

**Patientsäkerhetsberättelse  
För Solbacken Stockholm  
År 2022  
och patientsäkerhetsplan  
År 2023**



## Inledning

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

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

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

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



Källa:

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

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         |
| <b>Övergripande mål och strategier .....</b>                                | <b>5</b>  |
| <b>Organisation och ansvar.....</b>   | <b>6</b>  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador.....                                 | 7         |
| <b>Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten.....</b> | <b>7</b>  |
| Informationssäkerhet.....   | 8         |
| <b>HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§.....</b>                                      | <b>8</b>  |
| En god säkerhetskultur.....   | 8         |
| Adekvat kunskap och kompetens .....   | 9         |
| Patienten som medskapare .....  | 9         |
| <b>Samverkan med patient och närstående .....</b>                           | <b>9</b>  |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....   | 10        |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador .....                                  | 10        |
| Tillförlitliga och säkra system och processer .....                         | 11        |
| Säker vård här och nu.....  | 13        |
| <b>Riskhantering.....</b>   | <b>13</b> |
| Stärka analys, lärande och utveckling .....                                 | 14        |
| <b>Avvikelser.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>Klagomål och synpunkter .....</b>  | <b>15</b> |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap .....                                     | 16        |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....                        | 17        |
| Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2023.....                          | 17        |

## 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.

Solbacken är ett vård- och omsorgsboende med demensinriktning. Här finns totalt 64 lägenheter fördelat på 8 avdelningar. 3 av lägenheterna kan användas till parboende. En avdelning med 8 platser är avsedd för korttids- och växelvård. I verksamheten bedrivs även dagverksamhet med maximalt 15 platser.

Sjuksköterskor finns på plats dygnet runt och det finns arbetsterapeut och fysioterapeut i tjänst måndag - fredag. Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationen Capio Legevisitten. Namngiven läkare finns på plats en dag i veckan och tillgång till jourläkare finns dygnet runt.

En utmaning under året har varit att en stor del av ledningen har bytts ut samtidigt som alla ordinarie sjuksköterskor som arbetat dagtid har slutat eller gått på annan ledighet. Det har varit svårt att rekrytera nya sjuksköterskor och trots att vi tagit in bemanningsföretag har det varit svårt att få till en tillfredsställande kontinuitet i sjuksköterskegruppen.

Ett stort fokus har legat på avvikelshanteringen för att uppmärksamma vilka brister som varit aktuella i verksamheten. Samtidigt har det utförts egenkontroller och kvalitetstillsyn som lett till ett flertal handlingsplaner för att förbättra verksamhetens kvalitet.

Ombudsroller inom ett flertal områden har tagits fram och under året har teammötena utvecklats och kvalitetsområden lyfts på både kvalitetsråd och arbetsplatsträffar (APT).

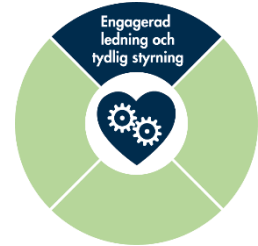
Under 2022 har även arbetet fortsatt med att minska smittspridning av covid-19 och verksamheten har anpassat sig till gällande smittläge och ändrade riktlinjer.

# 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

Målet för Solbacken är att bedriva en trygg och säker vård. Med stöd av Vardagas ledningssystem och styrdokument följs vården upp systematiskt. En av insatserna under året har varit att arbeta aktivt med avvikelser för att fånga upp vilka risker som finns i verksamheten. Avvikelser följs upp i teamet veckovis och tas även upp på en övergripande nivå på APT och kvalitetsråd månadsvis.

Dokumentationen granskas regelbundet och riskbedömningar utförs kontinuerligt. De boende som samtycker registreras i kvalitetsregister och resultaten från dessa ska följas upp på HSL-möten. Solbacken har endast haft några enstaka palliativa ombud, men målet är att ha minst ett palliativt ombud per avdelning och en sjuksköterska som har den palliativa vården som ansvarsområde.

På Solbacken har varje avdelning Teammöte en gång per vecka. Dessutom hålls avdelningsmöten en gång per månad där det finns utrymme för diskussion mellan professionerna. HSL-möten hålls regelbundet.

