

# Patientsäkerhetsberättelse

## för Fridhemmet Servicehus

### År 2024



Datum 2025-01-23

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

## 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 .....	16
Avvikelsehantering.....	16
Klagomål och synpunkter.....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	19
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	20

## SAMMANFATTNING

Under året har verksamheten fått vetskap om en kommande renovering av lokalerna vilket medför en nedläggning av verksamheten under 2026. De planerade åtgärderna för året har därför delvis blivit förändrade och vissa saker har bortprioriterats. Verksamheten har prioriterat att vara närvarande för patienternas tankar och funderingar kring deras framtid och kommande flytt från sin bostad och den trygghet de haft på Fridhemmet Servicehus.

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 förbättrat resultatet till att uppnå 100 % jämfört med föregående år där resultatet låg på 98 %. Vi fortsätter att förvalta det fina resultat vi har idag och är stolta över vad vi har åstadkommit.

Verksamhetens arbete med fallprevention är väl implementerat och sker systematiskt. Avvikelsehanteringen för fall 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 98 % av givna läkemedel är signerade vilket är ett bra resultat. Verksamheten hade under 2024 ca 135 000 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.

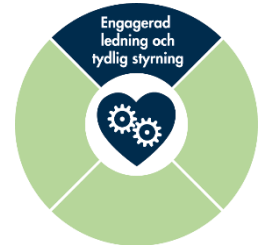
Under året har verksamheten genomfört observationen och självskattning av följsamhet till basal hygien och klädregler. Resultat har varit bra vilket visar på att vi har ett väl fungerade arbetssätt och fungerade rutiner. Verksamheten arbetar för ett öppet klimat där medarbetare själva vågar påtala om 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 systematisk, 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 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.
- Öka signering i APPVA gällande signerade insatser till 95 % 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.

Följ upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller:

- 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:

- 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.

## 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 överlåtit 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.
- Capiro 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 fothälsövård.

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. Möte med fysioterapeut- och arbetsterapeut sker 1-2 gr/månad utifrån behov. Sjuksköterskemöten sker 2 gånger/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 i månaden.

## 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 2024 en ökad följsamhet till uppdatering av samtycke 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 genomför årligen 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. Ingen avvikelse till IVO under 2024.



## 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 gällande sårvård.

Medarbetare som har uppdrag att genomföra observationer gällande basal hygien och klädregler har deltagit på två uppföljningsträffar under året. Träffarna hålls 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.

Under året har ytterligare en omvårdnadsmedarbetare utbildats till palliativt ombud och denna medarbetare representerar natten.

SBAR har införts i verksamheten under föregående år med planering för uppföljande workshop under 2024. På grund av informationen om nedläggning har uppföljning av införandet av SBAR inte genomförts.

HLR utbildning för alla flertalet medarbetare har genomförts under året. Alla legitimerade medarbetare har deltagit.



## Patienten som medskapare

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

För att säkerställa att patientens behov tillgodoses, arbetar 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 mötestiden förändrats från 60 min till 30 min då mötesformen nu blivit effektivare.

