

Patientsäkerhetsberättelse

för Fridhemmet Servicehus

År 2023



Datum 2024-02-21

Ansvarig för innehållet Maria Fransson, biträdande enhetschef HSL, Camilla Carlesson, enhetschef
Diarienummer: KUNG 2024/111

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	15
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelsehantering.....	15
Klagomål och synpunkter.....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

SAMMANFATTNING

Under året har verksamheten genomfört ett byte av sjuksköterskeexpedition. Vi har på den nya expeditionen ett angränsande läkemedelsrum med nytt läkemedelsskåp. Samtliga skrivbord och arbetsstolar är utbytta för att skapa en bättre arbetsmiljö för sjuksköterskorna. Verksamheten har sedan april 2023 tecknat nytt avtal med ny jourverksamhet för sjuksköterskor under kvällar och helger.

Den årliga kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering genomfördes under hösten och återkoppling gavs muntligt vid granskningstillfället och därefter också skriftligt protokoll med förslag på förbättringsområden. Verksamheten har en god läkemedelshantering och en god följsamhet till gällande rutiner.

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 i år ett förbättrat resultat på 98 % jämfört med föregående år där resultatet låg på 94 %. Vi fortsätter att utveckla 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 är framtagen och det pågår implementering och ett 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, APPVA. Resultat visar på att 95 % av givna läkemedel är signerade vilket är ett bra resultat. Verksamheten hade under 2023 ca 152 000 insatser i APPVA.

Två gånger om året genomförs egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen och utifrån resultat sätts åtgärder in för att säkerställa, förbättra och utveckla dokumentationen. Verksamhetens två handledare för dokumentation är drivande i detta arbete.

Under året har verksamheten genomfört observationen och självskattning av följsamhet till basal hygien och klädregler. Resultat har varit bra, trots ett något lägre resultat under hösten, vilket visar på att vi har väl fungerade arbetssätt och fungerade rutiner. Verksamheten arbetar för ett öppet klimat där medarbetare själva vågar påtala 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 2023.

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

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 kommunikationsmodellen SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation).
- Utbildning och workshops gällande vård i livet slut med alla medarbetare.
- Utveckla dokumentationen gällande vård i livets slut.
- Hjärt- lung- räddning(HLR) för alla medarbetare.
- Diabetes och insulingivning för undersköterskor.

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.
- Capio läkare i SÄBO utför läkarinsatser på uppdrag av Region Stockholm. Läkaren finns tillgänglig för planerad rond 2 gånger i veckan. Samverkansmöte sker regelbundet.
- Oral Care utför munhälsobedömning och nödvändig tandvård samt utbildar i munhälsa vid behov.
- Big Care ansvarar för sjuksköterskeinsatser under kvällar och nätter. Samverkansmöten sker regelbundet mellan Big Care och verksamheten.
- LT Fot & hälsa-gruppen ansvarar för medicinsk fotvård för de patienter som har remiss för fothälsovård.

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

- Dietist som utbildar och ger stöd i nutritionsfrågor.
- Processhandledare för hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- MAS och MAR.
- Verksamhetsutvecklare, digitalisering.

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 minst en gång/månad. En gång i veckan träffas legitimerad personal tillsammans med dietist för att stämma av aktuella ärenden på huset.

Legitimerad personal deltar i nätverksträffar som MAS och MAR håller i för respektive yrkesgrupp. Samverkansmöten sker med ansvarig läkarorganisation två gånger under året och med Big Care sjuksköterskejourn sker minst två gånger per år och vid behov. Bitr. enhetschef med hälso- och sjukvårdsansvar deltar i hälso- och sjukvårdens processteam som MAS och MAR håller i en gång/månad.

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. Vi ser under 2023 en ökad följsamhet till uppdatering av samtyckte till nationella registren.

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.

Medarbetarna har under året genomfört en webbutbildning gällande informationssäkerhet och dataskydd.

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 använder verksamheten digitala kunskapstester och webbutbildningar inför ny delegering och förnyad delegering genom Apoteket AB.

Sjuksköterskorna har under året deltagit på heldagsutbildning i äldre och läkemedel, läkemedel palliativ vård och läkemedelsavvikelser som apoteket tillhandahåller.

Sjukgymnast och arbetsterapeut deltog i en 3-dagars utbildning i förflyttningsteknik genom Durewall Institutet under året i syfte att ha samsyn kring hur förflyttningsutbildning och handledning av omvårdnadspersonal ska genomföras på bästa sätt.

