

**Patientsäkerhetsberättelse
för Solbacken VoB
År 2021
och patientsäkerhetsplan
År 2022**



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.

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.....	6
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
Samverkan med patient och närstående	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18
Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2022.....	18

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.

Alla patienter har genom ankomstsamtal vid inflytt samt löpande under vistelsen möjlighet att påverka sin vardag. Alla patienter har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som har det yttersta ansvaret för patienten och dess säkerhet. Alla närstående informeras och inbjuds delta i processen. Sjuksköterska gör en riskbedömning kring varje patient inom de första 24 timmarna.

Enheten registrerar i Senior Alert samt i palliativa registret. Varje år genomförs två omfattande egenkontroller på enheten där medarbetarna är delaktiga.

Vi har ett kvalitetssystem för att säkerställa avvikelshanteringen och förenkla uppföljningsprocessen. Synpunkter och klagomål har hanterats genom detta kvalitetssystem.

Lokala rutiner och processbeskrivningar upprättats fortlöpande och förankras hos medarbetarna, dels genom våra rådsfunktioner och dels vid ledningsgrupp, arbetsplatsträffar, avdelningsmöten och planeringsdagar. Detta resulterar i sin tur till snabba åtgärdsstider.

Anhörigråd hålls regelbundet för att informera anhöriga om hur arbetet fortskrider.

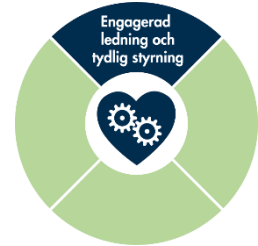
Patientsäkerhetsarbetet är ständigt pågående och kommer fortsätta utvecklas under 2022.

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 i vård och omsorg

Mål och strategier för 2022

Verksamheten skall fortsätta utveckla dokumentationen enligt ICF och KVÅ.

Den palliativa vården skall fortgå med fokus på resultat av Svenska palliativregistrets kvalitetsindikatorer. Enheten registrerar regelbundet i Palliativa registret. Enheten har ett palliativt ombud och har som mål att utbilda ytterligare ett under 2022.

All personal har fått utbildning i Vardagas avvikelssystem Qualimax och avvikelser registreras i Qmaxit.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser följs upp av legitimerad personal, övriga avvikelser följs upp av gruppchef och verksamhetschef. Representanter har utsetts i varje yrkeskategori och kommer att träffas en gång i månaden för snabb uppföljning och bearbetning av inträffade avvikelser.

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 med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse.

På Solbacken finns ett samverkansavtal med Legevisitten som är patientansvariga på enheten. Det ingår i Legevisittens uppdrag att tillgodose läkarinsatser för samtliga boende.

Sjuksköterskorna på Solbacken har eget medicinskt ansvar vilket 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 han bestämmer med patientens medgivande vilka vård- och behandlingsinsatser som ska ske. Det ligger sedan på Solbackens hälso- och sjukvårdspersonal att utifrån sitt medicinska ansvar följa de ordinationer som läkaren meddelat för att ge den boende en god och säker vård. Läkaren har fasta besökstider varje vecka där han tillsammans med ansvarig sjuksköterska går igenom kundens hälsotillstånd utifrån individuella behov samt besöker kunder som har behov av detta. Sjuksköterska ansvarar för att förbereda besöket. Ansvarig läkare för verksamheten finns tillgänglig dagtid och ska i första hand kontaktas vid akuta problem. Övrig tid kontaktas jourhavande läkare från Legevisitten.

Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten

Ansvarig biståndshandläggare följer upp omvårdnadsinsatser på plats. Genomförandeplan för den enskilde går igenom och vid behov, begärs kompletteringar. Stockholm Stad genomför kvalitetskontroll och följer upp avtal.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Legitimerade medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Genom dokumentationssystemet används en rapportfunktion mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, där samtliga yrkesgrupper håller sig informerade om förändringar och åtgärder kring kunderna.