Ett mål är att alla boende på Solbacken med blåsdysfunktion ska erbjudas en basal utredning och ha individuellt utprovade inkontinensskydd. Sjuksköterskorna har under 2022 påbörjat detta arbete som kommer fortsätta under 2023.

Kompetensinventering utförs och kompetensutvecklingsplan revideras regelbundet. Det finns flera webb-utbildningar som görs regelbundet och ombud har utsetts för bland annat kvalitet, hygien, palliativ vård, nutrition/måltid och BPSD. Utsedda ombud/ ansvariga sjuksköterskor får extra kompetensutveckling inom sitt område.

En säker läkemedelshantering är av yttersta vikt. Förvaring av läkemedel har setts över och lokala rutiner har uppdaterats. Delegeringsprocessen har setts över under slutet av 2022 utifrån att många sjuksköterskor slutat. Det finns tydliga rutiner för hur delegeringsprocessen går till.

Samtliga medarbetare ska ha god kännedom gällande basala hygienrutiner och egenkontroller genomförs kontinuerligt. Utbildning av medarbetare utförs löpande och det är olika personer som utför observationer utifrån ett lärande-syfte. Det finns även en utsedd sjuksköterska som har vårdhygien som ansvarsområde.

## **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. På Solbacken finns ett samverkansavtal med Capio Legevisitten. Capio 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 beslutar 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 den boendes hälsotillstånd utifrån individuella behov samt besöker boende som har behov av detta. Sjuksköterskan 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 Capio Legevisitten.

Samverkan är extra viktigt vid vårdövergångar och betydelsen av noggrann och adekvat rapportering är stor. Bristande information och stress är faktorer som ökar risken för vårdskada. En riskfaktor som lyfts upp bland hälso- och sjukvårdspersonalen på Solbacken är att det saknas en tydlig överenskommelse för läkarinsatser för korttids- och växelvårdspplatser. Detta försvårar samverkan och ökar risken för bland annat felaktig läkemedelshantering, vilket i sin tur kan leda till vårdskada.

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

Intern samverkan mellan professioner sker enligt lokala rutiner. Bland annat genom teammöten och avdelningsmöten. På dessa möten tas aktuella händelser och avvikelser upp, men man går även igenom olika typer av riskbedömningar som används i förebyggande syfte.

Biståndshandläggare följer upp status på vårdplaneringar eller andra uppföljningar och efterfrågar vid behov bedömningar och /eller utredningar från olika professioner.

Vid inflyttning eller inskrivning på korttids- eller växelvård finns särskilda rutiner och checklistor för varje profession för att förhindra att viktig information förbises.

Oral care är ansvariga för munhälsobedömningar och erbjuder boende på Solbacken en kostnadsfri munhälsobedömning per år. Förutom Oral care har flera boende kvar andra tandläkare och tandhygienister från exempelvis Flexident. Dessa kommer regelbundet och besöker boende för olika insatser/ åtgärder.

Medicinsk fotvård kan bokas för de som vill och har behov av detta. Remiss till fotsjukvård skrivs av läkare. Besök görs regelbundet av Fot- och hälsagruppen.

Remiss till logoped skrivs vid behov och logoped gör hembesök på Solbacken. Ett gott samarbete finns mellan ovanstående och sjuksköterskorna på enheten.

Solbackens medarbetare kan även konsultera dietist vid behov.

Gällande inkontinenshjälpmedel har vi kontakt med vår leverantör och har fått stöd och hjälp av deras produktspecialist.

Kontakter tas även med specialistmottagningar vid behov, som till exempel sårcentrum eller stomimottagningen.

## 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 granskas dokumentationen regelbundet enligt rutin, dvs. genom egenkontroll, kvalitetstillsyn och checklista för hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Loggkontroll ska utföras månadsvis, men missades under andra delen av 2022. Inga fel och brister upptäcktes under de granskningar som utfördes.

## 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 rapporteras avvikelser muntligt till legitimerad personal och akuta åtgärder sätts in direkt. Därefter skrivs avvikelse. Verksamhetschef tar alltid del av avvikelserna, men de följs oftast upp av legitimerad personal. Avvikelserna tas sedan upp på teammöte för att diskutera utifrån olika perspektiv och hitta möjliga orsaker och åtgärder. På kvalitetsrådet varje månad redovisas avvikelser samt synpunkter och klagomål och där diskuteras troliga bakomliggande orsaker till avvikelser på övergripande nivå. På APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras alltid vikten av att rapportera alla avvikelser och hur avvikelserna används i förbättringsarbetet.

