

Patientsäkerhetsberättelse

för Fridhemmet Servicehus

År 2022



Datum 2023-01-16

Ansvarig för innehållet Maria Fransson, biträdande enhetschef HSL, Camilla Carlesson, enhetschef
Diarienummer

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur Fridhemmet Servicehus arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetsberättelsen redogör för strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller också en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, och även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	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	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Läkemedelshantering	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu	14
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelsehantering	15
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

SAMMANFATTNING

Året har fortsatt att präglats av covid-19 och verksamheten har periodvis fortsatt arbete med kohortvård, sjuksköterskorna har fått prioriterat om och vidtagit snabba åtgärder vid misstanke av smitta. Det har varit ett omfattande arbete med att vaccinera mot Covid-19, vilket har fått prioriterats. Riskanalys har genomförts för att förebygga smitta och nya rutiner har tagits fram och vid behov också rekvirerats.

Vid den årliga uppföljningen av hälso- och sjukvården används verktyget QUSTA (Quality, uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Verktyget bygger på olika frågeområden där legitimerad personal ska ha kunskap om riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården samt vård och behandling. Fridhemmet har även i år ett bra resultat på 94%. Förbättringsområden är utveckling av arbetet med inkontinens, vård i livets slutskede samt psykisk hälsa.

Verksamheten arbetar med fallprevention är väl implementerat och sker systematiskt. Avvikelsehanteringen har utvecklats genom att bättre följa upp de åtgärder som utförts. Genomgång av rutinen för fall genomförs kontinuerligt med personalen vid arbetsplatsträffar, teammöten och vid introduktionen. Rutin för teamarbete finns och det pågår en implementering och utvecklingsarbete.

Verksamheten har arbetat strukturerat med att implementera verksamhetens lokala rutiner hos personalen samt gällande regler och riktlinjer som tagits fram av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

För att säkerställa läkemedelshanteringen använder verksamheten ett digitalt verktyg för att signera läkemedel. Resultat visar på att 91% av givna läkemedel är signerade vilket är ett bra resultat.

Två gånger om året genomförs egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen och utifrån resultat sätts åtgärder in för att säkerställa, förbättra och utveckla dokumentationen.

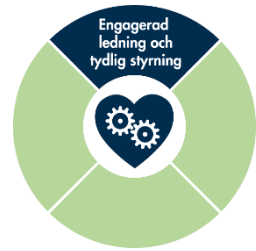
Under året har verksamheten genomfört observationen och självskattning av följsamhet till basal hygien och klädregler. Resultat har varit mycket bra, vilket visar på att vi har väl fungerade arbetssätt och fungerade rutiner. Verksamheten arbetar för ett öppet klimat där medarbetare själva vågar kommentera om en kollega brister vilket främjar patientssäkerhetskulturen.

Verksamheten arbetar aktivt vidare med att utveckla en attraktivare arbetsplats för akademi och lärande. Under året har verksamheten tagit emot studenter i form av sjuksköterskor. Verksamheten ingår i en akademisk nod vilket innebär att vi arbetar systematiskt, är i ständig utveckling och arbetar evidensbaserat.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet. Följande mål och strategier togs fram för 2022.

Följa upp samtliga riskbedömningar och vidareutveckla vårdprocessen, hälsoplan ska finnas kopplad om risk finns.

- Uppdatera den palliativa vården efter nationell vårdplan och implementera nya rutiner i arbetsgruppen via kompetensutveckling.
- Säkerställa att digital läkemedelssigenering i APPVA utvecklas och förbättras.
- Säkerställa att alla patienter har rätt inkontinenshjälpmedel via levande dokumentation och uppföljningar.
- Arbeta med att synliggöra den röda tråden i hälso- och sjukvårdsjournalen samt i den sociala journalen genom utökat teamarbete vid uppkomst av risker för den äldre.
- Webbutbildning inför delegeringar och kunskapstest via Apoteket kommer att införas.

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt årsplan för egenkontroll.
- Fortsätta arbetet med kvalitetsregister Senior Alert och Palliativa registret.
- Kvalitetsgranskning av dokumentation två gånger per år av dokumentationsansvariga.
- Egenkontroller och återkoppling till medarbetare på statistik från APPVA.
- Fortsatt avstämningar med Alströmerhemmet gällande sjuksköterskejour kvällar och helger.