Avdelningarna har dessutom regelbundna teammöten varje vecka där alla yrkeskategorier deltar för att forma vården utifrån varje boendes individuella behov och önskemål. Vid statusförändringar görs också uppföljningar och vårdplaneringar där berörda yrkesgrupper.

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, Britt, 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.

På Solbacken genomför vi loggkontroll av dokumentationssystemet på vårdtagare och på legitimerad personal. Avvikelser/synpunkter/förbättringsförslag från olika revisioner, tillsyner, egenkontroller och uppföljningar dokumenteras i förbättringsloggen och följs upp i våra olika mötets forum.

Vi använder oss också av checklistor för hälso- och sjukvårdsdokumentation

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.

På Solbacken har alla medarbetare kunskap om Vardagas styrdokument för rapportering av avvikelser och är skyldiga att rapportera i direkt anslutning av en händelse. Alla är medvetna om vikten av att aktivt arbeta med att identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna förhindra att avvikelser sker.

Verksamhetschefen och gruppchefen får mail när en ny avvikelse registrerats. Handlar avvikelsen om fall hamnar den automatiskt hos sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Sjuksköterskorna får avvikelser som rör läkemedel. Detta för att behandlingstiden skall vara snabb och effektiv. Allvarigare avvikelser går även automatiskt till överordnande chef samt företagets MAS/kvalitetsutvecklare. Uppdragsgivaren informeras också vid allvarigare tillbud.

Avvikelse följs upp genom kvalitetsrådet som sedan fördelar ut dem till aktuellt verksamhetsråd/mötesforum. Varje avvikelse avslutas av verksamhetschefen.

Vid datorstopp finns blanketter på varje avdelning för registrering av avvikelser

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 Solbacken kommer vi att genomföra följande webbaserade-utbildningar för samtlig personal.

Detta med start, vinter år 2021.

Under vinter år 2022, kommer dessutom Vardagas demensakademien att utbilda samtlig personal i hantering samt bemötande av demenssjuka patienter.

Planerade utbildningar på Solbacken:

Vardaga - introduktion och värdegrund

Den goda dagen och den goda natten

Basala hygienrutiner

Socialstyrelsens värdegrundsutbildning (webbaserad)

Demens ABC för SÄBO

Demens ABC+ för SÄBO

Arbetsmiljö webbutbildning

Qualimax (ledningssystem)

Livsmedelshygien

Allmän branskyddsutbildning

Lilla degskolan

Vår värld för chefer

Att bemanna och planera en arbetsgrupps tid (Bemanningsmetodik)

Procedo

Arbetsmiljöutbildning webb+fysisk 2 dagar

Arbetsrätt

Förflyttningsteknik

Kontaktmannaskapet

Social dokumentation

Livets sista tid

Palliations ABC

Utveckla stöd till anhöriga

Att skatta smärta

Vårdhygien och kunskap kring smittspridning

Hälso och sjukvårdsdokumentation

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 kommer att träffas minst två gånger per år, likaså 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 Solbacken bjuds närstående att vara så delaktiga i verksamheten som de själva och den boende vill. I samband med inflyttning går vi igenom med den boende och dennes närstående vilka förväntningar och tankar som finns. Det upprättas också en plan för hur delaktighet och information mellan parterna ska hanteras och hur kontakterna ska följas upp.

Verksamhetschefen skickar en gång i månaden, ett så kallat närståendebrev till respektive anhörig. I brevet informerar verksamhetschefen bl.a. om pågående projekt och framtida inomhus och utomhusaktiviteter.

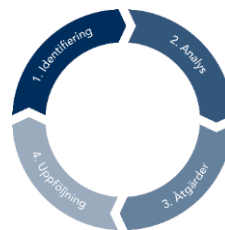
För att minimera risker med vårdskador ombes anhöriga att lämna in en utförlig levnadsberättelse på sin nära och kära.

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 2021 för ökad patientsäkerhet.

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.



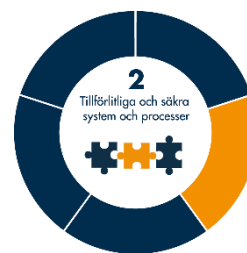
Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2021.

