genomförandeplanen.

Det är varje kontaktpersons ansvar att starta upp en genomförandeplan i anslutning till inflyttning i verksamheten. Det ska alltid framgå om den boende har varit delaktig i upprättandet eller inte. Om boende inte varit det ska skäl framgå, exempelvis kognitiv nedsättning som följd av demens eller liknande. Anhöriga ska, om den boende ger samtycke, delges innehållet i genomförandeplanen.

En viktig del av genomförandeplanen, förutom delaktighet, är hur den boende önskar bli bemött. Detta gör att all omvårdnadspersonal kan säkerställa bemötande utifrån önskemål. Detta är av särskild vikt när boende har svårigheter att uttrycka sig verbalt.

Tätt efter inflyttning planeras och utförs ett inskrivningssamtal med PAL och OAS, här bjuds även anhörig in om boende och önskar.

Sjuksköterska kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Övrig samverkan för att främja boendes och närståendes delaktighet:

- Informationsbrev sänds ut till närstående
- Boenderåd hålls 4 ggr/år
- Kontakt med närstående minst en gång per månad av kontaktperson eller enligt överenskommelse, ofta tätare kontakt
- Information om anhörigcenters olika stöd till anhöriga finns synlig i verksamheten
- Boendeenkät lokalt 1ggr/år där boende får tycka till
- Brukarundersökning som går ut nationellt 1 ggr/år.
- Vid brytpunktsbedömningar välkomnas anhöriga att delta för information och vårdplaner samt förväntningar på fortsatt vård. Det gäller även vid avvikelshantering

Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete. Blankett för det finns lättillgängligt för boende och närstående, både på boendet samt digitalt.

De boende och närstående erbjuds även möjlighet till delaktighet om så är lämpligt i internutredningar i enligt 3 kap 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

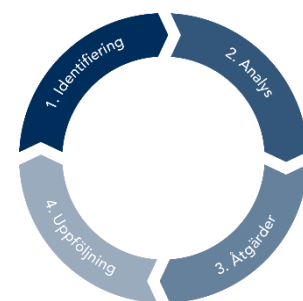
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

S:t Anna 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 aktuella beställare.



Egenkontroll

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

Tabell Översikt för övergripande egenkontroller

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

| | | |
|---|------------------|-----------------|
| Dokumentations ombudsmöten | 3 gånger per år | Protokoll |
| Palliativa ombudsmöten | 3 gånger per år | Protokoll |
| Kost ombudsmöten | 3 gånger per år | Protokoll |
| Trycksår | 2 gånger per år | SeniorAlert/PPM |
| Nattfastemätning | 2 gånger per år | Protokoll |
| Kvalitetsråd | 1 gång per månad | Protokoll |
| Kontroll medicintekniska produkter | 1 gång per år | Protokoll |
| Journalgranskning | 2 gånger per år | Protokoll |

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

Nedan presenteras S:t Annas resultatredovisning:

| Egenkontroll | Mål | Resultat | Källa | Analys/lärande |
|--|---|---|---|--|
| Avvikelser | Genomgång minst 10ggr/år Kvalitetsråd | Sammanställt inför varje kvalitetsråd/APT. Hanterats enligt avvikelshanteringssystem. | Protokoll Kvalitetsråd, APT. | Genom att analysera och diskutera alla avvikelser i arbetsgruppen förebygger vi liknande fall i framtiden. |
| Klagomål och synpunkter | Hantera alla klagomål och synpunkter enligt våra rutiner. | Alla inkomna synpunkter och klagomål har hanterats enl. rutiner. | Boenderåd, Vårdplaneringar där boendesanhöriga har deltagit, personliga möten. Anhörigräffar. Telefonsamtal. | Analys och diskussion i olika forum har i vissa fall lett till förändring och uppdatering av lokala rutiner. |
| Rapportering i kvalitetsregister | Att registrera/ följa upp alla boende i respektive kvalitetsregister (Senior Allert, Palliativ register, BPSD) | Resultatet har visat att vi inte har uppnått målet till 100% Alla boende har inte blivit registrerade. Detta har dels berott på avsaknad av OAS underen period av 2023. | VC har utfört kontroller i dessa kvalitetsregister. Ssk-möte. | Daglig dialog med ssk och täta kontroller att registreringen sker. |
| Kontroll av narkotika klassade läkemedel | 12 ggr/år | Granskning av narkotikajournal och läkemedel har varit utan anmärkning | Kontroll och genomgång av narkotikajournal enl. rutiner | Utan anmärkning |
| Läkemedelsgenomgång | Vid inflytt, minst 1gg/år och vid behov. | Utförda läkemedelsgenomgångar enligt rutiner i samverkan med läkare | Läkarrond | Uppdaterad lokalrutin vid läkemedelsändringar. |
| Avvikelser gällande läkemedelshandling | Minst 10ggr/år Kvalitetsråd. | Alla läkemedelsavvikelse tas upp direkt med berörd personal av sjuksköterska/VC och följs upp på kvalitetsråd. | Protokoll kvalitetsråd | Kontinuerlig uppföljning av signerings listor. Genomgång på kvalitetsråd. |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|---|
| Vårdrelaterade infektioner | Ingen vårdrelaterad infektion | Ingen vårdrelaterad infektion registrerad | protokoll | Frågan diskuterats på en av våra APT om vikten att förhindra uppkomst och eventuellt smittspridning av vårdrelaterade infektioner. |
| Fölsamhet till basala hygienrutiner och klädregler | 2 ggr/år | Resultaten visar att majoriteten följer hygienrutiner och klädregler. | Självskattning. Hygienombudsobservationer (checklista) | Hygienombud på varje våningsplan ska utsprida kunskap om basala hygienrutiner och vårdhygien till sina kollegor. Tillsammans med sjuksköterska ska hygienombud utbilda nya anställda och utföra hygienobservationer minst 2 gånger per år |
| Hygienronder | 2ggr/år | Utfört utan anmärkningar | protokoll | Personalen gör webbutbildningar i basala hygienrutiner årligen och vid ny anställning. |
| Trycksår | 2ggr/år | Ett rapporterat trycksår 2023 | Dokumentation Protokoll kvalitetsråd Hälsokonferenser, Riskbedömningar | Omvårdnadspersonal tillsammans med rehab personal och sjuksköterskor har ett ständigt förebyggande arbete att identifiera och snabbt sätta i gång åtgärder. |
| Nattfastemätning | 2ggr/år | Delvis uppfyllt mål då vi gjorde nattfastemätning 1gg/år | Protokoll. | Resultatet har tagits upp på APT om vikten att vi ska jobba aktivt för att förkorta nattfastan hos våra boende. Dagplanering. |
| Fallrisk | Vid inflytt, 2ggr/år och efter behov. | Uppfylld. | Protokoll. | Hälsokonferenser, Kvalitetsråd. |
| Kontroll medicinsktekniska produkter | 1 gg/år | Utfört. Inga anmärkningar. | Enligt rutiner | Fortsatta kontroller |
| Läkemedelsgranskning | 1 gg/år | Utfört med apotekare och MAS närvarande. Granskningen har dock skjutits fram från hösten till början av 2024 pga ssk-rekryteringen. | Muntlig återkoppling från apoteksgranskaren. Skriftlig rapport har inte hunnit komma i skrivande stund.. | Två mindre förbättringsförslag, i övrigt mycket bra läkemedelshandling. |

| | | | | |
|-------------------|----------------------------|---|--------------------------------|--|
| Journalgranskning | 1gg/år | Utfört. | Journalgranskningsmall | Dokumentationen behöver förbättras. Utbildningar för både verksamhetschefer och sjuksköterskor inplanerade i mars 2024. Kollegialt lärande/granskning. |
| Delegering | 1 gg/år och nya anställda. | Att ge delegering till all personal utifrån personlig lämplighet, erfarenhet och utbildningsnivå. | Enligt rutiner för delegering. | Delegeringsprocessen/ rutiner är en punkt i checklista för nyanställda sjuksköterskor. Alla delegeringar ska göras om efter att föregående sjuksköterskor har avslutat sin tjänst. |

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



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

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

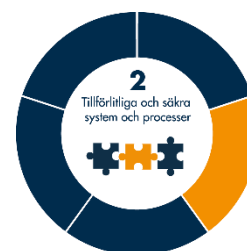
Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso-och sjukvård.