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

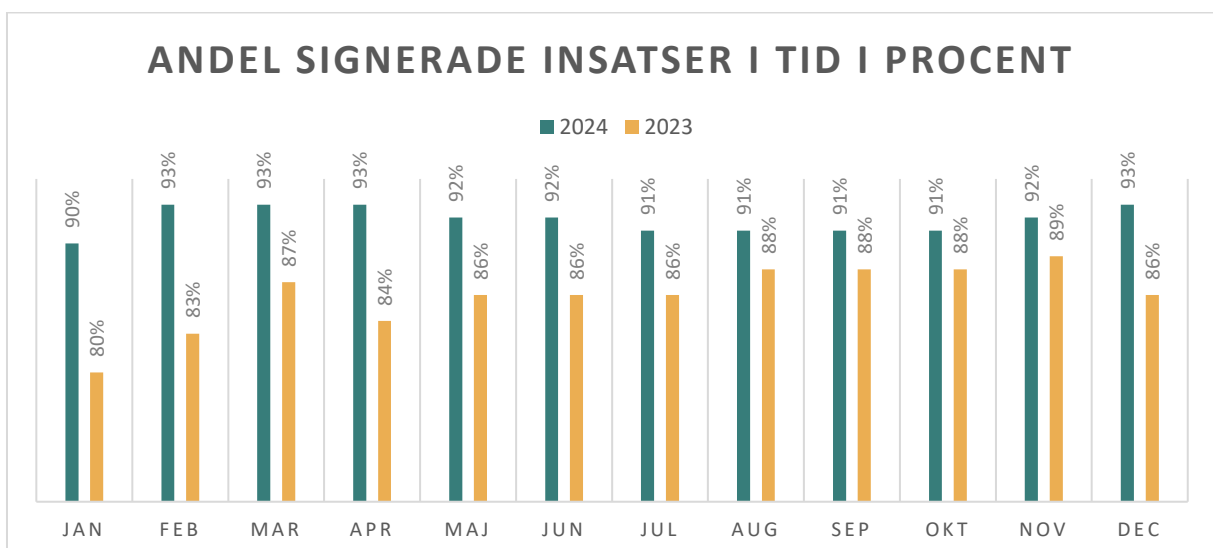
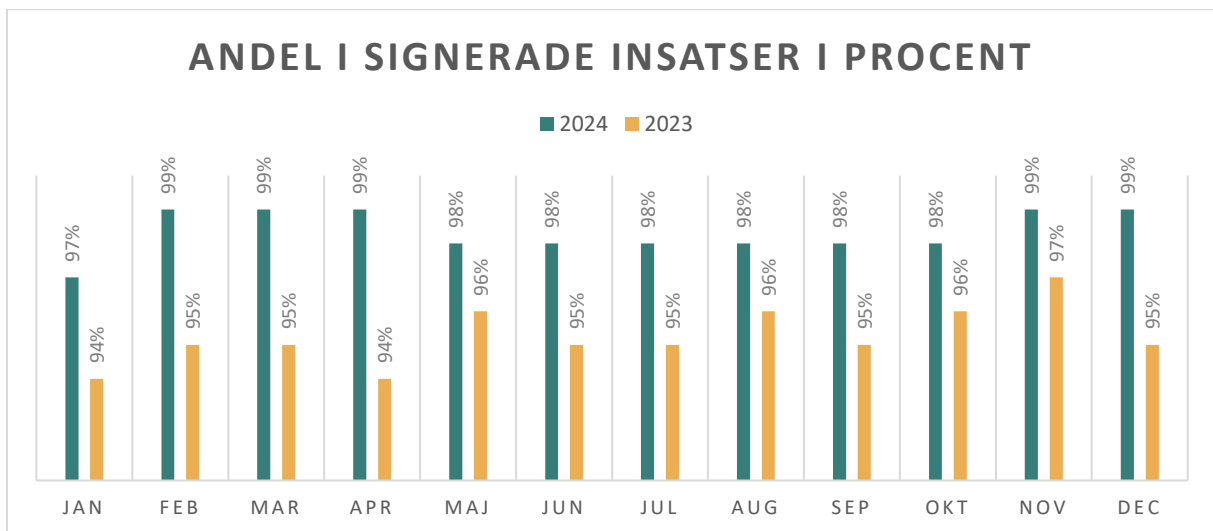
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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 med ett årsmål om 95 % signerade insatser och 85 % signerade insatser i tid.

**Resultat:** Verksamheten har nått upp till årsmålet med ett resultat på antal signerade insatser 98 % och antal signerade insatser i tid på 92 %.



**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 89 % 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 förskrivarutbildning kvarstår från föregående år.

**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 inte prioriterat införande av registreringar i Senior Alert under år pga. förändringar i verksamheten.

**Åtgärd:** Verksamheten kommer inte att införa registreringar under kommande år pga. förändringar i verksamheten.

**Uppföljning av åtgärd:** Ingen uppföljning planeras.

## Mätning av följsamhet till basal hygien och klädregler

**Mål:** 60 % 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 92 %.

Vecka 11-12 2024	Vecka 40-41 2024	Total
88 %	96 %	92 %

**Analys av resultat:** Vi ser en god följsamhet till basal hygien och klädregler i verksamheten. Vi arbetar aktivt med att ha ett öppet klimat där alla medarbetare vågar säga till en kollega om en brist föreligger.