Kompetensutveckling:

- Hälso- och sjukvårdspersonalen får möjlighet att på APT utbilda medarbetarna utifrån sina ansvarsområden i syfte att kompetens höja.
- Säkerställa att all personal gör webbutbildningar i basala hygienrutiner, smärta vid palliativ vård och webbutbildning inför delegering.
- Delta aktivt i hälso- och sjukvårds processteam för en stärkt patientsäkerhet på Kungsholmen

Organisation och ansvar

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

Enhetschefen ansvarar för att verksamheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård av hög kvalitet upprätthålls och att patientens behov av trygghet och behandling tillgodoses. Enhetschef har givit i uppdrag till biträdande enhetschef att ansvara för ledning av hälso- och sjukvårdsuppgifter där ansvar för legitimerad personals kompetens ingår.

MAS och MAR har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt Hälso-sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6 §. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och en god hygienisk standard upprätthålls och att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Legitimerad personal ansvarar för att i sitt yrkesutövande följa lagar, regler och rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ansvarar för att insatser inom hälso- och sjukvård utförs och följs upp enligt uppsatta mål. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk och preventionsbedömningar för respektive patient. Biträdande enhetschef ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller har kunnat medföra en vårdskada.

Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Hälso- och sjukvårdsinsatser och omvårdnadsinsatser erbjuds enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Stockholm stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och regionen. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet.

Extern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Apoteket AB som genomför kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen en gång om året tillsammans med sjuksköterska, MAS och bitr. enhetschef.
- Vårdhygien finns tillgängliga för råd och stöd samt anordnar vid behov utbildningar inom hygienområdet för personal. Hygienrond kan vid behov planeras in tillsammans med MAS.
- Legevisitten utför läkarinsatser på uppdrag av Region Stockholm. Läkaren finns tillgänglig för planerad rond 2 gånger i veckan. Samverkansmöte sker regelbundet.
- Oral Care som utför munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt utbildar i munhälsa vid behov.
- Alströmerhemmet vård- och omsorgsboende som ansvarat för sjuksköterskeinsatser under kvällar och nätter. Samverkansmöten sker regelbundet mellan ansvariga chefer.
- LT Fot & hälsa-gruppen ansvarar för medicinsk fotvård för de patienter som har remiss för fothälsövård.

Intern samverkan som bidrar till att säkra vården och patientsäkerhet sker med:

- Dietist som utbildar och ger stöd i nutritionsfrågor.
- Dokumentationssamordnare för hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- MAS och MAR

Interna och externa möten

Teammöten sker två gånger per vecka. Kvalitetsforum sker en gång per månad. Läkarronder sker två gånger per vecka. Hälso- och sjukvårdsmöten sker ca fyra gånger per år tillsammans med bitr. enhetschef och utöver det har verksamheten fysioterapeut- och arbetsterapeut möte och sjuksköterskemöten månatligen. En gång i veckan träffas legitimerad personal tillsammans med dietist för att stämma av aktuella ärenden på huset. Samverkansmöten sker med ansvarig läkarorganisation två gånger under året och med Alströmerhemmets sjuksköterskejour sker minst två gånger per år och vid behov. Bitr. enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar deltar vid hälso- och sjukvårdens processteam som MAS och MAR håller i.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Verksamheten utförd månatligen loggkontroller i hälso- och sjukvårdsjournalen där kontroll av användare sker. Inget avvikande har påträffats under året.

MAS utförd loggkontroll i NPÖ löpande och återkopplar till verksamheten om samtycke behöver förnyas eller om något avvikande påträffas.

Behörighetskontroller i digital läkemedelshantering APPVA sker löpande av bitr. enhetschef där medarbetare som avslutat sin tjänst i verksamheten tas bort. När en medarbetare slutar avslutas även behörigheten i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Vid inflyttning tillfrågas patienten om samtycke till att uppgifter hämtas i Nationell patientöversikt, NPÖ. Information om samtycke ges både skriftligt och muntligt.

En god säkerhetskultur

Verksamheten arbetar med att kommunicera ut om risker finns och analyserar dessa tillsammans med medarbetarna på Kvalitetsforum och Arbetsplatsträffar. Vi tar tillsammans fram nya rutiner och arbetssätt.

Verksamheten arbetar med reflektionsträffar utifrån värdegrunden, vård i livets slut samt psykisk hälsa. Vid reflektionsträffarna deltar representanter, om möjligt, från alla yrkeskategorier.

Vid avvikelser som är av mer allvarlig grad förs dialog med MAS om utredning och eventuell anmälan till IVO.



Adekvat kunskap och kompetens

För att säkra delegeringsprocessen vid läkemedelshantering har det införts digitala kunskapstester och webbutbildningar inför ny delegering och förnyad delegering genom Apoteket AB.