| Allvarlighetsgrad, definition | Omvårdnad | Läkemedel | Fall | Klagomål och synpunkter |
|---|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| 1 Mindre obehag eller obetydlig skada | VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK) | VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK) | VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT) | VC |
| 2 Måttlig | VC/ HSL- | VC/HSL-ansvarig | VC/MAR-ansvarig | VC |

| | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------|----------------|
| Övergående funktionsnedsättning | ansvarig (Leg. SSK) | (Leg. SSK) | (Leg. AT/FT) | |
| 3 Betydande Bestående, måttlig funktionsnedsättning | KU, MAS/MAR | KU, MAS/MAR | KU, MAS/MAR | KU, MAS/MAR |
| 4 Katastrof Dödsfall/själv mord, 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 S:t Anna.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Tabell; systematisk översikt av arbetsprocesser gällande rutiner

| Område | Arbetsprocess | Gällande rutin för verksamheten |
|----------------------|--|---|
| Informationssäkerhet | Dokumentation och överföring av personuppgifter | Prator – övergångar mellan vårdgivare Pascal – ordinationer från PAL och andra förskrivare Sekretess – genomgång årligen Säker inloggning i system – e-tjänstekort; SITHS Journalgranskning årligen Loggkontroller enligt avtal med uppdragsgivare samt vid misstankar om lagöverträdelse Arbeta i enlighet med GDPR Inhämtande av samtycke nationell patientöversikt samt informationsöverföring till ev anhöriga |
| Läkemedelssäkerhet | Narkotikahandling Basförråd generella läkemedel Genomgång av läkemedel för individ Vaccinationer Medicinska behandlingar | Årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar för de med över 10 läkemedel Alla boende ska få sina läkemedel översedda minst en gång per år Vaccinationer i samråd med PAL och ex smittskydd, FHM, etc Ronder – varje vecka ordinationer från PAL och andra |

| Område | Arbetsprocess | Gällande rutin för verksamheten |
|---|---|---|
| | | förskrivare i Pascal Månatlig kontroll av narkotikaklassade läkemedel Tydlighet i gällande signeringslistor – genomgång varje månadsskifte Beställningslistor sparas för spårbarhet av narkotikaklassade läkemedel Vid kassation av narkotikaklassade läkemedel sker avstämning av antal av två personer, antingen båda OAS eller OAS och VC. |
| Transportsäkerhet | SKILS – bedömning inför ev vidare vård inom slutenvården Rätt vårdnivå och rätt transport för ev behandling inom slutenvården Beslut om färdtjänst efter behov | Rutin för när SKILS ska användas för tolkningshjälp av vitalparametrar. Säkerställer att rätt vårdnivå appliceras Rekvirering av ambulans, akut eller icke akut Trygga färdtjänstresor baserade på individuell bedömning av behov (ex rullstol, medföljare etc) |
| Smittskyddslagen och tillhörande riktlinjer | Kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner vid smitta | Verksamhetsstöd Närvarande chef Jourhavande verksamhetschef Arbetsplatsträffar Tät kommunikation med arbetsledande sjuksköterskor |
| Tryggad kompetens hos all personal | Webbutbildningar Delegeringsutbildning Utbildningar av externa aktörer inom inkontinenshjälpmedel Utbildning munvård och munhälsa (enligt ROAG) Förflyttningstekniker och belastningsergonomi | Oral Care – webbaserad utbildning Demenscentrum Kommunrehab samt intern MAR SKILS Arbetsledande sjuksköterskor |

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, framför allt sjuksköterskor.