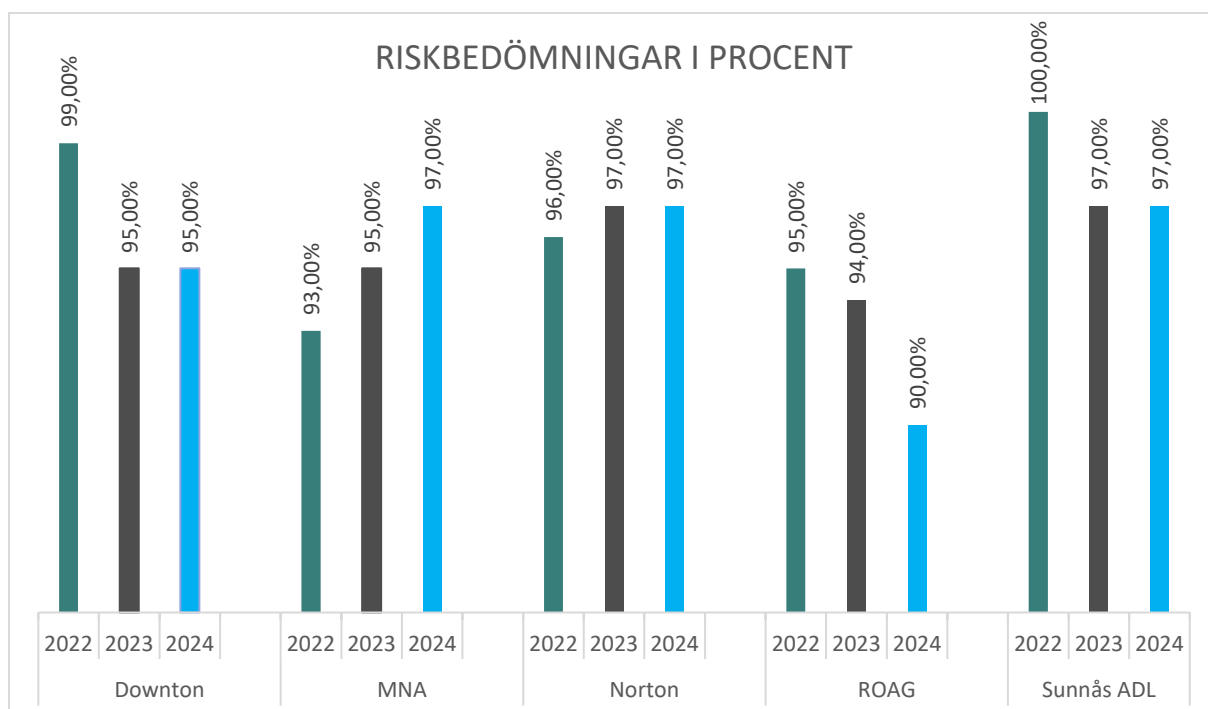
**Åtgärd:** Observationer har skett två gånger under året av medarbetare med utökad kunskap gällande basal hygien enligt rutin. Vi utför månatligen någon form av mätning i form av självskattning, observation på rapport eller observation av kollega i omvårdnadsarbetet.

**Uppföljning av åtgärd:** Analys av självskattning och observationer har utförts av resultatet och återkopplats till personal om behov föreligger.

## 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.



**Analys av resultat:** Vi har ett positivt resultat som visar på att legitimerad personal arbetar aktivt med riskbedömningar 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 som avlider på Fridhemmet Servicehus ska registreras i palliativa registret.

**Resultat:** Verksamheten har fyllt i kvalitetsregistret i 3 av 6 fall under året för patienter som avlidit på servicehuset.

**Analys av resultat:** Vi kan se ett färre antal registrerade avlidna i palliativa registret och når därför inte upp till målet. Verksamheten har inte heller följt rutinen att teamet tillsammans registrerar i det palliativa registret. Vi ser också att sjuksköterskorna inte heller har registrerat vilket är en brist.

**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 genomföras i teamet efter att en patient avlidit.

**Uppföljning av åtgärd:** Uppföljning av registrering i palliativa registret sker månatligen och återkopplas till ansvarig sjuksköterska om registreringen inte är utförd. Uppföljning kommer att ske gällande om registrering sker i team.

## 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:** 261 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:** 294 avvikelser gällande läkemedel har registrerats i hälso- och sjukvårdsjournalen under året.

**Analys av resultat:** Verksamheten ser en ökning 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:** 31 avvikelser gällande brister i vårdkedjan har registrerats i hälso- och sjukvårdsjournalen under året.