## 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 genomförs en rad olika webb-utbildningar som är obligatoriska för samtliga medarbetare. För medarbetare som vill ha delegering krävs särskild utbildning och genomgång för just detta. Inom de olika ombudsområdena ges extra kompetensutbildning löpande vid behov och när tillfälle ges. Vid nyanställning av legitimerad personal är specialistutbildning meriterande och de som är anställda erbjuds utbildning under anställningen. Utifrån kompetensbehovet utbildas medarbetare inom särskilda områden. Solbacken har sjuksköterskebemanning på plats dygnet runt, vilket underlättar för patienter att kunna stanna kvar på boendet vid försämring och minskar inskrivningsbehov på sjukhus.



## 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 boenderåd. Boenderådet leds av verksamhetschef/ aktivitetsansvarig och rådet träffas minst två gånger per år. Närståenderåd har inte varit aktuellt, men intresse efterfrågas på närståendeträffar som sker 2 gånger per år.

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 erbjuds närstående att vara så delaktiga i verksamheten som de själva och den boende vill. I samband med inflyttning ber vi boende och närstående om en levnadsberättelse och efterfrågar hur ofta och vilken information de vill ta del av framledes. En gång per år erbjuds, efter samtycke, ett uppföljningsmöte där man går igenom den boendes hälsostatus och planer. Verksamhetschefen skickar ut månadsbrev till närstående som lämnat sin e-postadress. I brevet informerar verksamhetschefen bl.a. om pågående projekt och framtida aktiviteter. Detta sätts även upp på avdelningens anslagstavla. Synpunkter och klagomål kan lämnas direkt till medarbetare eller chef på plats, via telefon eller e-post. Det finns även en synpunktslåda i entrén där både boende och närstående kan lämna klagomål och synpunkter skriftligt.

## 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.

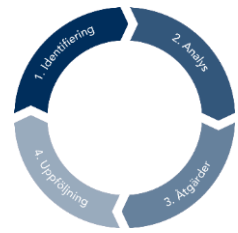
Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Egenkontroller utförs 2 gånger per år. På egenkontrollen under hösten uppmärksammades flera brister som resulterade i handlingsplaner som lagts in i förbättringsloggen. Bl.a. behöver nyckelhanteringen förtydligas och uppdateras. Under hösten 2022 utfördes även en större kvalitetstillsyn som resulterade i handlingsplaner inom flera olika områden.

En extern läkemedelsgranskning ska utföras årligen och utfördes under våren.

Handlingsplaner tas upp i den lokala ledningsgruppen och delar presenteras även på kvalitetsråd och APT.

Resultat från kvalitetsregister ska följas upp kontinuerligt för att kunna användas i det förebyggande arbetet. Under 2022 har detta endast gjorts i liten skala.



## 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.



Alla avvikelser ska rapporteras och hanteras skyndsamt. Utifrån allvarlighetsgrad utreds händelsen på olika nivåer och av olika personer.

En händelse gällande bristande läkemedelshantering utreddes av verksamheten, bedömdes som allvarlig och anmäldes till IVO. Händelsen och utredningen togs upp i arbetsgruppen flera gånger för att förhindra att samma sak skulle inträffa igen.

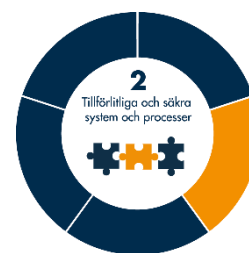
## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2022.