Område	Mål 2021	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2021	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Avvikelsehantering	Samtliga avvikelser rapporteras in	All personal vet hur man rapporterar in avvikelser	På kvalitetsråd vidtas åtgärder kring avvikelser	GC introducerar nya medarbetare i Q-maxfunktion	Löpande kontroll	Alla avdelningar rapporterar in	Q-maxit
Utredning av avvikelser/vårdskador	Inga vårdskador på enheten	Inga vårdskador registrerats 2021	Kontinuerlig genomgång av avvikelser och snabba åtgärder hjälper att förebygga vårdskador	Avvikelsegenomgång med HsL personal och Omvårdnads personal	Inplanerade kvalitetsråd för 2022	Alla avvikelser kontrolleras	Q-maxit
Journalgranskning	Journalgranska minst 4 ggr om året	Journalgranskning 2021 visar att HP och RB saknas hos vissa boende	HsL gruppen får återkoppling kring patientjournal	Genomgång av hur man hanterar journal	Handledning kring journalföring. Upprättande och uppdatering av HP/RB	Samtliga HsL personal	Vodok

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 2021 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

Område	Mål 2021	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2021	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Läkemedelsgenomgångar Medview	Bättre överblick på boendes insatta läkemedel	Arbetet påbörjas 2022	Ej aktuell	EC går igenom MedView med HsL gruppen	2022-03-31	All HsL personal	Vardagas MedView projekt
Svenska palliativregistret	Adekvat omhändertagandet av boende i palliativt skedde	Holistisk (social-kulturell-religiös) omhändertagandet av boende i palliativt skedde	Humanare omhändertagandet av boende i palliativt skedde	Palliativ utbildning för samtlig omvårdnads personal	2022-05-31	Samtliga arbetskategori er	Vardagas arbetsmaterial/Stokcholms Stads arbetsmaterial
Senior alert	0 antal fall, trycksår, minska i vikt, ohälsa i munnen och problem med bläsdysfunktion.	Under år 2021 inträffade 3 fall av trycksår på Solbacken. År 2022 är målet 0 % trycksår på vår verksamhet	2022 genomgång av inkoarbetet 25 mars	·Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och bläsdysfunktion. ·Planera och genomföra förebyggande åtgärder ·Följa upp åtgärder och utvärdera resultatet.	2022-05-31	HsL-gruppen samt KP	Senior Alert
Delegeringsprocess	Att samtliga medarbetare är delegerade	90 % av medarbetarna har medicindelgering	Ssk och GC gått igenom delegeringarna	GC och OAS går igenom icke delegerad personal.	2022-05-31	All personal som saknar medicindelgering.	SSK delegeringslista
PPM Basalhygienrutiner	Klicka eller tryck här för att ange text.	Klicka eller tryck här för att ange text.	Klicka eller tryck här för att ange text.	Klicka eller tryck här för att ange text.	Klicka eller tryck här för att ange text.	Klicka eller tryck här för att ange text.	Klicka eller tryck här för att ange text.

PPM trycksår	Regelbundet inregistrering av trycksår fall	3 fall av trycksår under 2021	Boende i sämre skikt vid inflytt. Oftast begynnande trycksår vid inflytt	Handledning Genomgång vid Teammöte samt kvalitetsråd	Handlingsplan samt riskbedömning för samtliga boende	Alla boende på Solbacken	Senior Alert
ViSam	Genomföra adekvata och likvärdiga bedömningar. Öka patientsäkerhet	Ej kommit igång med ViSam	Ej aktuell	Ingen uppgift	Vid varje kvalitetsråd	Samtliga boende	ViSam

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 2021 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

