



Humana

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Åsengården
2023

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	5
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	7
3.2 Övergripande mål och strategier.....	8
3.3 Organisation och ansvar	8
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
3.5 Informationssäkerhet	10
3.6 En god säkerhetskultur	10
3.7 Adekvat kunskap och kompetens.....	11
3.8 Patienten som medskapare	12
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	15
4.3 Säker vård här och nu.....	16
4.3.1 Riskhantering.....	16
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	17
4.4.1 Avvikelse	17
4.4.2 Klagomål och synpunkter	18
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	19
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	20

1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

2 Sammanfattning

Åsengården är ett litet demensboende med 29 platser som drivs av Humana Omsorg AB sedan januari 2018.

I september 2023 bytte Åsengården verksamhetschef. Nyttillträdd verksamhetschef var tidigare sjuksköterska i verksamheten.

Åsengården har även fortsatt arbeta för att utveckla en personcentrerad vård- och omsorg genom strukturerat teamarbete där registreringar och bedömningar görs i team. På Åsengården blev samtliga boende med samtycke registrerade i Senior alert under 2023. Nya riskbedömningar görs var sjätte månad och uppföljning av dessa sker var tredje månad.

I verksamheten finns en certifierad utbildare i BPSD; verksamhetschef Nina Folbäck. Det finns även ett flertal BPSD-administratörer i verksamheten; både bland sjuksköterskor och undersköterskor. BPSD-registreringar görs fortlöpande på teammöten; vid inflytt och därefter vid behov men minst en gång per år. Dessa registreringar görs i teamet, främst på de teammöten som ligger månatligen.

Ett led i den personcentrerade vården har varit att fortsätta arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi. Åsengården är Silviahemscertifierande, det har under 2023 utbildats fler undersköterskor i steg 1 i Silviahemmets vårdfilosofi. Månatligen sker Silviarefleksion på schemat som en utbildad reflektionsledare håller i.

Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret. Resultat från Palliativa registret ligger sedan som underlag för vidare förbättringsarbete.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Fall och läkemedelsavvikelse rapporteras i Humanas avvikelssystem DF respons.

Läkarsamverkan sker sedan årsskiftet 2022/2023 med Familjeläkarna. Utlagd läkarmottagning sker 1 gång/vecka under onsdag förmiddagen på Åsengården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare dagtid och på jourtid kontaktas ansvarig bakjour från Familjeläkarna.

Under 2023 har fokus varit det förebyggande arbete med Covid-19 och att få igång det systematiska kvalitetsarbetet med utbildningar.

Vi har under 2023:

- Fortsatt arbete med att förebygga utbrott av Covid-19.
- Utbildat fler medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi.
- Haft reflektionsmöten i enlighet med Silviahemmets vårdfilosofi.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- BPSD-administratörsutbildning för flera medarbetare.
- PKC-dag för palliativa ombud och HSL.
- Tillsyn av Arbetsmiljöverket
- Tillsyn av Miljöinspektionen
- Verksamhetsgranskning och avtalsuppföljning

Verksamhetens mål framåt för 2024 är:

- Fortsätta arbetet i enighet med Silviahemmets vårdfilosofi.
- Ny legitimerad personal ska få utbildning i Risk- och händelseanalys.
- Utbilda nyanställd ssk till BPSD-administratör.
- Fysisk brandutbildning för medarbetare.

- Fortsätta arbeta med vår värdegrund, utbilda fler värdegrundsledare.
- Utbilda fler palliativa ombud.
- Utbilda nyanställda i steg 1 Silviahemmets vårdfilosofi.
- Utbilda fler i reflektionshandledare steg 3 Silviahemmet.
- Fortsätta arbetet med certifiering av kontaktmannaskapet för omsorgspersonal.
- Fortsätta arbetet med högpresterande team; kommunikation, bemötande och feedback. Detta både på årets APT:n och på planeringsdagar.

3 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.

3.1 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..



Organisationen innehåller nedanstående funktioner:

Divisionschef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Verksamhetschef

Gruppledare

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska; 2 st

Arbetsterapeut

Fysioterapeut

Schema

Arbetsterapeut och Fysioterapeut har lagt sitt schema så alltid någon av dem är på plats vardagar. Båda är på plats mötesdagar.

