

Patientsäkerhetsberättelse
för Ersta Diakonisällskap Linnégården
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.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier för 2022.....	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Kap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	19
Säker vård här och nu.....	19
Riskhantering.....	19
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Avvikelse	20
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21

SAMMANFATTNING

Verksamhetsåret 2023 har präglats av beslut av upphandlingen, planering av verksamhetsövergång och arbetet med att bibehålla en god kvalitet under året. Under hösten blev verksamheten stjärnmärkt och trots att inga nya utvecklingsarbeten påbörjats är bedömningen att Linnégården har bibehållit en god patientsäkerhet under hela året.

Under 2023 har verksamheten fortsatt planera sina insatser utifrån gällande restriktioner för Covid-19. Vaccinationer har utförts på våra boende enligt gällande rekommendationer och arbetet med följsamhet till basala hygienrutiner har kontinuerligt följts upp.

Ersta Diakoni fick ett nytt intranät och ett nytt ledningssystem i oktober 2022 och som implementerats under 2023.

Arbetet i kvalitetsregistret BPSD och registrering av samtliga boende med diagnos kognitiv svikt påbörjades under 2023, men hann inte implementeras i hela verksamheten.

Enligt rutin fortsatte registrering av alla boende i kvalitetssystemet senior alert. Riskbedömningar och hälsoplaner har utförts enligt rutin under året med fortsatt fokus på dokumentationen för att utveckla hälsoplanerna och kartläggningen ytterligare. Fortsatt arbete med riskbedömningar som innefattar risk för hot och våld samt suicid.

Läkarorganisationen är Familjeläkarna, tyvärr har vi inte haft någon kontinuitet vad det gäller läkare vilket har lett till ett merarbete för sjuksköterskorna. Verksamheten har under året fört en dialog med läkarorganisationen och upplever att kontinuiteten blev bättre under årets sista månader.

Under hösten har verksamhetens fysioterapeut har arbetet 50 % men sedan 2022 har verksamheten ett samarbete med Klara rehab och har därför haft en kontinuitet med fysioterapeut i verksamheten under hela året.

Vidare har uppföljning för att stärka vårt patientsäkerhetsarbete skett genom systematiskt genomföra egenkontroller på viktiga områden så som tex. basala hygienrutiner, läkemedel, delegeringar samt riskbedömningar.

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 för 2022

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

Erstas ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö innehåller av ledningen fastställda kvalitets-, miljö- och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål och strategier som bryts ner till verksamhetsmål. En trygg och säker hälso- och sjukvård nås genom att arbeta systematiskt med kvalitetsarbete gällande hälso- och sjukvård.

Verksamheten arbetar för att alla brukare ska få en god hälso- och sjukvård av god kvalitet:

- Arbeta för att samtliga medarbetare ska ha kunskap om avvikelsemodulen och rapporteringsskyldigheten kring händelser och vårdskador.
- Säkerställa att alla nödvändiga lokala HSL rutiner finns och är uppdaterade.
- Alla boende med demensdiagnos ska vara registrerade i BPSD registret och de med behov ska ha en individuell bemötandeplan.
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnads-dokumentation. Uppföljning sker genom regelbunden granskning av dokumentationen.
- Säkerställa att alla boende har aktuella riskbedömningar Downtown, Roag, Norton, MNA, Nikola, ADL – över 95 %. Dessa ska uppdateras minst en gång per halvår eller oftare vid behov. Uppföljning sker genom egenkontroller månadsvis av omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt HSL ansvarig.
- Säkerställa att alla boende med identifierade risker har hälsoplaner upprättad med avsatt hälsotillstånd, åtgärder och uppföljningar. Uppföljning sker genom regelbundna dokumentations granskningar.
- Alla boende som samtycker ska registreras i Senior alert. Uppföljning sker genom att regelbundet granska statistik från registret samt egenkontroller månadsvis.
- Säkerställ att boende får en bra sista tid i livet och att de boende som avlider på boendet registreras i Palliativregistret. Uppföljning sker genom att regelbundet granska statistik från registret.
- Alla boende ska ha utförd munhälsobedömning samt smärtskattas enligt (Abbey pain) sista tiden i livet.
- Säkerställ att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med förskrivningsrätt.

- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess. Minimera antalet läkemedelsavvikelser såsom utebliven dos, missade signeringar. Regelbunden analys av avvikelser på förbättringsråd.
- Arbeta för att samtliga medarbetare ska följa basala hygienrutiner och klädregler. Uppföljning sker genom regelbundna observationer samt självskattningar, samtliga medarbetare ska ha god kunskap om hur personlig skyddsutrustning ska användas i samband med covid-19. Sker genom utbildning och regelbundna observationer.
- Arbeta systematiskt med fallprevention, att rapportera fall i avvikelsemodulen. Följa upp fall och hälsoplaner i teamet.
- Säkerställa att medarbetare får utbildning i förflyttningsteknik och förflyttning med personlyft.
- Ökad patientsäkerhet genom fortsatt tvärprofessionellt teamarbete med tydlig ansvarsfördelning samt dokumentation efter teamet.

Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen, delegeringar, inkontinens, riskbedömningar, missade signeringar, skyddsåtgärder enligt checklista. Kontroller sker månadsvis av HSL- ansvarig som i sin tur rapporterar vidare till verksamhetschef.
- Verksamheten fortsätter räkna missade signeringar, analyserar resultaten för att uppmärksamma brister och utveckla säkrare och tryggare rutiner kontinuerligt varje månad samt vid behov.
- Avvikelser rapporteras och sammanställs varje månad. Uppföljning sker på förbättringsråd där berörda professioner finns representerade för att diskutera åtgärder och förbättra kvalitén inom olika områden.

Kompetensutveckling:

- Kompetensutveckling har skett individuellt och i grupp i dokumentationssystemet Vodok för att få en mer samstämmig dokumentation och därmed en ökad patientsäkerhet.
- Demenscentrums utbildningsprogram för stjärnmärkning
- Utbildning i hjälpmedelshantering för omvårdnadspersonal.
- Utbildning i arkivering och gallring av journaler

Organisation och ansvar

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

Nedan beskrivs kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer.

Ersta diakonis styrelse har det övergripande ansvaret för all verksamhet.

Direktorn har det verkställande ansvaret för Ersta diakonis verksamhet och ansvarar gentemot styrelsen. Direktorn ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt genom att fastställa policys, riktlinjer och övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Kvalitet- och hållbarhetsavdelningen har ett övergripande ansvar för utveckling och förvaltning av kvalitets- och miljöledningssystemet. Ansvarar för att ledningssystemet är uppdaterat och att revisioner genomförs för att säkra efterlevnaden av interna och externa krav, inkluderat lagstiftning.

Socialchefen har det övergripande ansvaret för Erstas verksamheter inom Socialt arbete. Inom delar av LSS och i särskilt boende för äldre har Ersta vårdgivaransvar. Därutöver ingår även verksamhetsområdena hemtjänst samt individ- och familjeomsorg. Socialchefen ger stöd till och följer upp att områdescheferna förvaltar sina respektive uppdrag.

Områdeschefen inom äldreomsorg respektive LSS ansvarar för att ta fram kvalitets och miljömål för området samt säkerställa kontinuerlig uppföljning och sammanställa resultat inom sitt område. Säkerställer att medarbetare känner till och följer ledningssystemets rutiner, känner till och följer lagstiftning och andra relevanta krav.

Verksamhetschef säkerställer att ledningssystemets policys, riktlinjer och rutiner är kända och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete. Verksamhetschefen har också det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Ersta diakonis MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård, behandling av god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet. MAS ansvarar för att upprätta och revidera riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården. MAS ansvarar för att genomföra ställningstagande gällande utredningar om vårdskada samt ansvarar för att anmäla eventuella allvarliga vårdskador samt risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Samtliga medarbetare ansvarar för att följa riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål. Det är alla medarbetares ansvar att rapportera brister, missförhållanden, synpunkter och klagomål samt aktivt delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder.

Erstas dietist ger stöd och vägledning i nutritionsfrågor.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga undernäring, trycksår, fall, munhälsobedömning samt blås- och tarmdysfunktion vid inflyttning och förändring av boendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan/hälsoplan om risk föreligger och ansvarar för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och att måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Sjuksköterskorna registrerar i Senior alert, Palliativregistret samt i förekommande fall i BPSD-registret och SweDem.

Legitimerad personal - Legitimerad sjuksköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut följer kontinuerligt upp respektive område och använder evidensbaserade mätinstrument för att identifiera och förebygga förändring av boendes hälsotillstånd. De upprättar omvårdnadsplan om risk föreligger och ansvarar för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och att måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Verksamheten samverkar med Vårdhygien och Smittskydd vid behov.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Nedan beskrivs hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Samverkan med interna och externa vårdaktörer

- Samverkansöverenskommelse finns med Familjeläkarna. Läkare kommer regelbundet på besök till verksamheten. Möten för att diskutera rutiner, arbetsflöden sker en gång per termin eller oftare vid behov där Erstas MAS är sammankallande.
- Samverkan sker med det av tandvårdsstaben upphandlade tandvårdsföretagen, Flexident/Oral Care som utför fria munhälsobedömningar och utför tandvårdsinsatser.
- Samverkan sker med Vårdhygien som genomför hygienronder på verksamheten vartannat år. De finns även till hjälp för att få råd och stöd samt tillhandahåller utbildning vid behov.
- Samverkan sker löpande med andra mottagningar/funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis fotvårdare, logoped och annan specialistkompetens vid behov.
- Informationsöverföring och samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut sker i samband med skiftbyten samt genom daglig planering och veckoplanering i varje arbetsgrupp. Vid förändringar skriver sjuksköterskan information till omvårdnadspersonalen via omvårdnadspersonalens dokumentationssystem Parasol.
- Samverkan kring patienten sker i regelbundna teammöten sker plan vis 1 gång per månad eller vid behov, där samtliga professioner deltar. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska är sammankallande.
- Samverkan kring patienten, där läkarbedömning/uppföljning/informationsutbyte krävs, sker på ronddagen men även under resterande dagar/kvällar/nätter när behov föreligger.
- Samverkan kring patienten sker också vid inflyttning där kontaktman, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och den boende och dess närstående träffas för planering av vården.
- Samverkan sker löpande med andra funktioner inom hälso- och sjukvården, exempelvis Erstas MAS samt dietist. Erstas MAS leder regelbundna patientsäkerhetsmöten där verksamhetschefer och enhetschefer för hälso- och sjukvård deltar.
- Samverkan sker med ApoEx som genomför årlig kvalitetsgenomgång av läkemedel och läkemedelshantering.
- Avtal för extern kontroll av medicintekniska hjälpmedel finns och utförs en gång per år eller enligt föreskrift.