Medarbetare har deltagit på två utbildningstillfällen i basal hygien som genomfördes för personal som har uppdraget att genomföra observationer, för att öka kunskapen inför mätningen av punktprevalensmätning (PPM) basalhygien och klädregler vecka 11-12. Utbildningarna hölls av hygiensjuksköterska från Vårdhygien tillsammans med MAS. Medarbetarna har deltagit på ett uppföljande möte som genomfördes i syfte att följa upp resultatet med observatörerna.

För att få en ökad kunskap om dokumentation och den röda tråden mellan hälso- och sjukvårdsjournalen och genomförandeplanen har utbildningstillfällen genomförts i verksamheten av enhetschef och processhandledare. Planeringsdagar hölls vid tre tillfällen där samtliga patienters risker uppmärksammades och genomförandeplaner uppdaterades. Egenkontroller utfördes av bitr. enhetschef vid två tillfällen under året.

Utbildning av sex medarbetare till palliativa ombud har skett under hösten där sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast deltagit.

Utbildning av 10 medarbetare till Första hjälpare inom psykisk hälsa har skett under året där sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast deltagit.

Patienten som medskapare

I samband med inflyttning så informeras närstående att det är möjligt att vara delaktiga i patientens vård efter samtycke från patienten. Med patientens medgivande återkopplar vi händelser och åtgärder löpande. Beslut tas i teamet hur, när och vem som informerar och involverar den närstående. Närstående kontakta vid förändrat/akut hälsotillstånd efter samtycke. Närstående deltar i vårdplaneringar efter behov.



För att säkerställa att patientens behov tillgodoses, arbetar enheten i team och identifierar problem tillsammans i grupp och enskilt. Beslut som fattas under teammöten återkopplas till patienten och vid behov även till närstående.

Vi arbetar med boenderåd med syfte att informera patienter om nyheter och vad som händer på verksamheten. Boenderådet är även ett forum för att fånga upp och föra fram allmänna synpunkter. Boenderådet leds av Enhetschef och boenderådet träffas i regel 4-6 gånger per år.

Nyhetsbrev skickas månatligen ut av enhetschef till patienterna och närstående där information kring aktuella händelser som planeras i verksamheten förmedlas ut.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Läkemedelshantering

Mål: Läkemedelshantering sker digitalt i APPVA.

Resultat: Verksamheten har ett resultat gällande antal signerade insatser på 91% och signeringar i tid på 72% i APPVA.

2022	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Andel sign. insatser i %	90%	91%	91%	90%	89%	89%	91%	92%	93%	89%	89%	92%
Andel sign. insatser i tid i %	69%	72%	70%	71%	71%	72%	73%	74%	75%	69%	71%	76%

Analys av resultat: Vi ser under året en variation gällande andel signeringar och signeringar i tid på respektive månad.

Åtgärd: Egenkontroller utförs månatligen och resultatet förmedlas till medarbetarna på Arbetsplatsträff och Kvalitetsforum. Samtal förs med de medarbetare som har en låg andel signerade insatser i tid. Enheten arbetar för att medarbetarna återkopplar till sjuksköterskorna gällande läkemedelstider i APPVA utifrån den faktiska tiden på dygnet som patienten har sina beviljade insatser. I den mån det går utifrån läkemedlen kan tiden korrigeras.

Uppföljning av åtgärd: Sker i dialog med medarbetarna och månatlig egenkontroll.

Blåsdysfunktion

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

Resultat: Resultatet visar att 95 % av patienterna har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna vilket är en förbättring sedan föregående år. Vi ser kvarstående ett behov av att alla patienterna har individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel dokumenterat i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Analys av resultat: Flera av våra nyinflyttade patienter har sedan tidigare förskrivna inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskor behöver öka sin kompetens inom området.

Åtgärd: Öka kompetensen hos sjuksköterskor genom utbildning och föreläsningar inom området.

Uppföljning av åtgärd: Genom PPM 2 gånger per år.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder ska förekomma i låg utsträckning

Resultat: Inga patienter på Fridhemmet Servicehus har haft ordinerade skyddsåtgärder under året.

Analys av resultat: Då inga skyddsåtgärder förekommit under året har verksamheten uppnått målet.

Åtgärd: Verksamheten fortsätter att arbeta med att skyddsåtgärder enbart ska ordineras i de fall inga andra lösningar går att sätta in. Årlig genomgång med medarbetare vad en skyddsåtgärd är och när/hur detta ska ordineras.

Uppföljning av åtgärd: Genom PPM-mätning två gånger per år.