SSK är på plats vardagar och någon är alltid på plats mellan 07:30- 16:15. Någon slutar alltid 16:15 för att kunna lämna över rapport till jourorganisationen Klara kompetens.

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, en ssk, fysioterapeut samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll

- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

3.2 Övergripande mål och strategier

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

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

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

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

Teamarbete är viktigt på Åsengården och riskbedömningar görs i team där alla yrkesroller finns representerade i syfte att säkerställa bästa möjliga kvalitet för boende och verksamheten. Utöver detta arbete säkerställs en god och säker vård genom en stabil och kontinuerlig kontakt mellan SOL-personal och HSL-personal. Varje morgon går samtlig HSL-personal runt på en avstämning och rapport med SOL-personal på samtliga våningsplan. Varje vecka sker även ett omvårdnadsmöte per plan där HSL- och SOL-personal går igenom samtliga boenden i syfte att snabbt identifiera avvikelser eller förändringar i de boendes mående.

3.3 Organisation och ansvar

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

[Årsredovisning](#)

[Kvalitetsredovisning](#)

Regionchef.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Verksamhetschef Åsengården.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 1.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3.

Arbetsterapeut.

Fysioterapeut.

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppleddare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Familjeläkarna och sjuksköterskor på Åsengården är mycket god. En god patientkännetid och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Familjeläkarna. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på onsdag förmiddag. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Familjeläkarnas bakjour.

En situation kan uppstå när en boende behöver skickas in akut eller för planerad inläggning till sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista och anhörig kontakt.

Multiprofessionella teammöten sker en gång i månaden våningsvis där Senior Alert

och BPSD följs upp. På varje avdelning finns BPSD administratörer.

Sjuksköterska är på plats 07:30-16:15, övrig tid finns jourorganisationen Klara Kompetens tillgängliga. Samarbetet flyter på väl och samverkansmöten hålls fortlöpande.

Multiprofessionella omvårdnadsmöten sker en gång per vecka på varje avdelning där samtliga boendes status följs upp. Multiprofessionella teammöten sker en gång per månad där Senior alert och BPSD följs upp. Det multiprofessionella teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. En ssk och flera undersköterskor per plan är utbildade BPSD-administratörer.

Tandvård utförs i samverkan med Oral Care.

Medicinsk fotvård utförs på remiss från läkare i samverkan med Gabriellas Fotvård.

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har tidigare införts. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

3.6 En god säkerhetskultur

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

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa

[Parus ledningssystem](#)



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

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa.

HSL personal rapporterar Fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF respons. Avvikelse ID-journal förs i journalsystemet Vodook. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i Humanas kvalitetsledningssystem PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Kvalitetsråd håll en gång i månaden med representant från varje avdelning, en representant från nattpersonalen, SSK, Rehab och Verksamhetschef. På mötet tas föregående avvikelser upp och diskuteras för lärande exempel.

Under 2023 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador.

Multiprofessionella möten hålls en gång i månaden avdelningsvis där alla professioner möts och gör riskbedömningar och registreringar i aktuella register. I samband med det uppdateras vårdplaner och genomförandeplaner går igenom för eventuell revidering.

De nationella register vi på Åsengården registrerar i är:

- Senior alert
- BSPD
- Svenska Palliativregistret

På teammöten riskbedöms den boende i Senior alert. I Svenska Palliativregistret registreras och används resultatet i förbättringsarbete. I BSPD-registret registreras alla boende efter samtycke av BSPD-administratörer i syfte att tillgodose en god personcentrerad demensvård.

3.7 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.



En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. På Åsengården arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, fysioterapeut, och arbetsterapeut i team.

På Åsengården arbetar omvårdnadspersonal följande tider:

- 8-14:30
- 7-15:30
- 8-16:00
- 13:30-21

13:30 -20
20:45-07:00
21:00-07:15

Överrapporteringstid finns inplanerad i schemat och schemat ser likadant ut på alla avledningar. Det finns tid för möten och överrapportering mellan varje pass.