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 medarbetarna på Ersta. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningen (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning.

Dataskyddsbud finns utsedd centralt. Dataskyddsgrupp finns och består av IT-chef, kvalitetschef, externt dataskyddsbud, HR –chef, chefsläkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Informationsöverföring sker både internt och externt, muntligt och skriftligt och är en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet. Det är viktigt att informationen skyddas från att spridas oavsiktligt samt avsiktligt till fel mottagare. Vid anställning skriver varje medarbetare på vad som ingår i tystnadsplikten. Studenter informeras även om tystnadsplikt.

Sjuksköterskorna har läsbehörighet i journalsystemet TakeCare. Vid inflyttning tillfrågas den enskilde om samtycke till att uppgifter hämtas i TakeCare.

Loggkontroller gällande TakeCare sker av Familjeläkarna. Eventuella avvikelser rapporteras och följs upp. Inga avvikelser har uppkommit under året.

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utförs varje månad loggkontroller i journalsystemet Vodok. Inga avvikelser har uppkommit under året.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Avvikelsehantering är en av grundpelarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmanas/uppmanas till att skriva avvikelser för att uppmärksamma brister och på så sätt utveckla patientsäkerheten. I samband med introduktion av nyanställda samt vid APT får samtliga medarbetare ta del av rutinen för avvikelsehantering. Verksamhetschef och enhetschefer belyser kontinuerligt vikten av att skriva avvikelser eftersom det är grunden för en systematisk kvalitet och utvecklingsarbete.



När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra en vårdskada skrivs en avvikelse. Risker och avvikelser rapporteras i Erstas interna avvikelssystem. Sjuksköterska, verksamhetschef, enhetschefer och rehab personal tilldelas avvikelsen. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp. Tilldelad person bedömer allvarlighetsgrad, vid misstanke om allvarlig vårdskada Lex Maria, eller risk för ett missförhållande enligt Lex Sarah kontaktas närmaste chef, områdeschef samt MAS omedelbart. Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Verksamhetschefen genomför skyndsamt utredningen som kvalitetssäkras av områdeschef och Erstas MAS. Erstas MAS genomför därefter sitt ställningstagande.

Alla avvikelser sammanställs månadsvis och analyseras på förbättringsråd, planmöten samt APT där tillfälle för diskussion ges. Resultatet analyseras för att kunna se olika mönster och trender. Förbättringsförslag, handlingsplaner samt nya förbättrade rutiner och arbetssätt är ett resultat av inkomna avvikelser.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Kompetensutveckling och fortbildning utgår från verksamhetens identifierade utvecklingsområden, där sedan relevanta utbildningsinsatser tas fram och genomförs inom alla olika yrkeskategorier på verksamheten.

All vårdpersonal genomför E-utbildning i basala hygienrutiner, demens ABC, arbetsmiljö, hot och våld samt utbildning i förflyttningsteknik, Vid delegering görs webbutbildningen ”arbeta säkert med läkemedel” samt kunskapstest och genomgång av sjuksköterska.

En kvalitativ introduktion av nya medarbetare är en förutsättning för att kunna säkerställa en god och säker vård och Linnégården har många duktiga handledare som under hela året tar emot och lär upp nya kollegor.

Kompetensmatriser används i verksamheten för att säkerställa att obligatoriska utbildningsinsatser blir genomförda.

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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten arbetar aktivt med boende och anhörigas delaktighet i vården. Välkomstsamtal genomförs inom två veckor där det tvärprofessionella teamet deltar. Boende och närstående görs delaktiga i planering av vård och omsorg i hälsoplaner och i genomförandeplanen i den mån det är möjligt. För att säkerställa den äldre behov av vård och omsorg arbetar enheten i tvärprofessionella team. Med boendes medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande till närstående.

Riskbedömningar görs av legitimerad personal och hälsoplaner upprättas utifrån de risker som framkommer. Vid förändrat hälsotillstånd, hos den boende, erbjuds vårdplanering, där boende och/eller anhöriga deltar. Vid vård i livets slutskede erbjuds alltid anhöriga och boende brytpunktsamtal med läkare.

I verksamheten anordnas anhörigmöten i olika former och boråd hålls regelbundet. Nyhetsbrev skickas ut till anhöriga från verksamhetschef en gång per månad. Boende och anhöriga informeras om blankett för synpunkter och klagomål. Blanketter, information och förslagslåda finns vid entréerna samt på varje plan samt blanketten skickas även med nyhetsbrevet.

Verksamheten samarbetar även med närstående via resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning, Erstas egen kundundersökning samt inkomna synpunkter och klagomål. Utöver detta anordnas regelbundna träffar av Erstas Anhörigstödare lokalt inom Ersta Diakoni.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontrollen är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Linnégården utgår från Erstas och Östermalms stadsdelsförvaltnings (Sdf) årshjul vid egenkontroller.