Senior alert

Mål: Att registrering i senior alert genomförs i teamet

Resultat: Verksamheten har inte nått upp till målet kring registrering i senior alert.

Analys av resultat: Verksamheten har haft en omsättning av sjuksköterskor och patienternas vårdtyngd har ökat under året vilket har gjort att vi inte har prioriterat registreringen. Riskbedömningar är utförda i Vodok och genomgång av alla patientens risker har förmedlats i teamet under planeringsdagar. Vi har sett att detta givit teamet en ökad kunskap kring patienternas risker och hur vi ska arbeta för att förbättra och förhindra dessa.

Åtgärd: Verksamheten kommer under året att utöka sjuksköterskebemanningen med ytterligare en sjuksköterska vilket möjliggör att vi kan återuppta registreringen i senior alert.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning månatligen via egenkontroller.

Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler

Mål: 75% av personalen ska följa samtliga åtta steg i basalhygien och klädregler

Resultat: Fridhemmet Servicehus har nått upp till uppsatt mål gällande följsamhet till basal hygien och klädregler vid mätningar som skett under året. Resultat på 84,5%.

Vecka 11-12 2022	Vecka 40-41 2022	Total
88%	81%	84,5%

Analys av resultat: Vi ser en mycket god följsamhet till basal hygien och klädregler i verksamheten. Vi arbetar aktivt med att ha ett öppet klimat där alla medarbetare vågar säga till en kollega om en brist föreligger. Vi har under året möjliggjort för en god handhygien på väningsplanen där hållare för handdesinfektion monterats på väggarna.

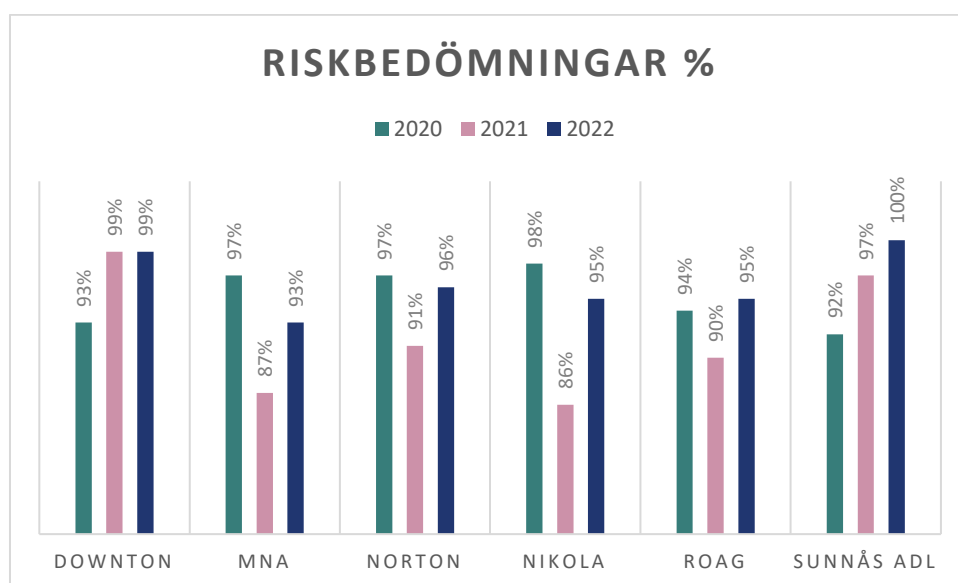
Åtgärd: Observationer har skett två gånger under året av medarbetare med utökad kunskap gällande basal hygien. Självskattningar och observationer har skett vid sju tillfällen under året på avsatta tider.

Uppföljning av åtgärd: Analys av självskattning och observationer har utförts av resultatet och återkopplats till personal.

Riskbedömningar (statistik från Vodok)

Mål: Att riskbedömningar utförs rutinmässigt så att patienten med risk upptäcks i tid och får nödvändiga insatser.

Resultat: Verksamheten når upp till utsatt mål om minst 90% av patienterna har en aktuell riskbedömning inom områdena fallrisk, nutrition, trycksår, munstatus och ADL-bedömning. Vi ser ett förbättrat resultat på samtliga riskbedömningar, undantag fallrisk som ligger kvar på samma procent som föregående år.



Analys av resultat: Vi har ett positivt resultat som visar på att legitimerad personal arbetar aktivt med riskbedömningarna under året och har god kännedom om det årsmål som är uppsatt i verksamheten.

Åtgärd: Verksamheten fortsätter att arbeta utifrån befintliga rutiner gällande riskbedömningar.