Medarbetare som har uppdrag att genomföra observationer gällande basal hygien och klädregler har deltagit på två uppföljningsträffar under året. Träffarna hölls av MAS tillsammans med hygiensjuksköterska.

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 för omvårdnadspersonal. Legitimerad personal dokumenterar risker som föreligger i ParaSol som grund för omvårdnadspersonalens arbete.

Ytterligare en undersköterska har utbildats till palliativt ombud och en nya anställd sjuksköterska som sedan tidigare är utbildat ombud ingår nu i gruppen palliativa ombud som nu är fulltalig.

SBAR har införts i verksamheten under året. Workshops med genomgång av kommunikationsmodellen samt praktisk träning av vital parametrar hölls av utsedd sjuksköterska tillsammans med specialistundersköterska. Som ett led i detta arbete har verksamheten tagit fram ”akutvagnar” där nödvändig utrustning finns för att kunna ta vitala parametrar samt förbandsmaterial om sårskada uppstår när sjuksköterska inte finns på plats.

HLR utbildning för alla medarbetare har flyttats fram till 2024.



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 verksamheten i team och identifierar problem tillsammans i grupp och enskilt. Beslut som fattas under teammöten återkopplas till patienten och vid behov även till närstående. Legitimerad personal träffas en gång i vecka för att gå igenom aktuella ärende utifrån hälso- och sjukvårdsinsatser. Under året har detta möte ökat upp från 30 min till 60 min. Under dessa möten ska dokumentation kring teamarbetet utföras.

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 verksamhetens enhetschef och boenderådet träffas i regel 4 gånger per år.



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

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

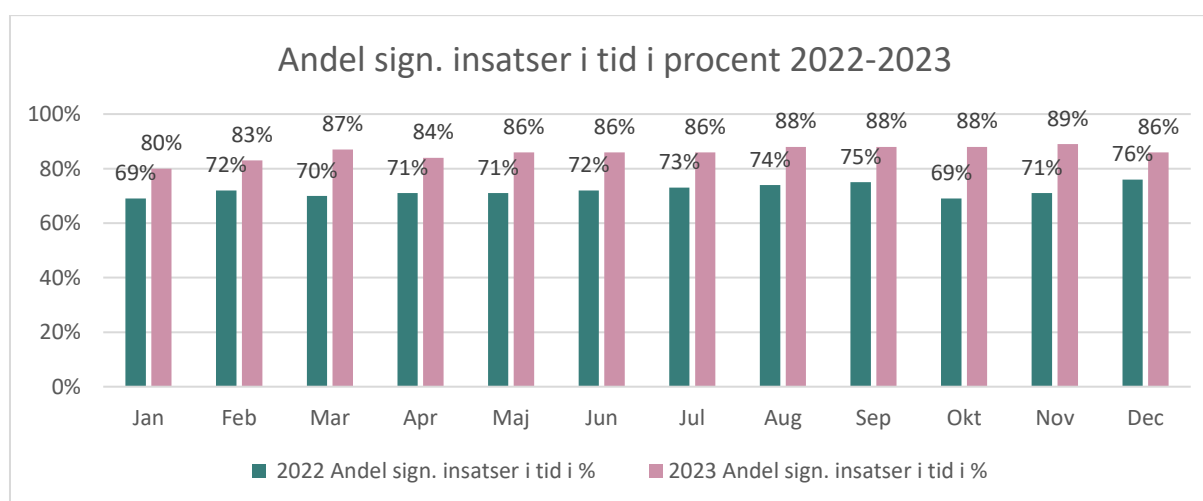
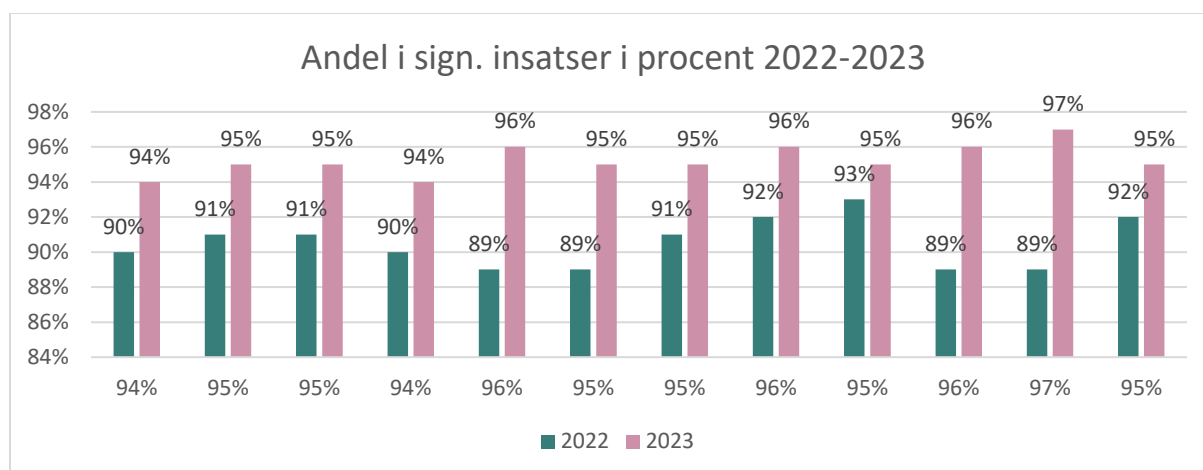
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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 i snitt gällande antal signerade insatser på 95% och signeringar i tid på 86% i APPVA.