| Område                             | Mål 2022  | Resultat  | Analys av resultat  | Åtgärd & aktivitet 2022   | Uppföljning åtgärd & aktivitet   | Omfattning  | Källa   |
|------------------------------------|---|---|---|---|--|---|---------|
| Avvikelsehantering                 | Att alla avvikelser rapporteras                   | En stor andel avvikelser rapporterades  | Det finns många avvikelser som inte rapporteras, särskilt de som personal kan lösa direkt | Information om rapportering sskyldighet på APT, kvalitetsråd osv. Intro i Q-maxit för nya medarbetare | Viss ökning av rapporter efter informationstillfällen.   | All personal  | Q-maxit |
| Utredning av avvikelser/vårdskador | Snabb utredning och adekvata åtgärder/utredningar | Avvikelser har utretts i tid. Risk för vårdskada har utretts och skickats in till IVO för granskning. | Avvikelser hanteras skyndsamt och analyseras löpande på aggregerad nivå på olika möten.   | Snabba åtgärder och adekvata insatser.  | Påminnelser från VC vid fördröjning gav effekt.  | Alla vårdavvikelser. Utredning utförs av legitimerad personal och chefer. | Q-maxit |
| Journalgranskning                  | Journalgranskning 4 ggr/år                        | Journalgranskning utförd  | Vissa uppgifter saknas i journaler, flera nya ssk. Övana vid journalsystemet.             | Utbildning och extra tid i slutet på 2022 för att uppdatera journaler enligt checklista.              | Ssk känner sig säkrare och lär sig var och hur vissa insatser ska journalföras. Fortsatta insatser under 2023. | Legitimerad 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.



På Solbacken kontrolleras alla i det dagliga arbetet att man följer de basala hygienrutinerna samt klädreglerna. Egenkontroller med självskattning och observationer utförs regelbundet av olika personer som utbildats för att kunna observera andra. Läkemedelsgenomgångar genomförs på alla boende minst en gång per år och vid behov.

Vården i livets slut ska dokumenteras och registreras i Svenska palliativregistret. Det finns rutiner och checklistor för vård i livets slutskede, men arbetet behöver utvecklas och förbättringsområden kan tas fram utifrån den sammanställda rapporten i registret.

Riskbedömningar genomförs alltid vid inskrivning och minst var 6:e månad eller vid behov. Resultaten från riskbedömningarna utmynnar i individanpassade åtgärder.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Tabell 2. Beskriv kortfattat vilka vårdprocesser, rutiner och verktyg som används i verksamheten under år 2022 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

| Område                        | Mål 2022   | Resultat                                    | Analys av resultat   | Åtgärd & aktivitet 2022   | Uppföljning åtgärd & aktivitet  | Omfattning                         | Källa                      |
|-------------------------------|--|---|--|---|---|------------------------------------|----------------------------|
| Läkemedelsgenomgångar Medview | God överblick av insatta läkemedel, alla ska registreras       | Medview har introducerats på enheten        | Har införts, men svårt att se resultat än                                  | Medview presenterades för ssk-gruppen i november på planeringsdagen | Ökad förståelse   | Sjuksköterskor                     | Vardaga, Medview           |
| Svenska palliativregistret    | Alla dödsfall registreras i palliativa registret               | Endast 6 dödsfall registrerades 2023        | Överensstämmer ej med antal dödsfall på enheten, för få                    | Oklart vilka aktiviteter som genomförts                             | Ssk fått kännedom om, och inloggning till registret   | Registrering ska ske av ssk        | Svenska palliativregistret |
| Senior alert                  | Att riskbedömningar utförs och följs upp i Senior alert        | 61 personer har registrerats i Senior alert | Registrering har utföljts trots stor omsättning på ssk                     | Oklart vilka aktiviteter som genomförts                             | Nya ssk har börjat registrera.  | All HSL-personal                   | Senior alert               |
| PPM Basala hygienrutiner      | Utföra PPM-mätning och nå mål på Andel korrekt i 8 steg på 75% | v. 40-41 43,2%                              | Observatörer helt nya, var väldigt kritiska i sin bedömning                | Utbildning av nya observatörer inför observationerna.               | Utbildning gav effekt och de har vågat svara ärligt, vilket var positivt. Även rapporterat brist vid överdriven handskanvändning. | PPM- utfördes på alla avdelningar. | Egenkontroll/observationer |
| Trycksår                      | Minimera andel trycksår på enheten                             | 10 rapporterade trycksår.                   | 9 uppkomna på enheten. Otydlig ansvarsfördelning av förebyggande åtgärder. | Insatta åtgärder vid uppmärksammade sår.                            | Diskussioner på teammöten och avdelningsmöten samt kvalitetsråd.  | Gäller alla avdelningar            | Q-maxit                    |