Uppföljning av åtgärd: Egenkontroller utförs månatligen gällande riskbedömningar och återkopplas direkt till legitimerad personal.

Palliativa registret- Vård i livets slutskede

Mål: Alla patienter boende som avlider på Fridhemmet Servicehus ska registreras i palliativa registret.

Resultat: Verksamheten har fyllt i kvalitetsregistret i 2 av 8 fall under året för patienter som avlidit på servicehuset.

Analys av resultat: Vi kan se en brist i att alla avlidna inte registrerats i palliativa registret. Vi ser att det missats under sommaren och semestertider då ansvarig sjuksköterska inte varit i tjänst.

Åtgärd: Verksamheten arbetar aktivt med palliativa ombud som tar fram rutiner och arbetsmaterial för vård i livet slut. I detta arbete ingår rutinen för registrering i palliativa registret som ska utföras i teamet efter att en patient avlidit. Vi ser att implementeringen av registrering i team kommer att påverka vårt resultat positivt.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av registrering i palliativa registret sker månatligen och återkopplas till ansvarig sjuksköterska som registreringen inte är utförd.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Avvikelsehantering är en del av verksamhetens strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. Vi ser en utmaning i att säkerställa att alla medarbetare har en förståelse för vad en avvikelse är och när/hur man ska dokumentera avvikelser. En avvikelse ska skrivas när en händelse som avviker från det normala sker.



Registrerade avvikelser gällande fall

Mål: Alla fall ska dokumenteras i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Resultat: 150 avvikelser gällande fall har registrerats i avvikelsemodulen under året.

Analys av resultat: Verksamheten har en väl fungerande dokumentation gällande fallavvikelser. Statistik tas månatligen fram kring hur många avvikelser som är dokumenterade i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen och i den sociala journalen. Statistiken redovisas på kvalitetsforum som hålls månatligen. Åtgärder och orsaker tas upp på kvalitetsforum.

Åtgärd: Verksamheten arbetar aktivt med information att alla fall ska dokumenteras för att arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut ska ha kännedom om fallet och direkt ombesörja eventuella åtgärder.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av fall sker månatligen via egenkontroller och samtal på kvalitetsforum.

Registrerade avvikelser gällande läkemedel

Mål: Alla avvikelser gällande brister i hantering av läkemedel ska dokumenteras i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Resultat: 99 avvikelser gällande läkemedel har registrerats i hälso- och sjukvårdsjournalen under året.

Analys av resultat: Verksamheten ser en positiv utveckling gällande dokumentation av läkemedelsavvikelser jämfört med föregående år. De flesta avvikelserna gäller läkemedel som blivit givna men ej signerade.

Åtgärd: Verksamheten har ständig återkoppling till medarbetare med delegering kring vikten av signering av läkemedel samt signering av läkemedlen i tid i APPVA.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning månatligen på Kvalitetsforum och Arbetsplatsträffar.

Registrerade avvikelser gällande brister i vårdkedjan

Mål: Alla avvikelser gällande brister i vårdkedjan ska dokumenteras i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Resultat: 18 avvikelser gällande brister i vårdkedjan har registrerats i hälso- och sjukvårdsjournalen under året.

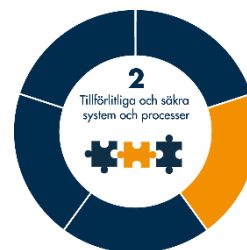
Analys av resultat: Verksamheten har under året dokumenterat fler avvikelser gällande brister i vårdkedjan än föregående år. Vi ser att legitimerad personal prioriterar att dokumentera dessa avvikelser för att få en förbättrad samverkan med regionen gällande inflyttningar och patienter som skrivs ut efter sjukhusvistelse.

Åtgärd: Verksamheten är i ständigt dialog gällande när avvikelser på vårdkedjan ska dokumenteras.