Analys av resultat: Vi har ett förbättrat resultat på både andel signerade insatser och signerade insatser i tid jämfört med föregående år.

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. Verksamheten 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 94 % av patienterna har fått en basal utredning under de senaste 12 månaderna. Vi ser ett kvarstående 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. Samtala med sjuksköterskorna om forskrivartutbildning samt översyn av möjlighet till projekt gällande digital inkontinensmätare.

Uppföljning av åtgärd: Genom PPM 2 gånger per år.

Skyddsåtgärder

Mål: Att skyddsåtgärder ska förekomma i låg utsträckning

Resultat: Inga patienter har haft ordinerade skyddsåtgärder under året i verksamheten.

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. Registreringen i Senior Alert medför ett dubbelarbete för legitimerad personal.

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 75%.

Vecka 11-12 2023	Vecka 40-41 2023	Intern observation december 2023	Total
78%	69%	80%	75%

Analys av resultat: Vi ser en god följsamhet till basal hygien och klädregler i verksamheten trots ett försämrat resultat under året. 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 våningsplanen där hållare för handdesinfektion monterats på väggarna.

Åtgärd: Observationer har skett två gånger under året av medarbetare med utökad kunskap gällande basal hygien enligt rutin. Då resultatet vid observation under vecka 40-41 var sämre än innan gjordes en intern observation under hösten med ett resultat på 80%.

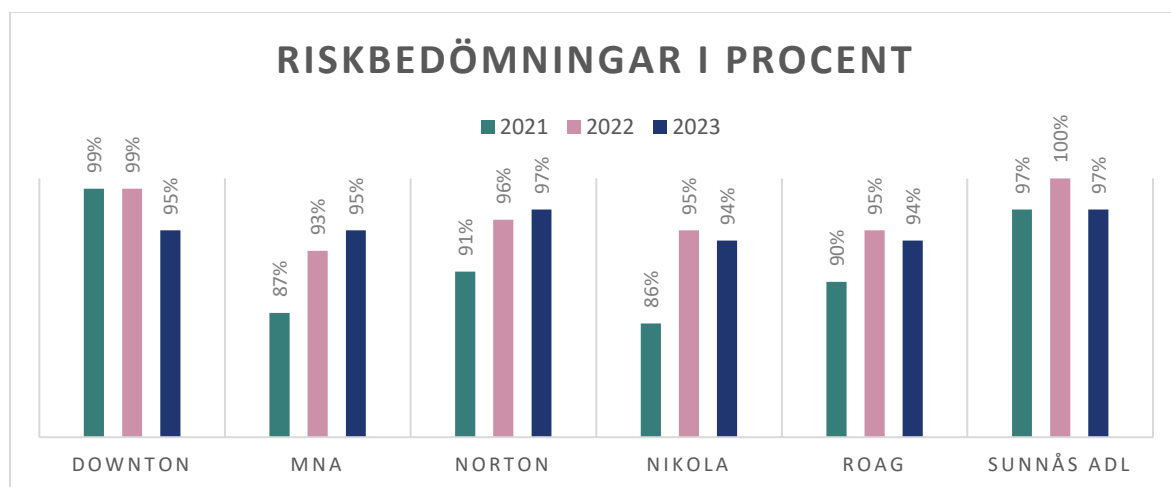
Självskattningar och observationer har skett månatligen under året.