Nedan följer några exempel på de egenkontroller som genomförs årligen för att säkerställa en hög patientsäkerhet. I de fall verksamheten inte når mål upprättas handlingsplan med åtgärder som följs upp regelbundet.

Egenkontroll	Omfattning	Hur	Mål
Dokumentationsgranskning HSL	Stickprovsgranskning 1 ggr/kvartal Samt Östermalms Sdf 2 ggr/år	Granskning sker med hjälp av standardiserat protokoll. HSL-ansvarig tillsammans med sjuksköterska och rehab genomför granskningen.	1,70 av möjliga 2,00
Analys av resultat Senior alert	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten.	Att använda statistiken i ett kontinuerligt förbättringsarbete.
Analys av resultat Palliativregistret, Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer (Spindeln).	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/ Teamsmöten/APT.	När Socialstyrelsens mål gällande kvalitetsindikatorer.
Analys av resultat BPSD-registret.	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/ Teamsmöten/APT.	Samtliga boende med en demensdiagnos har en årlig NPI-NH-skattning
Analys av resultat SweDem.	Analys av resultat sker 1 ggr/kvartal	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/ Teamsmöten/APT.	När Socialstyrelsens mål gällande kvalitetsindikatorer.
Observation följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (enligt SKR:s protokoll).	Observationer genomförs 1 ggr/kvartal	Observation samt självskattningar, samlas in av Enhetschefer, analyseras av HSL-ansvarig, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas på APT	85% i samtliga 8 frågor

PPM Trycksår – Senior alert.	Analys sker av resultat 1 ggr/år	Senior alerts PPM-mätning. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/Teamsmöten och APT.	Förebyggande arbete så att inga trycksår uppstår på boendet.
Kontroll av osignerade läkemedel	Analys sker av resultat 1 ggr/månad	Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/Teamsmöten/APT.	Minska antalet osignerade läkemedel.
Kontroll läkemedelshantering,	Kontroll sker 1 ggr/månad	Hantering av narkotikaklassade läkemedel, förvaring, (temperatur), destruktion av läkemedel, ev. svinn samt läkemedelsavvikelser kontrolleras en gång per månad av HSL-ansvarig. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten.	Säker läkemedelshantering, inga allvarliga avvikelser.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.	1 ggr/år	ApoEx. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten. Erstas MAS tar del av rapporten.	Minska antalet avvikelser, handlingsplaner/åtgärder upprättas/genomförs
Årliga läkemedelsgenomgångar.	1 ggr/år	HSL-ansvarig följer tillsammans med patientansvarig läkare upp statistik	100% av boende ska ha fått en läkemedelsgenomgång senaste året.
Aktuella delegeringar	1 ggr/mån	HSL-ansvarig kontrollerar att samtliga delegeringar är aktuella	Samtliga delegeringar är aktuella.
Infektionsregistrering	1 ggr/mån + 1 ggr/kvartal	Registrering sker en gång per månad av	Få infektioner, låg antibiotikaanvändning,

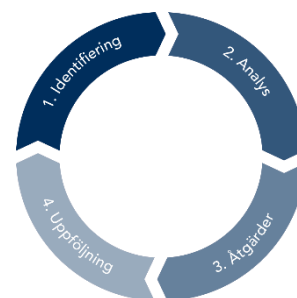
		ansvarig SSK. HSL-ansvarig analyserar resultat en gång per kvartal. MAS följer.	god följsamhet basal hygien och klädregler, god följsamhet förhindra smitta/smittspridning
Loggkontroller	1 ggr/mån	Utförs av HSL-ansvarig, resultat återkopplas till verksamhetschef. Eventuella avvikelser rapporteras till dataskyddsombud.	Inga avvikelser.
MTP	1–2 ggr/år	Legitimerad personal kontrollerar enligt rutin.	Samtliga MTP är godkända, servade, kalibrerade osv enligt föreskrifter
Fallprevention	1 ggr/kvartal	FT samarbetar med SSK och USK kring varje enskilt fall. HSL-ansvarig sammanställer antalet fall tillsammans med HSL-gruppen och analyserar resultatet på förbättringsråd.	Minska antalet fall samt fall med skada.
Dygnsfastemätning	2 ggr/år	Resultat sammanställs av HSL-ansvarig, resultat analyseras och återkopplas vid teamsmöte. Resultat skickas till Erstas dietist, som sammanställer och återkopplar på Erstas samtliga boenden.	Samtliga boende har en godkänd nattfasta på max 11 timmar
Kvalitetsgranskning hygienrund.	Genomförs vartannat år	Sker i samarbete med Vårdhygien. Resultat analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas vid HSL-möten/APT. Erstas MAS tar del av	Minska antalet avvikelser, handlingsplaner/åtgärder upprättas/genomförs

		rapporten och granskar åtgärdsplan	
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet - Intern MAS-tillsyn.	Genomförs ca vartannat år	Granskning sker med hjälp av standardiserat protokoll. Förbättringsförslag följs upp 2 ggr/år i handlingsplan.	1,70 av möjliga 2,00

Dokumentationsgranskning HSL-dokumentation.