2 st sjuksköterskor finns på plats måndag- fredag 07:30- 16:15

0,75 st arbetsterapeut finns på plats måndag- fredag

0,75 st sjukgymnast finns på plats måndag- fredag

Omvårdnadspersonal erbjuds studera vidare på arbetstid till undersköterska eller specialstundersköterska. På Åsengården är samtliga fast anställda i omvårdnadspersonalen undersköterskor förutom två st vårdbiträden.

Sjuksköterskor har under 2023 gått utbildning/kurs i:

- Förskrivningsrätt inkontinensvård 7,5 poäng, Högskolan Skövde
- Demensdagarna i maj, 2 dagar i Örebro
- Ssk som är certifierad utbildare i i BPSD har hållit i 2,5 dagars kurs för att utbilda administratörer i BPSD
- Social rätt 7,5 poäng, Marie Cederschiölds högskola
- Utbildning Vårdhygieniskt arbete, en heldag. Janusinfo Region Sthlm
- Risk- och händelseanalysutbildning inom Humana. 2 st heldagar
- PKC-dagen; heldag. Region Stockholm
- Sårbehandling, heldag med Susanne Dufva. Kompetensutvecklingsinstitutet.

HSL-gruppen har under 2023 gått utbildning i:

- MI-utbildning (=Motiverande samtal). En heldag med Malin Stihl inom Humana
- Äldreomsorgsdagarna ihop med VC. Konferens två heldagar. Gothia kompetens
- Fysioterapeut har påbörjat en två-årig masterutbildning på KI i "Masters ´s courses in dementia care for physiotherapists and occupational therapists, 60 poäng. Start nov-23

Omvårdnadspersonal har under 2023 gått utbildning i:

- Munvårdsutbildning för all personal av Oral care, en em på plats
- PKC-dag för palliativa ombud. Region Stockholm
- Utbildat fler medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi
- BPSD-administratörsutbildning för flera medarbetare

3.8 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 §



Anhöriga informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd. När en ny boende flyttar in tillfrågas alltid anhörig vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om kontakt önskas dygnet runt. Detta dokumenteras i den boendes journal.

På Åsengården uppmuntras närstående till delaktighet i vården som rör den boende. Närstående och boende uppmuntras att skriva en levnadsberättelse. Vi arbetar med personcentrerad vård vilket innebär att vi har den enskilda individen i fokus och att vården utgår från den boendes egna berättelse, förutsättningar och resurser och där hänsyn tas till den boendes hinder. Det innebär även att vården genomsyras av värdighet, ömsesidighet och vilja. Detta betyder att vi både har den boende och den närstående i fokus.

Vid inflyttning upprättas en genomförandeplan inom två veckors tid. Inom en månad erbjuds vårdplanering där kontaktperson, närstående, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab deltar.

Familjeläkarna tog över efter Örbydoktorerna vid årsskiftet 2022-2023.

Kontaktpersonen ansvarar för kontakten med närstående och kommer tillsammans med dem överens om hur den ska se ut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att fortlöpande informera om den boendes hälsostatus.

Närstående och boende bjuds in att vara delaktig i planeringen av aktiviteter och kost. Under 2023 har Åsengården fortsatt det redan påbörjade arbetet med Instagram där vi visar upp vardagen hos oss, delar matsedlar och kommande och genomförda aktiviteter. Anhörigråd och närståendemöten har hållits under året och närståendebrev skickas ut på regelbunden basis.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



1.

Flest avvikelser har under det gångna året rört sig om fallolyckor. Kontinuerligt fallpreventivt arbete utförs på våra veckovisa multiprofessionella teamarbeten på omvårdnadsmöten och i Senior alert. Arbetet fortsätter även på kvalitetsråd och APT, där repetition och information kring fallprevention görs. Vi har även här arbetat med vikten av den personcentrerade vården, där vissa boenden som relaterat till stor fallrisk är i behov av mer tillsyn måste få det trots att det tar längre tid i anspråk.

Fortsatt arbete har utförts kring vikten av att förflyttningsordinationer följs av samtlig personal, med allt vad det innebär från korrekt hjälpmedel till antal medarbetare som är ordinerade vid förflyttning. Vikten av detta har belysts på omvårdnadsmöten, kvalitetsråd och APT.