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 8 av 9 fall under året för patienter som avlidit på servicehuset.

Analys av resultat: Vi kan se en förbättring i antal registrerade avlidna i palliativa registret.

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 har påverkat vårt resultat positivt.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av registrering i palliativa registret sker månatligen och återkopplas till ansvarig sjuksköterska om 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 avvikelsen. 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: 209 avvikelser gällande fall har registrerats i avvikelsemodulen under året.

Analys av resultat: Vi ser ett ökat antal registrerade fall under året. De flesta fallen sker vid egna förflyttningar från patienterna. 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. Patienter som faller ofta erbjuds individuell träning under gymmets öppettider.

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: 212 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 i APPVA.

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

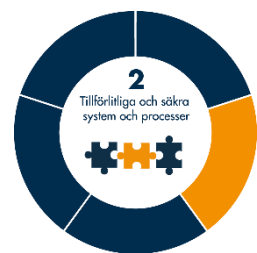
Analys av resultat: Verksamheten har under året dokumenterat färre avvikelser gällande brister i vårdkedjan än föregående år. Avvikelseerna omfattar brist i överrapportering i samband med utskrivning från sjukhus samt att läkemedel ej medföljer från sjukhus.

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 av MAS och MAR. Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetssätt 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 uppföljning deltog chef och legitimerad personal.



Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet , QUSTA

Verksamheten har ett väl fungerande arbete gällande följsamhet till rutiner och strukturerade arbetssätt. 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.

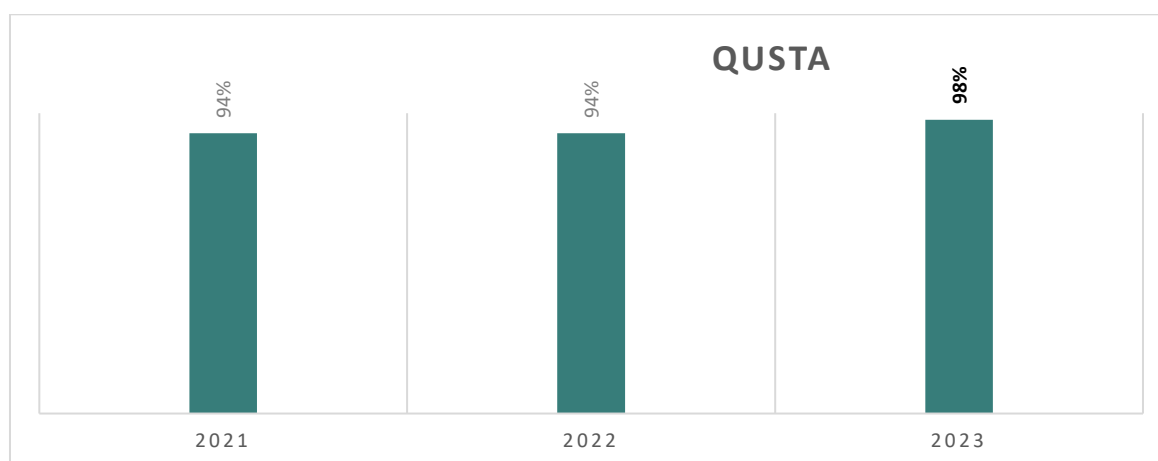
MAS och MAR samlade bedömning av genomförd egenkontroll av hälso- och sjukvården vid Fridhemmets servicehus.

”Vår bedömning är att verksamheten har bra rutiner och arbetar på ett mycket strukturerat sätt som ger förutsättningar att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten har rekryterat nya sjuksköterskor som ger ökad stabilitet vilket medför att de har goda förutsättningar för aktivt teamarbete där samtliga yrkeskategorier ingår samt att det ger goda förutsättningar för att fortsätta det goda arbetet med kvalitetsutveckling. För att säkerställa informationsöverföring från baspersonal till legitimerad personal har kommunikationsverktyget SBAR införts vilket är positivt.

Verksamheten arbetar systematiskt med avvikelshantering och antal inrapporterade avvikelser har ökat framförallt inom läkemedelshanteringen som varit prioriterat. Dock behöver sjuksköterskornas dokumentation i avvikelsemodulen utvecklas.

Fridhemmet palliativa ombud arbetar föredömligt genom regelbundna möten, de ger stöd till kollegor när någon vårdas i livets slut och ordnar reflektionsmöten.”