Uppföljning av åtgärd: Månatligen på Kvalitetsforum.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet , QUSTA

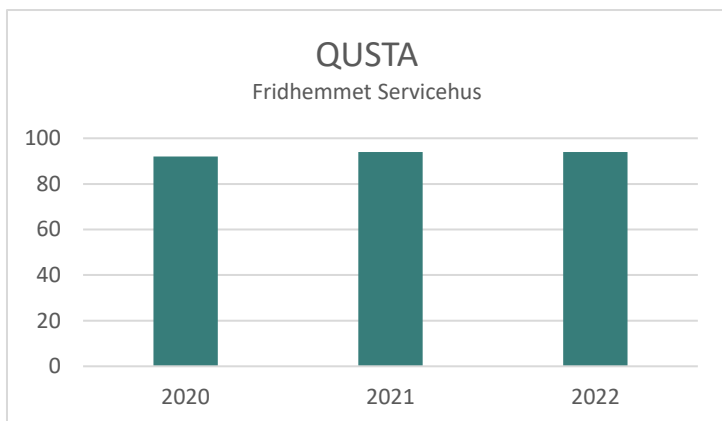
Verksamheten har ett väl fungerande arbete gällande följsamhet till rutiner och strukturerade arbetsätt. Underlag inför QUSTA tas fram tillsammans med representanter för legitimerad personal och verksamheten analyserar själv sina styrkor och utvecklingsområden. Verksamheten ser att framtagandet av underlaget gynnar förståelsen för verksamhetens arbete gällande patientsäkerheten.

MAS samlade bedömning av genomförd egenkontroll av hälso- och sjukvården vid Fridhemmets servicehus.

”Vår bedömning är att verksamheten har ett strukturerat arbetsätt som ger förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård.

Verksamheten har i sin analys av egenkontrollen konstaterat att de under året inte haft förutsättningar att arbeta med utveckling som planerat då återhämtning från pandemin fortfarande påverkar verksamheten och det har saknats kontinuiteten bland legitimerad personal. Trots detta har verksamheten arbetat systematiskt med patientsäkerhet, det visas ibland annat resultatet av följsamhet till basal hygien och klädregler. Områden som behöver prioriteras är psykisk hälsa och kontinens”.

Enheten ligger på samma resultat som föregående år. Enheten har följande områden att fokusera på under kommande år, psykisk hälsa, kontinens och vård i livets slut.



Vård i livets slut

Verksamhetens arbete med palliativa ombud har under året fått en nystart med nya ombud och möjlighet för gruppen att ta fram nya rutiner och arbetssätt gällande vård i livets slut. Externa utbildningar via Palliativt kunskapscentrum (PKC) har genomförts. Månatliga möten sker i verksamheten där bitr. enhetschef deltar.

Psykisk hälsa

Verksamheten har under året utbildat 10 medarbetare till Första hjälpare i psykisk hälsa. En medarbetare i verksamheten är utbildare och sammankallande till möten gällande psykisk hälsa. Första hjälparna ska finnas som ett stöd till övriga medarbetare och delta i framtagande av rutiner och arbetssätt.

Säker vård här och nu

Vi ser en svårighet i att bemanna men också att behålla sjuksköterskor. Det har inneburit att sjuksköterskor från bemanningsföretag har behövts anlitas oftare vid sjukdom eller semester. Det medför en sämre kontinuitet och då sjuksköterskan inte har full kännedom om patienterna och verksamhetens rutiner kan det i sin tur leda till brister i patientsäkerheten. Verksamheten kommer under kommande år att utöka antalet sjuksköterskor i verksamheten.



För arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut ser vi en ökad arbetsbelastning då vårdtyngden ökat. För att arbeta förebyggande behöver samverkan kring funktionsförmåga och aktivitetsförmåga vid inflyttning samt utskrivning från sjukhus öka. Allt fler patienter har ett tidigt behov av vårdsäng och andra medicintekniska produkter vilket ställer krav på en god planering. Verksamheten har inte alla produkter i lager utan beställs individuellt utifrån behov och anpassning.

Då utskrivningar från slutenvården ofta sker snabbt och patienterna som skrivs ut är svårt sjuka med flera olika diagnoser där hälso- och sjukvårdsinsatserna är omfattande. För att säkra vårdövergången behöver samverkan utvecklas mellan verksamheten, beställarenheten och regionen.

Riskhantering

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

Riskanalys för bemanning av legitimerad personal under sommaren och jul- och nyårshelgen utförs och analyseras. Vi kan se att en grundbemanning av sjuksköterskor krävs även under sommaren.

Riskanalyser kring covid-19 har upprättats och revideras vid behov. Verksamheten har en god kännedom om rutiner och arbetssätt som krävs om covid -19 smitta finns i verksamheten.

Egenkontroll och riskanalys gällande vårdhygien har utförts under året samt följt upp. Verksamheten har satt upp behållare för handdesinfektion på våningsplanen och arbetar strukturerat med självskattning och observationer av utsedda medarbetare.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram i en arbetsgrupp där ledning och medarbetare tillsammans haft avsatt tid för arbetet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelsehantering

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra vårdskada skrivs en avvikelse. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen där MAS/MAR och närmaste chef kan ta del av den. Vid misstanke om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas chef, MAS/MAR omedelbart. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp enskilt eller med berörda parter efter behov. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Avvikelser sammanställs och hanteras på planmöten, kvalitetsforum och APT.