Fortsatt arbete har skett kring rutinerna vid läkemedelsadministration; vikten av att stämma av vid dagplaneringen och vid rapporter hur arbetsfördelningen ser ut och vem som ska göra vad och verkligen säkerställa att alla mediciner är givna.

Avvikelser har noterats kring rörelselarmen. Vi har arbetat med rutinerna kring detta då ett flertal handhavandefel har noterats. Arbetet med detta har givit resultat, ett minskat handhavandefel har noterats.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har utförts under 2023 med gott resultat. Förbättringsförslag med åtgärder finns beskrivna i separat handlingsplan.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker



Under 2023 har Åsengården inte haft några allvarliga vårdskador.

Riskbedömningar och handlingsplaner görs tillsammans i teamet och alla avvikelser som kommer upp tas upp på kvalitetsrådet, avvikelser som behöver lyftas för lärande aspekt tas upp på APT och specifika avvikelser gällande en avdelning tas upp på omvårdnadsmöten.

- Ledningen går igenom verksamheten regelbundet utifrån egenkontroller och årshjulet i PARUS
- Avvikelser rapporteras enligt rutin i DF Respons
- Strukturerade möten där avvikelser analyseras på kvalitetsråd, teammöten och på APT-möten. Samtliga möten sker en gång per månad.
- I samverkan med andra vårdgivare/kollegor identifieras risker i verksamheten
- I samråd med boende och närstående identifieras risker i verksamheten, dessa tas upp på kvalitetsmöten och på APT-möten.

4.2 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 bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



Vi följer systematiskt upp och utvärderar kvaliteten inom verksamheten med egenkontroller. Syftet med egenkontroller är att de ger en granskning av verksamheten om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

På Åsengården rapporterar alla medarbetare i Humanas avvikelssystem DF- respons. HSL-personal registrera och är även utredare av fall- och läkemedelsavvikelser. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultatet av händelseanalysen blir avgörande för om det ska ske en anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Dessa analyseras fortlöpande av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Signeringslistor för läkemedel kontrolleras efter varje månadsslut av

omvårdnadsansvarigsjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras och rapporteras.

Läkemedelsgenomgångar sker minst en gång per år per boende. Då går omvårdnadsansvarig sjuksköterska ihop med PAL igenom den enskilde boendes blodprovsvärden, vitalparametrar och aktuell medicinlista. Inför detta har sjuksköterska ihop med kontaktperson gått igenom skattningsskalan Phase Proxy utifrån den boendes mående. Den utgör därefter även en del av läkemedelsgenomgången.

All nyanställd personal måste genomgå utbildning i Basala hygienrutiner innan påbörjat första arbetspasset.

4.3 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



Nyinflyttade boende riskskattas inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi använder oss av de fyra bedömningsinstrumenten i kommunens journalsystem Vodok och i kvalitetsregistret Senior alert.; Fall- Trycksår- Nutrition- ROAG samt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och gå igenom den aktuella medicinlistan och ta ställning till om några läkemedel behöver sättas ut eller dosändras. Kontroller av vitala parametrar görs också. Provtagningar ordinerar och följs upp. Vikt tas minst var tredje månad eller oftare om behov föreligger.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta med anledning av att personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare. Covid-vaccin erbjuds boende enligt rekommendation från Folkhälsomyndigheten och på ordination från patientansvarig läkare.

4.3.1 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.

Flertal riskanalyser har gjorts under 2023:

- Bemanning av personal sommar och storhelger
- Införandet av nytt larmsystem under våren 2024
- Implementering av nytt mekaniskt draglakan Turnaid
- Införandet av schema med 11-timmars dygnsvila

Risk- och händelseanalyser görs i tvärprofessionella arbetsgrupper fortlöpande där det kan finnas risk för att händelse kan inträffa som kan medföra risk eller inför anpassningar som ska göras.

Nyinflyttade boende riskbedöms inom 14 dagar enligt MNA, DFRI, Norton, ROAG och Nikola. De erbjuds årligen och vid inflytt en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget. Tandhygienist gör hembesök och utför detta.