Verksamheten har ett förbättrat resultat från föregående år. Verksamheten kommer att fokusera på följande områden under kommande år, delegeringar och kontinens.



Vård i livets slut

Verksamhetens arbete med palliativa ombud har under året arbetat aktivt med revidering av befintliga rutiner och arbetssätt samt framtagande av nya rutiner. Externa utbildningar via Palliativ kunskapscentrum (PKC) har genomförts under året. Verksamheten har uppdaterat palliativa lådor där material såsom batteridrivet ljus, duk och blomma finns som tas upp till patient som avlidit. Palliativa ombuden träffas på månatliga möten där bitr. enhetschef deltar efter behov.

Psykisk hälsa

Verksamheten har under de senaste åren utbildat sammanlagt 13 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 har under året utökat andel sjuksköterskor från 4 till 5. På grund av svårigheter med bemanning och rekryteringar har vi haft en grundbemanning av 4 st men ökat upp vid behov till 5 st genom användning av egna timvikarier eller inhyrd personal. Vi ser ett behov av att bemanningen i grunden är 5 st då patienterna kräver allt mer hälso- och sjukvårdsinsatser.



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 vårsäng 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.

Samtliga tillsvidare anställda legitimerade medarbetare har utfört webbutbildning *Säker vård* via Socialstyrelsen under året.

Riskhantering

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

Risکانالys 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.

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

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

Risکانalys och handlingsplan avseende krisberedskap revideras och åtgärdas löpande. För legitimerad personal ska utskrift av viktig information göras kontinuerligt.

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/uppmanas 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 i verksamheten 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 avvikelsen utifrån specifik kompetens.
- Medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter och rehabiliteringsfrågor.
- Medverka vid avvikelser gällande fall.
- Informera biträdande enhetschef om avvikelsen.
- Rapportera allvarliga avvikelser till MAS och enhetschef och biträdande enhetschef.
- Informera patienten/närstående om avvikelsen.

Hälso- och sjukvårdspersonal har även skyldighet att rapportera avvikande händelser till Sodexo Hjälpmedelcentral 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 även att avvikelser gällande fall har ökat under år vilken kan härledas till allt sämre patienter och patienter som vill klara sina förflyttningar självständigt. Vi ser en minskning av antal avvikelse gällande vårdkedjan sedan föregående år.

Avvikelser där sjuksköterskejouren Big Care varit involverade i tas direkt upp med ansvariga och tas även upp på samverkansmöten.

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

Ett utvecklingsområde som kvarstår för att öka avvikelshanteringen gällande hälso- och sjukvård ytterligare är att avvikelserapporteringen bör ske digitalt och inte på papper. Hantering av avvikelser i pappersformat 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

Verksamheten har utbildade hygienobservatörer. Observatörerna har ökad kunskap kring basal hygien och klädregler. Observatörerna utföra observationer på kolleger.

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. Personalen utför webbutbildning i basal hygien årligen. Självskattningar och observationsmätningar av basala hygienrutiner har under 2023 skett regelbundet. Komplettering av befintliga hygienrutiner i form av munskydd och visir sätts in efter riktlinjer från Smittskydd och MAS.

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

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.

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. Förvaltningen planerar för att starta upp ett kliniskt metodrum under kommande år där utbildningar kan genomföras i syfte att öka kompetensen hos omvårdnadspersonalen.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamhetens strategier för patientsäkerhetsarbetet 2024

- 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 2024

- Öka signering i APPVA gällande signerade insatser till 96% och signerade insatser i tid till 85%.
- Införa SBAR för att säkerställa kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- Fortsätta arbetet med att registrering i palliativa registret sker i teamet efter dödsfall som skett i verksamheten.

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller under 2024

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt årsplan för egenkontroll.
- Dokumentationsgranskning gällande patientens egna önskemål vid vård i livets slut.
- Dokumentationsgranskning gällande röda tråden mellan hälso- och sjukvårdsjournalen och den sociala journalen.
- Egenkontroller APPVA på ett djupare plan för att synliggöra för medarbetaren när en insats ej blivit signerad. Egenkontrollerna kommer att ske en vecka/månad.

Kompetensutveckling under 2024

- Utbildning och workshop med alla medarbetare i SBAR, fokus på praktisk träning av provtagning av vital parametrar.
- Utveckla dokumentationen gällande vård i livets slut.
- HLR-utbildning för alla medarbetare.
- Diabetes och insulindelegering för utvalda undersköterskor.
- Munvårdsutbildning för alla medarbetare.