Under sommarperioden har vi haft viss svårighet i att hitta kompetenta vikarier. Som en följd av detta får ordinarie medarbetare en högre arbetsbörda då flertal vikarier inte har den

kompetens som normalt finns i verksamheten. Kompetensförsörjning har varit ansträngd för samtliga förekommande verksamhetsnära personalkategorier, omvårdnadspersonal, legitimerade sjuksköterskor.




| Område | Riskbedömning relaterat till patientsäkerhet | Åtgärd |
|---|---|--|
| Patientsäkert larmsystem | Medelhög risk för minskad patientsäkerhet | Under 2023 placerades signalförstärkare på samtliga avdelningar. |
| Patientsäker journalföring | Medelhög risk för minskad patientsäkerhet. (utlämning av e-tjänstelegitimation kan ta lång tid) | I dagsläget beställer arbetsgivare e-tjänstelegitimation till samtliga medarbetare. Tiden för utlämning kan inte påverkas av arbetsgivare. |
| Tillgång till sjuksköterskor | Medelhög risk främst relaterad till akut frånvaro. | Ordinarie sjuksköterskor är på plats kontorstid. Jourverksamhet under kvällar, nätter, helger och storhelger. |
| Låg tillgång på högkompetenta undersköterskor | Medelhög risk för negativ inverkan på patientsäkerheten | Tyvärr blir tillgången på kompetenta undersköterskor allt mindre. Detta blir tydligt kännbart i verksamheten och vi ser att man har allt sämre kunskaper, både språkmässiga och praktiska färdigheter trots genomgången utbildning. Vi försöker rekrytera under hela året för att ta vara på kompetenta sökande. |

Riskhantering

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

Verksamhetschef ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten. Vi har en tydlig rutin för hur verksamheten ska arbeta med att analysera risker. Analyserna läggs in i Stratsys och riskerna utvärderas kontinuerligt. Till riskerna görs även handlingsplaner. Dessa upprättas av verksamhetschef eller vid behov av ledningsgruppen.

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

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

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

Riskanalyser sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete. Exempel på riskanalys som sker årligen är smittspridning, den har varit extra aktuell de senaste åren.

Riskbedömningar gällande fall, trycksår och nutrition sker löpande och utförs av OAS tillsammans med omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut.

Vi har haft som målsättning att samtlig personal ska dokumentera och alla boende ska få sina genomförandeplaner upprättade kort efter inflyttning samt kontinuerligt minst var sjätte månad eller oftare vid behov. Detta är något vi diskuterat flitigt på APT och en ny rutin är framtagen där man i direkt anslutning till inflyttning skapar en genomförandeplan för att sedan arbeta i den under de första två veckorna. Målsättningen är att genomförandeplanen ska vara ett mer levande dokument där förändringar i hälsa skrivs in direkt. Vi kommer att fortsätta arbetet med dokumentation under 2024. Arbeta med riskanalyser och tillhörande åtgärdsplaner är en ständigt pågående process i verksamheten och sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och munhälsa görs av OAS vid inflyttning till verksamheten. Vid inflyttning, var sjätte månad eller vid förändringar i hälsotillstånd som medför en förändring i personens hjälpbehov görs en riskbedömning i den boendes lägenhet, både med risker för fall för den boende och risker i personals arbetsmiljö. Här används en mall för att identifiera brister och risker, därefter skapas en plan för åtgärder. Risker för fall och trycksår tas kontinuerligt upp med rehab och vård- och åtgärdsplaner skapas för att minska risker. Här finns ett ständigt pågående kvalitetsarbete.

Vi har utvecklat arbete med BPSD.

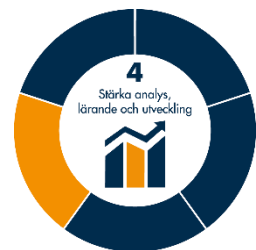
Vid risk för självskada eller skada för annan boende/personal görs alltid en separat handlingsplan, förstärkning och utbildning i personalgruppen är exempel på åtgärder som vidtas vid behov.

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).

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

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

| Avvikelser upprättat inom verksamheten | Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare | Antal utredningar med bedömning om vårdskada | Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg |
|--|--|--|--|
| 153 | 2 | 1 | 1 |

Tabell, avvikelser 2023

| 2023 | jan | feb | ma | apr | maj | jun | jul | aug | sep | okt | nov | dec | totalt |
|------------------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|
| hjälpmedel | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| omvårdnad/tillsyn | 1 | 2 | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 15 |
| läkemedel | 6 | 7 | 14 | 3 | 10 | 10 | 7 | 11 | 7 | 8 | 8 | 7 | 98 |
| Fall | 0 | 0 | 11 | 14 | 8 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 39 |
| allvarliga | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Dokumentation/info | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| övrigt | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| trycksår | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt för året | | | | | | | | | | | | | 153 |