- Genomförs via stickprovsgranskning 1 ggr/ kvartal.

Dokumentationsgranskning av HSL-dokumentation har skett vid ett tillfälle i verksamheten under året. Samtlig legitimerad personal samt HSL-ansvarig har deltagit i dokumentationsgranskningarna. De ansvariga sjuksköterskorna har tillsammans med HSL-ansvarig granskat journaler. Detta arbete har lett till ökad medvetenhet kring brister i dokumentationen samt lagt grunden till förbättringsarbetet under året. Vid tillfället har ca 40 journaler granskats, vilket motsvarar ca 50 procent av alla journaler. Maxpoäng i granskningarna är 2.0. HSL-ansvarig har tillsammans med leg personal genomfört analys av resultat efter genomförd dokumentationsgranskning.



Analys

- Vi kan se en variation i kvalitén i dokumentationen. Dokumentationen har varit spretig även om sjuksköterskorna dokumenterar väl, men på felaktiga ställen, vilket ibland gör det svårt att hitta informationen i journalen även om den finns där. Detta rör främst hälsoplaner.

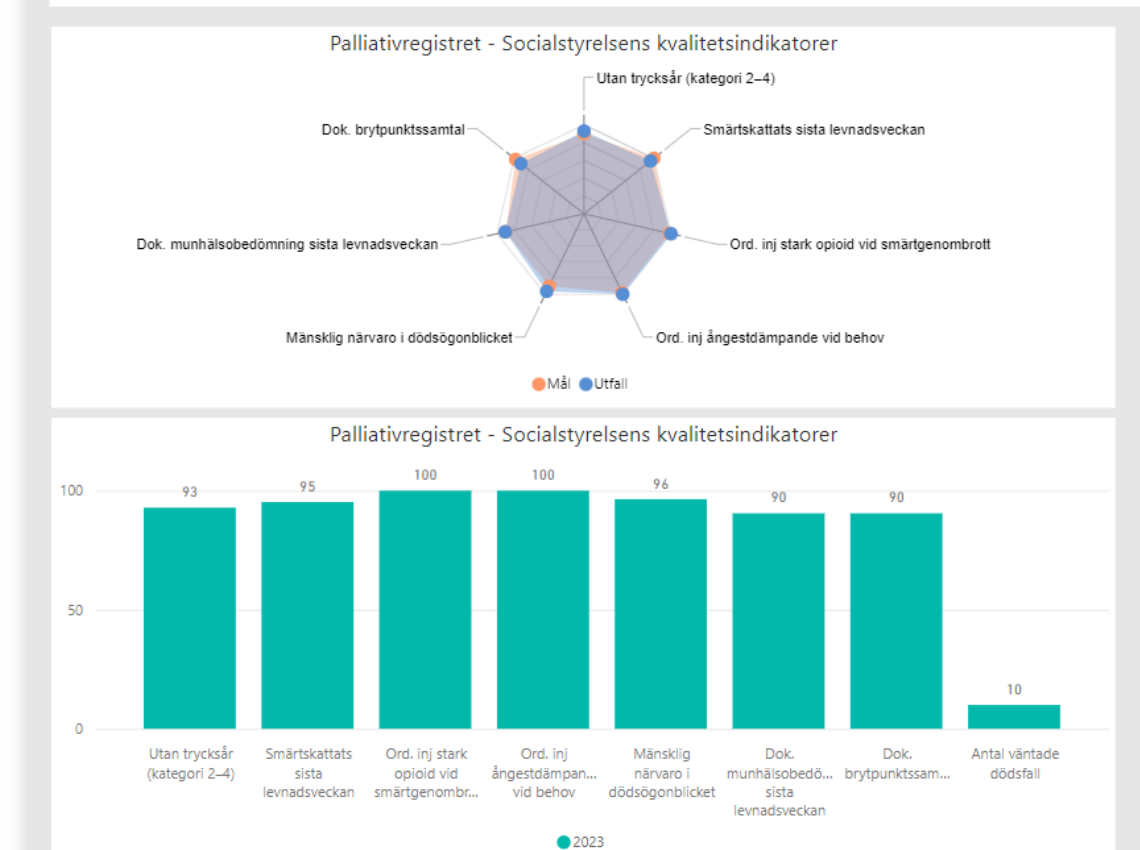
Åtgärder

- grupputbildning i Vodok
- individuell utbildning i Vodok
- Leg personal har fått avsatt tid för att arbeta med det som saknas samt det som behöver förbättras i journalföringen.

Palliativregistret, Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer

- Samtliga väntade dödsfall registreras, analys av resultat sker 1 ggr/ kvartal

HSL - Palliativregistret



Analys

- Antalet avlidna i hemmet var totalt 27 stycken 2023, varav 10 stycken var förväntade dödsfall.
- Av de registrerade dödsfallen ligger områdena dokumenterad munhälsobedömning samt brytpunktssamtal lägst. Brytpunktssamtal kan härledas till brist på kontinuitet av ordinarie läkare

BPSD-registret

- Mål: Samtliga boende med demensdiagnos som uppvisar BPSD-symtom ska registreras i BPSD-registret.