Område	Mål 2021	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2021	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Dokumentation och informationsöverföring mellan HSL och SoL	Att all behörig personal dokumenterar viktig information kring boende	All ordinarie personal dokumenterar	Säkerställa att även ny anställd personal snabbt får tillgång till dokumentations system	GC/EC ser till att ny personal snabbt får inloggningsuppgifter	Vid kvalitetsråden en gång i månaden	All personal utan inloggning	Parasol
Samarbete och extern kommunikation med regionen (öppen och specialiserad vård)	Öppen kommunikationskanal med externa aktörer	Kontinuerlig kommunikation med externa aktörer.	Vi har delat viktig information för verksamheten med externa aktörer	Fortsatt gott samarbete med övriga externa aktörer, även under 2022	Vid kvalitetsrådet 1 gång i månaden	Agenda	Samverkan
Läkemedelshantering	Att det är ordnat	Väl fungerande läkemedelsrutin	Det har fungerat bra med gällande	Intern och extern granskning	Följsamhet av läkemedelsrutin	Läkemedelsför råd	Styrelsedokument

	g och reda i läkemedelsförrådet	n i verksamheten	läkemedelsrutin.				
Delegering och bemanning	100 % delegerad omvp. Adekvat verksamhetsanpassad bemanning	Vissa saknar medicindelegering. Gc. Bemannar efter verksamhetens behov	Det behövs bättre samordning kring bemanning och delegerad omvp.	Uppsatta mötestider för genomgång av bl.a. bemanning och delegeringar.	Vid kvalitetsråd	Samtliga avdelningar	Medvind samt delegeringslista
Riskbedömning i arbetet med kund	100 % utförd riskbedömning	Det saknas riskbedömning hos vissa boende	Det behövs en heltäckande genomgång för hela huset	VCch/Ec utfört vissa riskbedömningar	Vid kvalitetsråd	Samtliga boende	Parasol
Riskbedömning arbetsmiljö	Adekvat arbetsmiljö	Stabilare arbetsmiljö efter sommar 2021	Senaste Teambarometer visar en stabilare arbetsmiljö	Möte varje måndag eftermiddag med samtliga arbetskategorier	Vid kvalitetsråden gång i månaden	All personal	Styrdokument samt Teambarometer
Egenkontroll (EK) och kvalitetstillsyn	Egenkontroll genomfört 2 ggr	Åtgärda utifrån EK:s resultat	Arbetat strukturerat för ökad patientsäkerhet och adekvat arbetsmiljö	Genomgång av samtliga förbättringsåtgärder från EK. HP upprättas	Vid kvalitetsråden gång i månaden	Alla kvarstående punkter från EK	Q-max

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 2021.

Område	Mål 2021	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2021	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Senior alert	Förebyggande fallrisk, trycksår, ohälsa i munnen samt att boende går ner i vikt	Under år 2021 inträffade 109 fall på Solbacken. Inga uppgifter för 2020.	Det inträffar cirka 9 fall i månaden. Oftast sker fallen på kvällen och nattetid.	Rehabteamet ordinerar rörelselarm där det finns behov	Vid kvalitetsråd en gång i månaden	Samtliga boende på Solbacken	Q-max
Svenska palliativregistret	Förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående	Inga uppgifter för 2021	Inga uppgifter för 2021	År 2022 påbörjar arbetet med att registrera in i SPR	OAS registrerar i SPR	Vid kvalitetsråd en gång i månaden	SPR
BPSD registret	Genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom	Inget register för 2021	Inget register	OAS registrerar i BPSD och hämtar in statistik för fortsatt arbete Demensutbildning via Ambeas demensakademien	Vid kvalitetsråd en gång i månaden	Gäller samtliga boende på Solbacken	BPSD
Brukarundersökning och Enhetsundersökning	Att alla inblandade svarar på enkäten	Inget resultat	Inget resultat	Utifrån SoS resultat hitta lämpliga åtgärder	Vid kvalitetsråd	Vid kvalitetsråd	SoS
Avvikelseutredningar och förbättringsområde (FO)	Alla inträffade avvikelser ska rapporteras in	Inrapportering av avvikelser fungerar bra	Ny anställd omsorgspersonal bör ha snabb tillgång till Q-max	GC/EC uppdaterar personallistan samt ordnar med inloggning och behörighet	Vid kvalitetsråd	Samtlig personal	Parasol
EK och FO	Ekonomi i balans samt aktivt	Ansträngt läge på grund av tomplats	Pandemin påverkat beläggning till det sämre	Bra samarbete med stadens köhantering	Vid kvalitetsråd samt Ledningsgrupp	Hela huset	Inplace