Avvikelsehantering är en av grundstenarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas att skriva avvikelser för att upptäcka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.

Enhetschefen har huvudansvar för patientsäkerhetsarbetet i verksamheten. Biträdande enhetschef ansvarar tillsammans med enhetschef för att:

- Riktlinjerna är kända och följs av all personal.
- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser finns och är aktuella.
- Regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser med berörd personal.
- Det finns rutiner på enheten så att MAS/MAR snarast underrättas då en avvikelse kan föranleda anmälan till IVO enligt Lex Maria.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Ansvarar för att:



- Vidta de åtgärder som behövs för patientsäkerheten.
- Dokumentera åtgärder utifrån specifik kompetens.
- Utredda orsaker till avvikelser utifrån specifik kompetens.
- Medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter och rehabiliteringsfrågor.
- Medverka vid avvikelser gällande fall.
- Informera biträdande enhetschef om avvikelserna.
- Rapportera allvarliga avvikelser till MAS och enhetschef och biträdande enhetschef.
- Informera patienten/närstående om avvikelserna.

Hälso- och sjukvårdspersonal har även skyldighet att rapportera avvikande händelser till Sodexo Hjälpmedelscentral och Care Of Sweden om hjälpmedel levererats trasiga eller felaktiga. Om ett hjälpmedel går sönder och medfört vårdskada eller risk för vårdskada ska det rapporteras till läkemedelsverket enligt rutin.

Vi ser att avvikelserapporteringen har ökat inom läkemedelshantering under året, en trolig orsak är att användandet av APPVA gör avvikelserna mer synliga för sjuksköterskorna än tidigare. Vi ser att avvikelser gällande fall ligger på ett likartat antal som under föregående år. Vi ser en ökning av antal avvikelser gällande vårdkedjan sedan föregående år.

Ingen utredning gällande risk för allvarlig vårdskada har rapporterats vidare som en Lex Maria under året.

Ett utvecklingsområde för att öka avvikelshanteringen gällande hälso- och sjukvård ytterligare är att avvikelserapporteringen bör ske digitalt och inte på papper. Detta medför ökad administrativ tid från sjuksköterskorna som sen ska registrerar dem i avvikelsemodulen i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Klagomål och synpunkter

Verksamheten har en lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till verksamheten förmedlas till enhetschef och biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utreds. Chef ansvarar för att skicka in klagomål och utredning till stadsdelen för diarieföring.

Under året har ett fåtal klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten som rör hälso- och sjukvården. Klagomålen berört kvalitén på utförda insatser och medicinhantering. Alla berörda har blivit kontaktade, personal informerad och de brister som bedömts har åtgärdats.

Egenkontroller

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt en årsplan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta
Dokumentation	2 gånger per år	Enligt checklista
Socialstyrelsen indikatorer för blåsdysfunktion, skyddsåtgärd och prevention	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM) enligt framtagen mall
Avvikelser	Löpande	Avvikelsesystemet journalsystem Vodok
Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per månad/ årlig sammanställning	Sammanställningar i journalsystem Vodok
Aktivitetsbedömning ADL	1 gång per månad/ årlig sammanställning	Sammanställningar i journalsystem Vodok
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Framtagen mall
Kvalitetsgranskning av apotek	1 gång per år	Apoteket
Hygienrund	Vid behov	Vårdhygien
Basala hygienrutiner	1 gång per månad	Självskattning och observationer
Loggkontroll Vodok	1 gång per månad	Framtagen mall
Kvalitetsregister	1 gång per månad/ årlig sammanställning	Senior Alert och Palliativa registret
Läkemedelshantering	Var tredje månad 2 gånger per år	Kontroll av signeringslistor Kontroll i patientens läkemedelsskåp.
Delegering	Löpande	APPVA
Statistik signerade insatser läkemedel och ordinationer	1 gång per månad	APPVA
Medicintekniska produkter	1 gång per år	MTP-lista
Periodisk inspektion av lyftselar	2 gånger per år	Protokoll

APPVA

Statistik tas fram på medarbetarnas signerade insatser i tid vid 4 tillfällen per år. Samtal förs med de medarbetare, legitimerade och omvårdnadspersonal, där vi ser en lägre andel signerade insatser i tid. Samtalen förs individuellt, exempelvis på medarbetarsamtal där en utvecklingsplan tas fram.