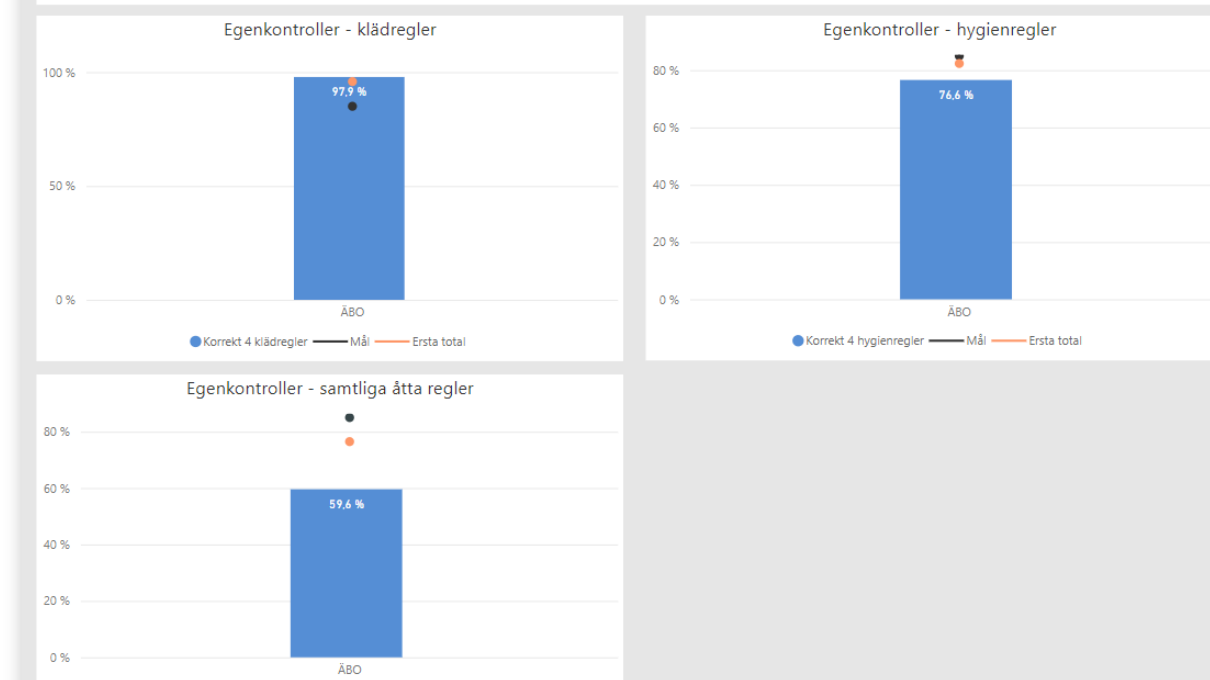
Analys

- Arbetet med implementering och utbildning till BPSD administratörer avstannade i samband med att beslutet att Ersta from 1 februari 2024 inte kommer att ansvara för Linnegården. Boende med tydliga BPSD-symtom prioriterats för registrering och framtagande av åtgärder samt uppföljning

Observation följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (enligt SKR:s protokoll)

- Observation samt självskattningar genomförs en gång per kvartal, samlas in, analyseras, åtgärdsplan upprättas och resultat återkopplas på APT

HSL - Basal hygien/klädregler



Analys

Målet är att samtliga medarbetare ska följa basala hygienrutiner inklusive klädregler, ha kunskap om smittvägar samt hantering av skyddsutrustning gällande covid-19 och andra smittsamma sjukdomar. Egenkontroller visar att fler medarbetare har kunskap i klädregler men att kunskapen i hygienregler är något lägre. Kunskapsbristen inom hygienregler är främst användandet av handsprit innan han handskar. I övrigt har flertalet kunskap i när handskar och förkläden ska användas.

Åtgärder

- Rutiner och regler kring detta har tagits upp på APT och planmöten under flertalet tillfällen under året.
- Vid nyanställning lämnas introduktionsmaterial gällande basala hygienrutiner.
- Sjuksköterskorna har handlett omvårdnadspersonal praktiskt i verksamheten.

PPM Trycksår – Senior alert

- *Samtliga boende registreras, analys av resultat sker 1 ggr/kvartal.*

Analys

De främsta bakomliggande orsakerna till att sår uppstått har bedömts vara:

- Huden har utsatts för ökat tryck
- Nedsatt födointag
- Nedsatt hudelasticitet
- Flera boende kommer tillbaka från sjukhus med trycksår.

Åtgärder

Åtgärder på det individuella planet har exempelvis varit:

- Bedömning av hudkostymen dagligen
- Hudvård
- Bruk av tryckavlastande hjälpmedel
- Kroppspositionering
- Regelbundna lägesändringar
- Kosttillägg

Uppföljning av åtgärd

Samtliga åtgärder har följts upp av leg personal i enlighet med aktuella vårdplaner.

Kontroll läkemedelshantering

- Hantering av narkotikaklassade läkemedel, förvaring, (temperatur), destruktion av läkemedel, ev. svinn samt läkemedelsavvikelser kontrolleras en gång per månad av HSL-ansvarig.