	arbete i FL						
Journalgranskning	Välfungerande dokumentation	Dokumentationen måste bli bättre på alla avdelningar.	Vissa i personal saknar inloggningsuppgifter.	GC/EC kontrollerar att alla anställda har rätt inloggningsuppgifter	Vid kvalitetsråd	Samtliga anställda	Parasol

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.

Egenkontroll har genomförts två gånger under det gångna året, maj och november. Egenkontrollen består av ett stort antal frågor som besvaras av verksamhetschefen tillsammans med legitimerade medarbetare. Frågorna besvaras i Q-maxit, IT-stödet för ledningssystemet Qualimax.

Syftet med egenkontrollen är att identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Utifrån egenkontrollen dokumenteras allt förbättringsarbete löpande i Förbättringsloggen i Q-maxit. Egenkontrollen utgör bland annat ett underlag för MAS/kvalitetsutvecklaren inför tillsyn.

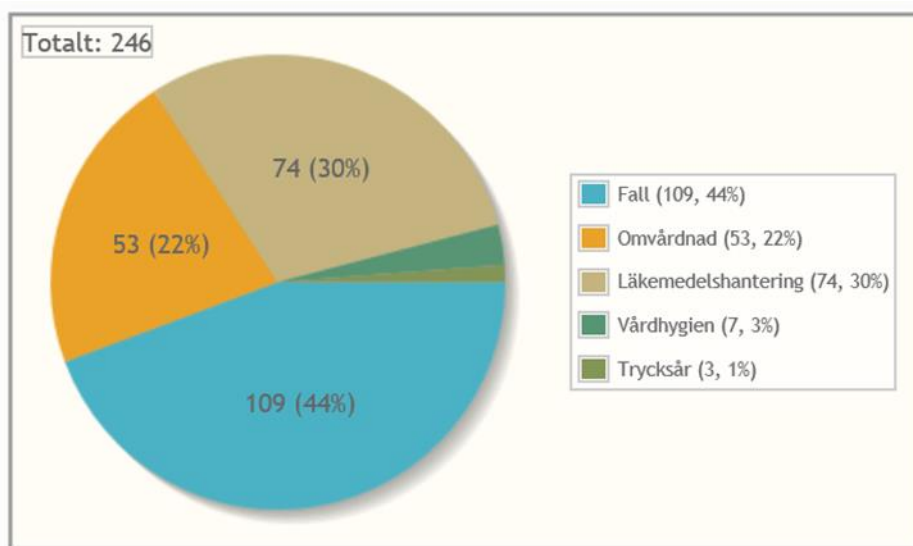
Tillsyn genomförs årligen av MAS utifrån hälso- och sjukvården. Tillsynen är en kontroll av efterlevnaden av riktlinjer, rutiner och en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser.

På Solbacken har uppföljning av resultatet från egenkontrollen genomförts i olika forum så som APT, planeringsdag och kvalitetsråd..

Externa tillsynser genom verksamhetsuppföljning och avtalsuppföljning har gjorts av de biståndsenheter som har gjort placeringar på Solbacken.

Loggkontroll utförs varje månad samt vid både extern och intern tillsyn, för att säkerställa dokumentation.

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Grafen ovan avser period: 2021-02-01-2022-12-31

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.

Alla medarbetare har kunskap om Vardagas hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera in och direkt åtgärda ett klagomål. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklaren och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

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 2021 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan..