Samtliga boende genomgår varje år en hälsobedömning och en läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Inför denna bedömning har blodprover ordinerats och tagits, skattningsskalan Phase proxy har fyllts i av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och kontaktperson och vitalparametrar har tagits. Syftet med denna genomgång är att följa upp allmäntillståndet och välbefinnandet för den boende och se om det finns möjlighet att sätta ut några läkemedel eller om några nya behöver sättas in. Vidare sätts vid behov läkemedel ut som den boende inte verkar vara i behov av längre. Eventuella nya provtagningar ordinerar.

Som en preventiv åtgärd erbjuds samtliga boende årligen influensavaccin. Detta med anledning av att personer över 65 år har en ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Påfyllnadsdos av Covid 19-vaccin har erbjudits alla boende under det gångna året.

4.4 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.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Nationella register

4.4.1 Avvikelse

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

På Åsengården rapporterar och utreder HSL-personal fall- och läkemedelavvikelse i Humanas avvikelssystem DF Respons. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelsernas ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalysen blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i Humanas kvalitetssystem PARUS.

Avvikelseerna tas samlade upp på Kvalitetsrådet varje månad och även vidare på APT. På APT tas även de avvikelser upp mer ingående där det finns behov av ett generellt lärande och bedöms vara av mer allvarig karaktär. Avvikelse som rör en viss avdelning tas upp på dennes omvårdnadsmöte i ett steg för analys och lärande. I vissa fall föreligger behov av att en handlingsplan upprättas. Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Flest avvikelser har under det gångna året rört sig om fallolyckor. Kontinuerligt fallpreventivt arbete utförs på våra veckovisa multiprofessionella teamarbeten under omvårdnadsmöten och i Senior alert. Arbetet fortsätter även på kvalitetsråd och APT, där repetition och information kring fallprevention görs. Vi har även här arbetat med vikten av den personcentrerade vården, där vissa boenden som relaterat till stor fallrisk är i behov av mer tillsyn måste få det trots att det tar längre tid i anspråk. Vi har fortsatt repetera vikten av att förflyttningsordinationer följs av samtlig personal, med allt vad det innebär från korrekt hjälpmedel till antal medarbetare som är ordinerade vid förflyttning. Vikten av detta har belysts på omvårdnadsmöten, kvalitetsråd och APT. Detta är ett ständigt pågående arbete att påminna om vikten av det, både i syfte att undvika vårdskador och att förebygga arbetsskador.

Vi har även arbetat mycket med rutinerna kring hantering av rörelselarm; hur de ska användas på ett korrekt sätt med allt vad det innebär från att de placeras korrekt till att de kvitteras enligt rutin. Detta arbete har givit effekt, färre avvikelser har noterats kring handhavandefel av larmen.

Fortsatt arbete har skett kring rutinerna vid läkemedelsadministration; vikten av att stämma av vid dagplaneringen och vid rapporter hur arbetsfördelningen ser ut och vem som ska göra vad och verkligen säkerställa att alla mediciner är givna.

Under 2023 har vi på Åsengården inte haft några allvarliga händelser/vårdskador.

Under 2023 hade vi totalt 159 händelser. Vi har haft 92 fall varav 9 st resulterade i sårskada och 2 st resulterade i frakturer. 37 händelser avser läkemedelshantering, majoriteten av händelserna avser missad signering vid administration av läkemedel och utebliven signering vid administration, 9 st avser information, kommunikation och samverkan. 2 st avser händelser kring medicinteknik och hjälpmedel tex sängar som gått sönder, trasiga lyftmotorer och rullstolsdynor som varit felplacerade. Utförande, omsorg, behandling och stöd 11 st händelser, hot och våld 5 st samt 7 st övriga händelser.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter från anhöriga eller boende gällande hälso- och

sjukvårdsinsatser tas på största allvar och analyseras noggrant inom verksamheten för att utreda eventuella risker som kunnat leda till vårdskada, allvarliga konsekvenser vid utebliven/fördröjd behandling eller lidande. Klagomål eller synpunkter utreds internt, via dialog med närstående/ patienten/ ansvarig läkare/verksamhetschef/ansvarig sjuksköterska. Ärenden återkopplas till MAS och vid behov kan det leda till intern utredning och en lex Maria.