Analys

- Vid ett fåtal tillfällen under året har en mindre mängd narkotikaklassade läkemedel saknats vid kontrollräkning. Vid utredning av avvikelser har orsaken varit att sjuksköterska har missat att signera i narkotikapärmen när läkemedlet tagits ut. Läkemedelsavvikelser har följts upp i Förbättringsrådet och på efterföljande APT månatligen.
- Narkotika klassade läkemedel kontrollräknas 1 ggr/mån av 2 sjuksköterskor.

Åtgärder

- Genomgång av rutin för hantering av narkotikaklassade läkemedel med sköterskor

Uppföljning av åtgärd

- Åtgärder har följts upp på HSL-möten och arbetsplatsträffar under året.

Årliga läkemedelsgenomgångar

- Statistik erhålls var sjätte månad via samverkansmöte med läkarorganisationen. Vid avvikelse förs dialog mellan HSL-ansvarig och patientansvarig läkare. Målet är samtliga boende ska ha läkemedelsgenomgång. 2023 var det 95% som fått läkemedelsgenomgång.

Analys

- Fyra boende har inte haft läkemedelsgenomgång och beror på frånvarande av ordinarie läkare

Åtgärder

- Samverkansmöte har skett med Familjeläkarna där problemet tagits upp och viss förbättring har skett under årets sista månader.

Aktuella delegeringar

- Ansvarig sjuksköterska kontrollerar att sina delegeringar är aktuella månadsvis. Vi har under 2023 arbetat med att öka antalet delegeringar för undersköterskorna.

Fallprevention

Under 2023 hade Linnégården totalt 104 fall varav 10 ledde till fraktur . Av de 104 fall som förekommit var det 20 som behövde söka sjukhusvård.

- Fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar tillsammans med sjuksköterska för det fallpreventiva arbetet. Sjuksköterska ansvarar för hantering och utredning av fallavvikelser. Fysioterapeut och arbetsterapeut kopplas in vid misstanke om skada, för vidare funktionsbedömning och beslut om åtgärd. Fall tas upp på HSL-möte, teamsmöte och rond och åtgärder tas fram och utvärderas i teamet runt den boende (läkare, FT, AT SSK, USK). Fallavvikelser tas upp övergripande månadsvis i Förbättringsrådet.

Analys

- Under 2023 har de flesta fall kunnat leda till åtgärder som minskat antalen fall för den enskilde. Ofta har man kunnat se en röd tråd där samma boende fallit upprepade gånger och man har då i teamet tagit fram och utvärderat lämpliga åtgärder. Man kan se en tendens till att samtliga fall inte rapporteras i avvikelssystemet (dock har samtliga fall rapporterats till ansvarig SSK och FT). Personalen har under året vid APT samt planmöten påmint om vikten av att alltid skriva fallavvikelser. Personalen har även fått praktiskt öva på att skriva avvikelser.

Åtgärder

- Vikten av att skriva fallavvikelser samt information om hur dessa ska skrivas är en stående punkt på APT under året.

kap 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.

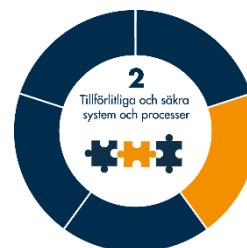
Har vården varit säker

Alla medarbetare (inklusive studenter och praktikanter) på Linnégården ska delta i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet, ha kunskap om hur de identifierar risker för vårdskador och är skyldiga att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Samtliga medarbetare ansvarar för att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. För att kunna arbeta förebyggande behöver både ledning och medarbetare känna till och vara medvetna om vilka situationer och arbetsmoment som kan vara riskfyllda och arbeta systematiskt med att förebygga dessa. Information om denna skyldighet samt introduktion i hur avvikelssystemet fungerar, har under 2023 givits vid nyanställning som en del av introduktionen, samt lyfts på APT, HSL-möten och planmöten. Vårdskador eller risk för vårdskador har under året kunnat upptäckas i rimlig tid genom sjuksköterskornas och undersköterskornas kontinuerliga omvårdnadsarbete samt genom ett systematiskt arbetssätt med uppföljning av inkomna avvikelser i Förbättringsrådet. Genom standardiserat patientsäkerhetsarbete utifrån rutiner, checklistor och samverkans forum har verksamheten arbetat med att förebygga och tidigt upptäcka vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår, m.m.

Under våren 2023 har Linnegården inkom ett klagomål från IVO som utretts enligt Ersta diakonis rutiner och riktlinjer. Beslut från IVO kom åter utan åtgärder i verksamheten och att verksamheten hanterat ärendet enligt gällande riktlinjer.

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.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Områden som under 2023 identifierats som fokus för förbättring har varit palliativ vård och dokumentation och intern kommunikation mellan professionerna.

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.



Är vården säker idag

Under året har verksamheten haft litet behov av att anlita inhyrd HSL-personal.

Verksamheten har strävat efter att i stor utsträckning försökt tillhandahålla egen timanställd HSL-personal för att bibehålla kontinuiteten. En ny omvårdnadsansvarig sjuksköterska och börjar under våren 2023 och kom snabbt in i verksamheten och teamet.

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.