## 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 2022 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

| Område  | Mål 2022  | Resultat  | Analys av resultat                             | Åtgärd och aktivitet 2022  | Uppföljning åtgärd och aktivitet   | Omfattning              | Källa                                   |
|---|---|---|--|--|--|-------------------------|---|
| Dokumentation och informationsöverföring mellan HSL och SoL | Att all personal har tillgång till aktuell information inom boendebesök | Synpunkter och avvikelser visar det finns brister i informationsöverföringen internt. | Otydligt var informationsöverföringen ska ske. | Oklara åtgärder. I slutet på året har arbete påbörjats för att hitta nya arbetssätt. | För tidigt, åtgärder följs upp 2023  | All personal            | Parasol och boendebesöksrapportering    |
| Läkemedels hantering  | God ordning i läkemedelsrum   | Stor förbättring  | Ssk har rensat ut och uppdaterat rutiner       | Ändrat från 2 till 1 läkemedelsrum. Köpt in förvaringslådor och ny kyl.              | Stor förbättring, bättre översikt.   | Ssk                     | Granskningsprotokollet och styrdokument |
| Riskbedömning i arbetet med kund                            | 100% utförd riskbedömningar   | 100% hade aktuell riskbedömning vid årsskiftet.                                       | Stort omtag ledde till förbättring             | Uppdatering av samtliga boendepärmar under hösten.                                   | God effekt. Nästa steg blir att dokumentera resultat av riskbedömning i journalen. | Alla avdelningar/boende | Boendepärmar/dokument                   |

### 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 vården 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.

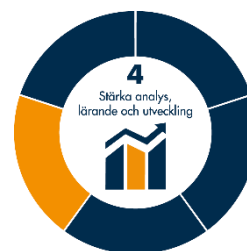
Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs 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 kvaliteten och patientsäkerheten i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Varje månad sammanställs enhetens avvikelser och analyseras av verksamhetschef och på kvalitetsråd med representanter från varje profession. På teammöte som sker varje vecka hanteras händelser och skrivna avvikelser. Riskbedömningar uppdateras och analyseras för att kunna sätta in lämpliga åtgärder.

## Stärka analys, lärande och utveckling

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



Under 2022 har verksamheten utfört riskbedömningar på individnivå och satt in åtgärder utifrån detta. Kvalitetsregister har fyllts i, men resultaten har inte använts i analys eller för att upprätta handlingsplaner.

Resultaten från journalgranskningen har använts för att förbättra vissa områden inom dokumentationen och avvikelsestatistik har till viss del använts för att belysa förbättringsområden.

## Avvikelse

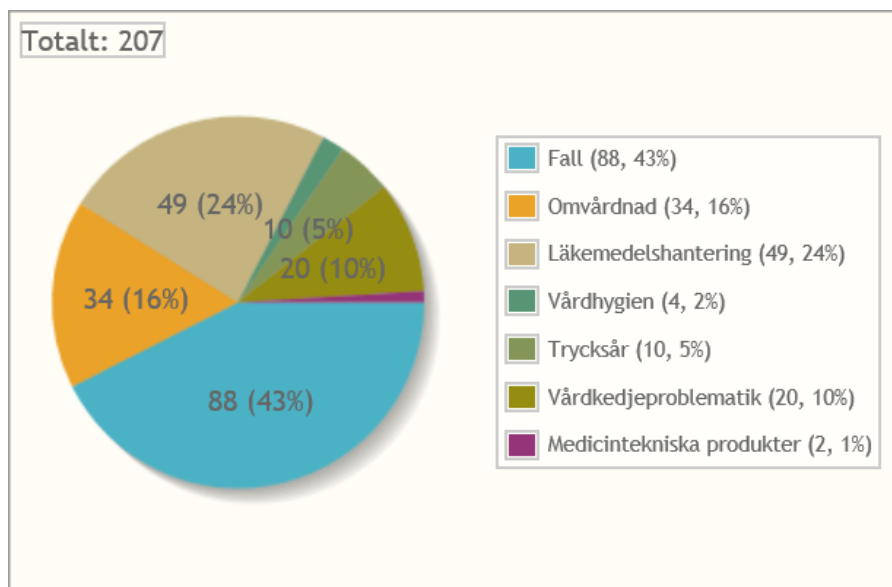
*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Avvikelse rapportering är ett viktigt område för att kunna hitta olika förbättringsområden. Vikten av att rapportera tas upp på flera olika möten i verksamheten. Sedan september har detta lyfts kontinuerligt. Antal avvikelser har minskat något sedan föregående år. Antal avvikelser som rapporteras har också varierat under året. Flest avvikelser som rapporteras är fall. Solbacken är ett demensboende och det är svårt att helt förhindra att fall inträffar. Vid de flesta fallen har adekvata åtgärder redan satts in efter riskbedömning. Något som förvånar är dock att det inte rapporteras in fler läkemedelsavvikelse (varje dag lämnas det uppskattningsvis ut ca 200 läkemedelsdoser till boende på Solbacken). En möjlig orsak till detta enligt representanter på kvalitetsrådet är att det är tidskrävande att logga in och skriva avvikelser. Istället för att göra detta korrigeras misstaget i efterhand (exempelvis när det gäller att de glömt signera). Tio stycken trycksår har rapporterats, varav nio uppkommit på enheten. Detta är något som tagits upp tillsammans med all personal och verkligen behöver förbättras. Insatser som tryckavlastande dynor och madrasser, lägesändringar och kosttillskott är vanligt, men följsamheten att utföra ordinationer har varit låg. Tydlig information till personal och enkel uppföljning med hjälp av signeringslistor och teammöten har varit åtgärder på övergripande nivå.