Alla boende och närstående får information om hur de kan inkomma med synpunkter och klagomål vid inflyttning. Påminnelse om hur man inkommer med synpunkter och klagomål skickas med i varje närståendebrev. Information och blanketter med information kring detta finns även uppsatta i hiss och på anslagstavlor. En förslagslåda finns uppsatt utanför administrationen.

Klagomål och avvikelser registreras och hanteras i Humanas avvikelshanteringssystem DF respons. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultatet av händelseanalysen blir avgörande för eventuella vidare åtgärder. Rutiner kring detta finns tillgängligt för personal i PARUS.

De klagomål och synpunkter som inkommit under 2023 har varit av den karaktär att de har kunnat åtgärdas i verksamheten.

4.5 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



Under 2023 fortsätter arbetet med Fokusmånad. Varje månad arbetar och fokuserar vi på ett tema som både ska fungera som repetition och nytt lärande. Exempel på teman är; rapportering enligt SBAR, palliativ vård, bemötande vid demenssjukdom, smittförebyggande arbete och kost. HSL-gruppen ansvarar för planeringen och utförandet av dessa temamånader. Fokusmånadens tema tas upp som en röd tråd under månaden på omvårdnadsmöten veckovis, kvalitetsråd och APT. Vid behov hålls också extra utbildningsinsatser.

Ytterligare ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontrollerna är att de utgör en granskning av verksamheten för att säkerställa att den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet Parus.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål: Ökad kompetens för omsorgspersonal

Strategi: Fokusbådan. Varje månad arbetar och fokuserar vi på ett tema som både ska fungera som repetition och nytt lärande. Exempel på teman är; rapportering enligt SBAR, palliativ vård, bemötande vid demenssjukdom, smittförebyggande arbete och kost.

Mål: Ökad kunskap hos personal kring demenssjukdom och personcentrerad vård.

Strategi: Utbilda ytterligare 6 st personal i Steg 1 Silviahemmets vårdfilosofi.

Mål: Fortsatt arbete med högpresterande team med fokus på bemötande, feedback och kommunikation.

Strategi: Stående värdegrundspunkt på APT månatligen och inplanerade planeringsdagar under året.

Mål: Säkerställd kompetensutveckling och ökad patientsäkerhet.

Strategi: Fortsatt arbete med certifiering av kontaktmannaskapet. Medarbetare följs upp under 3 månader i sin dokumentation och ska ha genomfört ett antal utbildningar och uppgifter för att bli certifierad. Certifiering håller sedan i 2 år för att sedan följas upp på nytt.

Mål: Ökad kunskap kring demenssjukdom

Strategi: Administratörsutbildning i BPSD för nyanställd sjuksköterska.

Mål: Kompetensutveckling för omsorgspersonal.

Strategi: Erbjuder personal möjlighet att studera vidare till specialistundersköterska.

Mål: Det ska finnas minst två värdegrundsledare på varje avdelning.

Strategi: Utbilda ytterligare minst 4 värdegrundsledare.

Mål: Ökad kompetensutveckling för HSL-personal

Strategi: Erbjuder minst fem st utbildningstillfällen; exempelvis sårutbildning och utbildning i Parkinsons sjukdom.

Mål: Ökad kompetensutveckling för fysioterapeut.

Strategi: Magisterutbildning i demensvård för arbets- och fysioterapeuter KI 60 HP.

Kommande utmaningar vi ser framåt är framförallt att säkerställa att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Vi ser en utmaning i både att säkra personal med adekvat kompetens samt även en trolig utmaning i att behålla personalen. Strategierna som vi jobbar framåt med är att fokusera på att vara en attraktiv arbetsplats med allt vad det innebär från att skapa trivsel och ha ett tydligt fokus kring vad vårt uppdrag är - ge den bästa vården och omsorgen till våra boende och skapa en meningsfull tillvaro för dem. Ett led i detta arbete är att skapa förutsättningar för personalen att klara uppdraget är en gedigen kompetensutvecklingsplan, detta är även något som ger personalen ytterligare anledning att trivas och växa.