Risk för vårdskador hanteras enligt rutin för avvikelshantering. Risk för vårdskador inrapporteras i gällande avvikelssystem, därefter hanteras avvikelserna av ansvarig chef och/eller HSL-personal. Avvikelserna tas även upp i verksamhetens Förbättringsråd för vidare diskussion och för att identifiera eventuella bakomliggande systemfel. Avvikelserna hanteras därefter utifrån allvarlighetsgrad och leder till ett förbättringsarbete på sikt. Under 2023 genomfördes eller uppdaterades följande riskanalyser i verksamheten:

- Riskanalys förhindra smitta och smittspridning
- Riskanalys stora driftsstörningar
- Riskanalys för verksamheten -inför sommar 2023

- Riskanalys värmebölja
- Riskanalys gällande arbetsmiljö i boendes lägenhet.
- Riskbedömning och handlingsplan –Linnégården Krisberedskap

Risikanalyser görs på individ eller verksamhetsnivå. Riskanalyser görs i verksamheten när den boende flyttar in, vid hot- och våldssituationer, fall, undernäring, nutrition etc. Vid införande av nya tekniska produkter, inför längre semesterperioder, inför värmebölja eller dylikt. Vid medarbetarens upplevelse att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld. Handlingsplaner upprättas och kommuniceras ut i verksamheten och vid behov till MAS samt områdeschef.

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.

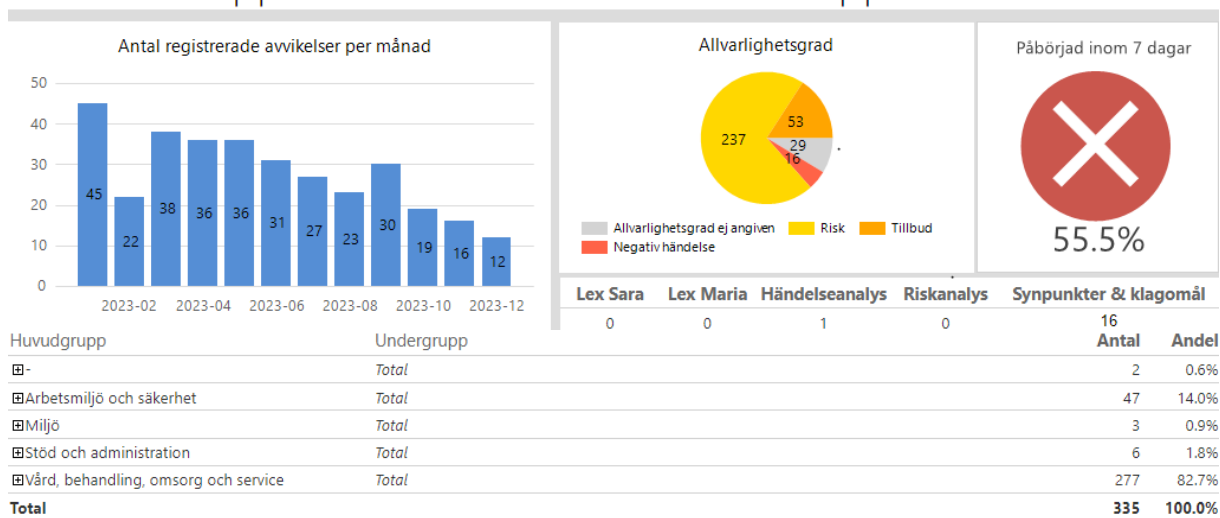


Avvikelser

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

I verksamheten arbetar vi kontinuerligt med att informera och utbilda personalen om /i vikten av att rapportera avvikelser samt anmälningsskyldigheten. Inkomna avvikelser analyseras och hanteras skyndsamt individuellt av ansvarig för avvikelsen och följs övergripande upp systematiskt månadsvis i Förbättringsrådet, där samtliga personalkategorier finns representerade. Återkoppling från detta sker på APT, månatligen. Allvarliga avvikelser utreds vid behov enligt lex Maria och lex Sara tillsammans med Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska, Socialt Ansvarig Samordnare och Områdeschef. Personal informeras och utbildas under introduktion vid nyanställning och därefter kontinuerligt via arbetsplatsträffar under året gällande avvikelsehantering och anmälningsskyldighet. Det finns vissa utmaningar i avvikelssystem och att medarbetarna inte registrerar avvikelserna under rätt kategori och fel när bedömning av allvarlighetsgraden sätts. Detta innebär att statistiken inte riktigt är tillförlitlig.

Avvikelserrapport - 2023-01 till 2023-12 - rapporterende enhet



Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan inkomma till verksamheten via e-post, förslagsbrevlåda i verksamhetens entré, telefon, via anhörigräff, boenderåd samt via externa instanser såsom Äldreförvaltningen, IVO etc. Inkomna klagomål och synpunkter hanteras i lokal ledningsgrupp samt i Förbättringsråd av ansvarig enhetschef, ansvarig HSL-personal eller verksamhetschef. Det registreras få klagomål och synpunkter och det vanligaste är att klagomål sker muntligt direkt till oss och hanteras omgående men missas att registreras i avvikelssystemet. Vikten av att även klagomål ska registreras lyfts på APT, förbättringsråd och planmöten. Det har inkommit ett klagomål till IVO som beslut fattats att det inte var allvarliga brister i verksamheten och att verksamheten agerat enligt rutiner och berövade arbetssätt.

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.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

From 1 februari 2024 driver inte Ersta diakoni Linnégården.