Basal hygien

Inför PPM basal hygien och klädregler våren 2022 utbildades observatörer för att få stöd och ökad kunskap i att genomföra observationerna i verksamheten.

Egenkontrollerna visar att personal blivit mer medvetna om gällande rutiner och följsamheten är god. Endast få avvikelser kunde ses i samband med observation och dessa återkopplades direkt till berörd personal för direkt åtgärd. Verksamheten arbetar aktivt med att återkoppla eventuella brister i den basala hygien till omvårdnadspersonalen. Verksamheten har även utfört observationer för att säkerställa följsamheten till en god basal hygien samt haft både intern och extern utbildning i basal hygien och skyddsutrustning. Personalen utför webbutbildning i basal hygien årligen. Självskattningar och observationsmätningar av basala hygienrutiner har under 2022 skett regelbundet och kompetenshöjande åtgärder i form av regelbundna möten och internutbildningar har utförts. Komplettering av befintliga hygienrutiner har införts i form av munskydd och visir efter riktlinjer.

Medicintekniska produkter

Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut kontrollerar ordinerade hjälpmedel hos patienterna minst en gång per år, dokumenterar kontrollen i framtaget dokument. Vid behov av åtgärd av ett hjälpmedel utförs det i samband med kontrollerna. Lyftselen kontrolleras enligt periodisk inspektion som sker var 6:e månad av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Verksamheten har genomfört egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation och arbetar kontinuerligt med de förbättringsområden som framkommer. Verksamheten har under året inte haft möjlighet att utveckla dokumentationen såsom önskat utifrån journalgranskningen.

Följande delar av hälso- och sjukvårdsjournalen har lyfts fram vid den senaste egenkontrollen.

- Verksamhetens styrkor gällande journalföringen ser vi i att samtycke finns inhämtat i samtliga journalen, patienternas hälsotillstånd framgår, utförda riskbedömningar finns från samtliga professioner, kartlagt hälsotillstånd dokumenteras och hälsoplan skapas vid behov. Vi ser att dokumentationen skrivs på ett respektfullt sätt.
- Verksamhetens utvecklingsområden gällande dokumentation är gemensamma kartlagda hälsotillstånd i teamet, uppföljningar gällande hälsoplaner samt kopplade åtgärder till hälsoplaner.
- Verksamheten behöver fortsätta att arbeta med att synliggöra vårdprocessen och patientens och närståendes delaktighet mer i journalen.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under pandemin har vi utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt och säkerställa informationsflödet. Verksamheten genomför kontinuerliga riskbedömningar, ta fram handlingsplaner och åtgärder efter behov. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ökat risktänkande.



Verksamheten ser ett behov av ökad kompetensutveckling gällande dokumentation i vård i livets slut. Utbildning och kontinuerliga uppföljningar kommer därför införas under kommande år för legitimerad personal.

Verksamheten kommer under kommande år att påbörja samverkan med Big Care för jourverksamhet av sjuksköterskor under kvällar och nätter. Verksamheten ser därför ett ökat behov av kompetensutveckling gällande kommunikation och utbildning för undersköterskor i diabetes och insulingivning för att därefter kunna delegera.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamhetens strategier för patientsäkerhetsarbetet 2023

- Bibehåll följsamheten i basal hygien och klädrutiner
- Implementera rutiner och arbetssätt för verksamheten vid vård i livets slut
- Återinföra registrering i Senior Alert
- Fortsatt arbetet med den röda tråden mellan hälso- och sjukvårdsjournalen och den sociala journalen.
- Ta fram rutiner gällande arbetssätt vid uppmärksam patient med psykisk ohälsa
- Påbörja arbetet med att alla patienter har individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel.

Verksamhetens mål för 2023

- Öka signering i APPVA gällande signerade insatser till 95% och signerade insatser i tid till 80%.
- Införa SBAR för att säkerställa kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- Registrering i palliativa registret sker i teamet efter dödsfall som skett i verksamheten

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt årsplan för egenkontroll.
- Dokumentationsgranskning vid vård i livet slut
- Dokumentationsgranskning gällande röda tråden mellan hälso- och sjukvårdsjournalen och den sociala journalen.
- Egenkontroller APPVA

Kompetensutveckling

- Utbildning och workshop med alla medarbetare i SBAR
- Utbildning och workshops gällande vård i livet slut med alla medarbetare
- Utveckla dokumentationen gällande vård i livets slut
- HLR-utbildning för alla medarbetare
- Diabetes och insulingivning för undersköterskor