Område	Mål 2021	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2021	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa

Säkerställd bemanning	Korrekt bemanning utifrån verksamhetens behov	Fast schema för samtlig personal.	Användning av visstidsanställd vid sjukdom, semester, VAB	Rekrytering av fler visstidsanställd som följd av Pandemin	Vid ledningsgruppsmöte varje måndag	Samtliga avdelningar	Kvalitetsråd
Vårdbehovsmätning	Upprättande av VBM	Utförda VBM för samtliga boende	Vissa avdelningar visar en högre arbetsbelastning	Punktinsatser med hjälp av servicevärdinerna	Vid LGM samt KVR	Alla avdelningar	Kvalitetsråd
IT-avbrott	Att viktig dokumentation alltid finns tillgänglig, även vid IT-störning	Inga uppgifter funna	Upprättande av pappersdokumentation.	GC upprättar SoL-pärm som förvaras i låsta skåp	Vid kvalitetsråd 1 gång i månaden	Samtliga avdelningar	Kvalitetsråd
Utbrott av smitta	Tydlig lokal rutin för förebyggandet av smittspridning	Upprättade handlingsplaner avseende smittspridning	Lokal rutin fungerat väl under pandemin	OAS och ansvarig läkare gett tydlig instruktion vid förekomst av och risk för smittsam sjukdom	Drabbad avdelning	Alla drabbade avdelningar	Kvalitetsråd
Strömavbrott	Snabbt återställande vid strömavbrott	Ej förekommit under året	Uppdaterad kontakt/telefonlista vid strömavbrott	VCch/GC uppdaterar kontaktlista	Upprättad/uppdaterad kontaktlista	Hela huset	Kvalitetsråd
Förändrad verksamhetsinriktning	Ej avvika från nuvarande tillåten verksamhetsinriktning	Trogen mot tillåten verksamhetsinriktning	Rätt diagnos vid inflytt	Bra samarbete mellan yrkeskategorier vid inflytt	Öppen dialog mellan yrkeskategorier	Samtliga yrkeskategorier	kvalitetsråd

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2022

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

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter och där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dessa. Vardagars verksamheter ska under år 2022 aktivt arbeta med patientsäkerhet med utgångspunkt i följande områden:

Vårdgivarens område för ökad patientsäkerhet	Verksamhetens mål, strategier och planerade åtgärder för år 2022
Risk- och preventionsbedömningar. Alla patienter ska ha en risk- och preventionsbedömning gjord i samband med inflyttning och över tid (minst var 6:e månad).	OAS/GC samt boendes KP ser till att samtliga bedömningar görs inom en lämplig tidsrymd.
Systematiskt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient.	Analys av samtliga riskbedömningar vid kvalitetsråd en gång i månaden samt vid behov
Fallförebyggande arbete.	Rehabteamet i samråd med övriga yrkeskategorier går igenom och upprättar fallförebyggande rutiner där det behövs
Basala hygienrutiner. Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.	Hygienombud utför kontroller med jämna mellanrum och rapporterar resultat vid kvalitetsråd Hygienombud återkopplar och ger förslag på förbättring för BHR
Dokumentation. Alla patienter ska ha en korrekt hälso- och sjukvårdsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet).	EC/OAS samt GC kontrollerar att boendes dokumentation följer gällande lagstiftning
Säker läkemedelsprocess.	OAS följer läkemedelskedjan och säkerställer att lokala rutiner kring läkemedelskontroll genomförs enligt protokoll
Minska läkemedelsavvikelser.	OAS/GC uppdaterar delegeringslista och drar tillbaka delegering vid misskötsel.
Säker delegeringsprocess.	OAS ger utförlig muntlig information och ber den enskilde att göra webbutbildning om läkemedelshantering innan delegering. Utbildningen skall vara godkänd av den enskilde medarbetaren
Rapportering av händelser och vårdskada eller risk för vårdskada.	VCch/EC/GC/OAS ser till att samtliga medarbetare har kännedom om plikten/skyldigheten att anmäla allvarliga händelser i verksamheten
Vård i livets slut. Brukare/patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.	Ingen av våra boende skall behöva dö ensam. Tät kontakt med anhöriga och vid behov ta in extra omvårdnadspersonal som kan sitta extra vak.