En del av de rapporterade avvikelserna är även felrapporterade, som till exempel *vårdkedjeproblematik*. Under denna kategori finns ett stort antal felbeställningar av mat som rapporterats under fel kategori.

## 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.

Synpunkter och klagomål som inkommer ska registreras i Q-maxit. Verksamheten kan ta emot synpunkter och klagomål muntligt på plats, via telefon, e-post eller skriftligt på blanketter som finns i entrén. Om boende eller närstående hellre önskar kan de också lämna sina synpunkter och/ eller klagomål till Patientnämnden. Informationsmaterial finns tillgängligt i verksamheten. Synpunkter har inte inkommit skriftligt på blankett eller via patientnämnden under 2022. Övriga synpunkter och klagomål finns samlade i Q-maxit. Alla synpunkter och klagomål utreds och besvaras utifrån vad det gäller. Några av de ärenden som inkommit under 2022 har rört hälso- och sjukvården. De allra flesta har handlat om bristande information till närstående, vilket har kunnat härledas till minskad kontinuitet i sjuksköterskegruppen.

## 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.

På Solbacken finns sjuksköterskor på plats dygnet runt, vilket är positivt utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. En av utmaningarna under året har varit att rekrytera nya sjuksköterskor då flera valde att samtidigt avsluta sina tjänster. För att stärka upp under rekryteringsperioden har bemanningssjuksköterskor tagits in under längre perioder.

Alla medarbetare har under pandemin fått lära sig hur de ska agera vid utbrott av smitta med både utbildningar och informationsmaterial. Tillgång till skyddsutrustning har funnits och man har snabbt kunnat sätta in åtgärder.



### Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 5. Beskriv kortfattat hur hälso- och sjukvården i er verksamhet under år 2022 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan..

| Område                | Mål 2022  | Resultat  | Analys av resultat  | Åtgärd och aktivitet 2022  | Uppföljning åtgärd och aktivitet   | Omfattning             | Källa             |
|-----------------------|---|---|---|--|--|------------------------|-------------------|
| Säkerställd bemanning | OAS ssk på alla avdelningar för att skapa kontinuitet | Flera ssk slutade under året, det saknas ssk  | Flera risker, avvikelser och klagomål kan härledas till bristande kontinuitet. Mkt svårt att rekrytera ssk.   | Rekrytering. Bemanningsssk har tagits in under långa perioder för att skapa arbetsro och kontinuitet för boende och närstående | Flera sjukskrivningar och avhopp från bemanning har gjort att det varit en ökad belastning på de ssk som varit i tjänst. | Ssk/ hela verksamheten | Medvind/bemanning |
| Utbrott av smitta     | Snabb och säker hantering vid utbrott                 | Oklar hantering i början på året, vid utbrott av covid-19 på hösten sattes åtgärder in snabbt och spridning kunde undvikas. | På någon avdelning blev många smittade snabbt och det var svårt att hålla boende isolerade på sina rum. Spridning mellan avdelningar kunde dock undvikas. | Följde Ambeas och Smittskydd Stockholms riktlinjer.  | God effekt.  | Hela verksamheten      |                   |



# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2023

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter och där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dessa. Vardagas verksamheter ska under år 2023 aktivt arbeta med patientsäkerhet med utgångspunkt i följande områden:

| Vårdgivarens område för ökad patientsäkerhet  | Verksamhetens mål, strategier och planerade åtgärder för år 2023   |
|---|--|
| Risk- och preventionsbedömningar. Alla patienter ska ha en risk- och preventionsbedömning gjord i samband med inflyttning och över tid (minst var 6:e månad). | Mål: Alla boende har en aktuell riskbedömning som dokumenteras i Vodok och Senior alert. Solbacken ska fortsätta att följa de rutiner som finns för riskbedömningar. En extra satsning kommer göras under året för att uppmärksamma och jobba vidare med risk för blåsdysfunktion. Gruppchefer och enhetschef ansvarar för att riskbedömningar utförs och kommer följas upp av verksamhetschef på ledningsgrupp månadsvis. Resultatet från Senior alert ska följas upp på HSL-möte och tas med till kvalitetsrådet 3 ggr/år. |
| Systematiskt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient.   | Mål: Att alla boende har åtgärder kopplat till eventuella risker och att de följs upp regelbundet. Risker för enskild patient framkommer vid riskbedömning, avvikelsehantering och både bakomliggande orsaker och åtgärder hanteras vid teammöten.   |
| Fallförebyggande arbete.  | Mål: Förflyttningsstatus utförs vid ankomst och riskbedömning utförs inom 3 dygn. All personal känner till de styrdokument och rutiner som finns och rapporterar risker eller inträffade fall till rehab som följer upp.   |
| Basala hygienrutiner. Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg. Följa eventuella extra förhållningsrestriktioner utifrån pågående pandemi.   | Mål: Att öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Följs upp via observationer i det dagliga arbetet samt PPM (mål 75%) All personal ska vid introduktion samt årligen utföra webb-utbildning gällande basala hygienrutiner. Nya observatörer utbildas vid varje observationstillfälle. Hygienombud och hygienansvarig sjuksköterska utses och ska presentera resultat på APT.  |
| Dokumentation. Alla patienter ska ha en korrekt hälso- och sjukvårdsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet).                                     | Mål: Tydlig dokumentation i Vodok enligt ICF. Dokumentationshandledare deltar på utbildningar och träffar för att lärs sig mer om hur dokumentationen i Vodok fungerar. Checklistor används för att säkerställa att alla områden registreras. Dokumentationen är en fast punkt på HSL-möten.   |
| Säker läkemedelsprocess.  | Mål: En säker läkemedelshantering, från ordination till administrering. För att underlätta hanteringen ses läkemedelsrum och förvaring över.   |
| Minska läkemedelsavvikelser.  | Mål: Att minska <i>faktiska</i> avvikelser. Under 2023 fortsätter vi arbeta för att alla läkemedelsavvikelser rapporteras, så vi kan analysera var och varför brister förekommer.  |

|   |   |
|---|---|
| <p>Säker delegeringsprocess.</p>  | <p>Mål: Att alla som har en delegering har den kompetens som erfordras. Alla medarbetare ska göra webb-utbildningen ”Jobba säkert med läkemedel” under 2023. Och inför förnyelse av delegering ska alltid kunskapstest utföras. Sjuksköterskan ska alltid gå igenom läkemedelshantering praktiskt och inte delegera osäkra medarbetare. Om det framkommer att en medarbetare inte arbetar säkert kring läkemedel ska delegeringen dras tillbaka med omedelbar verkan.</p> |
| <p>Rapportering av händelser och vårdskada eller risk för vårdskada.</p>  | <p>Mål: Att alla rapporterar händelser i Q-maxit. Ett utvecklingsområde är att all personal får bättre kunskap kring de olika avvikelsetyperna och allvarlighetsgraderna så att statistiken stämmer bättre. Åtgärder för detta ska tas upp på kvalitetsråd.</p>   |
| <p>Vård i livets slut.<br/>Brukare/patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.</p> | <p>Mål: Att starta upp palliativa rådet som ska jobba med utvecklingsområden utifrån Svenska palliativregistret. Palliativt råd ska hållas 2 gånger per år. Palliativa ombud ska utbildas och finnas på alla avdelningar. En sjuksköterska har fått ansvarsområde <i>Palliativ vård</i> och ska sammankalla de palliativa ombuden.</p>  |