Tabell , jämförelse med senaste tre år

| Avvikelser | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-------------------|------|------|------|------|
| Hjälpmedel | 18 | 6 | 6 | 0 |
| Omvårdnad/tillsyn | 98 | 38 | 39 | 15 |
| Läkemedel | 170 | 75 | 73 | 98 |
| Fall | 233 | 169 | 147 | 39 |
| Dokumentation/ | 0 | 0 | 1 | 0 |

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analysera i första hand av verksamhetschef 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.

Analysen av avvikelseresultatet visar kraftigt minskning av samtliga avvikelser. Det är bra att vi har mindre avvikelser i verksamheten, men när det handlar om så kraftig minskning väcker det misstankar att alla avvikelser inte registreras. På grund av detta kommer vi att lägga fokus på detta område under 2024.

Klagomål och synpunkter

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

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

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

| Klagomål/ synpunkter lämnade direkt till verksamheten | Klagomål och synpunkter överlämnade av patientnämnden | Klagomål/ synpunkter överlämnade av Inspektionen för vård och omsorg |
|---|---|--|
| 2 | 0 | 0 |

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

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på S:t Anna under 2023 har fokuserats på kompetensutveckling och kompetensfördelning inför varje arbetspass. Genom att förstärka samarbete mellan avdelningar men även mellan våra andra två enheter i Nyköping lyckas vi öka riskmedvetenhet och beredskap.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2024

| Övergripande mål | Mål/aktivitet | Uppföljning |
|--------------------------------------|---|---|
| Ökad patientsäkerhet | Ökad inrapportering till befintliga kvalitetsregister: <ul style="list-style-type: none"> - Jobba aktivt med introduktionschecklista. - Tydliga uppföljningsamtal med OAS och VC. - Följa årshjulet. | <ul style="list-style-type: none"> - Kvalitetsråd - Ledningsmöte - APT |
| | Alla avvikelser skall registreras: <ul style="list-style-type: none"> - Genomgång av avvikelserutinen och syfte med registreringar på APT. - OAS ska göra stickkontroller för att säkerställa att samtliga avvikelser är registrerade i systemet. - Kvalitetsombud ska agera stöd i samband med avvikelserregistreringar när så önskas. | <ul style="list-style-type: none"> - Kvalitetsmöte - APT |
| | Förbättrad dokumentation: <ul style="list-style-type: none"> - Utbildning i dokumentationssystemet både för verksamhetschefen och sjuksköterskor | <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentationskontroller utförs av VC minst 2ggr/år - Kollegiala granskningar enligt årshjulet |
| | Fortsatt utveckling av BPSD-arbete: <ul style="list-style-type: none"> - OAS regelbundna genomgångar med BPSD-administratörer - Diskutera ärenden även på hälsokonferenser där paramedicinare kan inkomma med förslag på åtgärder. | <ul style="list-style-type: none"> - Ombudsmöte 4 ggr/år |
| | Förbättrat samarbete med vårdcentralen gällande läkarsamverkan: <ul style="list-style-type: none"> - Komma överens om enklare och direkta kontaktvägar - Patientsäkerhetsdialoger inklusive handlingsplaner. | <ul style="list-style-type: none"> - Gemensam uppföljning av handlingsplanen ca ett par månader efter patientsäkerhetsdialogen |
| Översyn kompetensförsörjning. | Individuella kompetensutvecklingsplan: <ul style="list-style-type: none"> - Årlig genomgång av webbutbildningar. - Möjlighet till fortbildningar | <ul style="list-style-type: none"> - Medarbetarsamtal - Lönesamtal - Ombudsmöte (följa upp ombudsfunktion) |
| | Övergripande kompetensutvecklingsplan: <ul style="list-style-type: none"> - Återkommande utbildningar så som BHR, munvård Jobba säkert med läkemedel. - Utbildningar utifrån avtalet med uppdragsgivaren (brandskydd, HLR) | <ul style="list-style-type: none"> - Månadsuppföljningar med RC (regionchef) |