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

**Åtgärd:** Verksamheten är i ständig 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). Uppföljningen 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

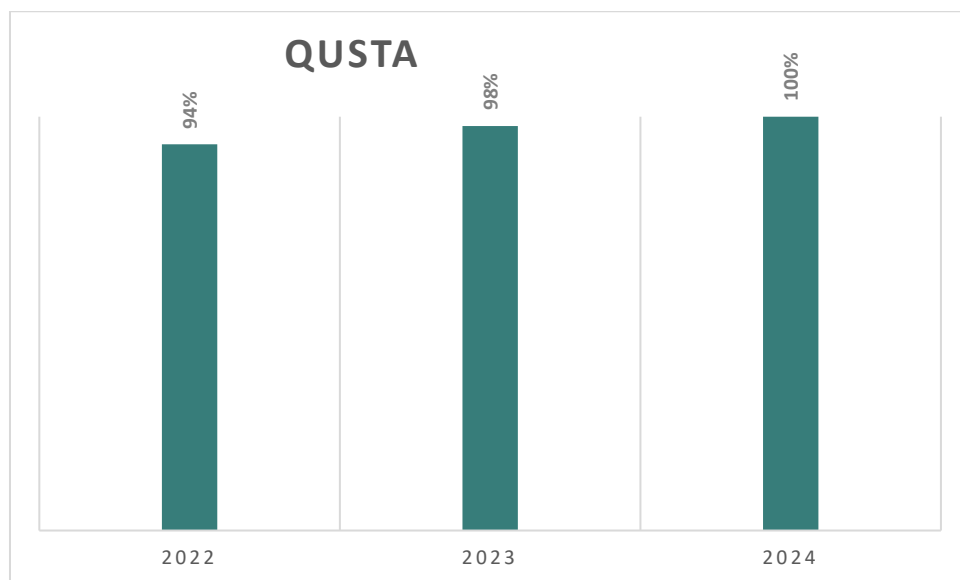
Verksamheten har ett väl fungerande arbete gällande följsamhet till rutiner och strukturerade arbetssätt. Underlag inför QUSTA tas fram tillsammans med representanter för legitimerad personal och verksamheten analyserar själv sina styrkor och utvecklingsområden. Verksamheten ser att framtagandet av underlaget 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 bedriver en mycket god och säker hälso- och sjukvård. Verksamheten har patientsäkerhet i fokus vilket synliggörs i deras strukturerade arbetssätt i att ta fram rutiner, genomföra egenkontroller, arbeta med avvikelshantering. Verksamheten har en stabil grupp med legitimerad personal som arbetar i team kring den äldre.

Positivt att kunskapen inom kognitiv sjukdom har ökat vilket har medfört att fler demensutredningar har initierats som leder till att fler äldre får rätt vård och behandling. Fridhemmets arbetar på ett föredömligt sätt inom flera områden som bl. a. förebygga psykisk ohälsa, trycksår, nutrition, fall och den palliativa vården. MAS och MAR samlade bedömningen utgår från verksamhetens egenkontroll av hälso- och sjukvården med verksamhetens resultat och analys och möte med hälso- och sjukvårdspersonal och ansvarig chef för presentation av resultat samt kompletterande frågor.”

Verksamheten har ett förbättrat resultat från föregående år. Verksamheten kommer att fokusera på att förvalta resultatet under kommande år.



## Vård i livets slut

Verksamhetens arbete med palliativa ombud har under året fortsatt att 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 under året tagit fram och infört ett arbetskort för VAK där patientens egna önskemål kring vård i livets slut fylls i samt annan viktigt information gällande vård i livet slut för just denna patient. Implementeringen av DöBra kortleken har fortsatt och hela arbetsgruppen har deltagit i en workshop gällande DöBra kortleken under året.

Verksamheten har även regelbundna teammöten när en patient går in i ett sent palliativt skede och sedan löpande avstämningar under tiden patienten är i vård i livet slut. Palliativa ombuden träffas på månatliga möten där bitr. enhetschef för HSL deltar för att driva arbetet framåt.

## Psykisk hälsa

Verksamheten har 13 medarbetare som är utbildade 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 samt för verksamhetens äldre och delta i framtagande av rutiner och arbets sätt. Regelbundna månatliga möten sker. Första hjälparna är även delaktiga i att hålla två kortare reflektionsträffar för kollegerna under veckodagarna. Under reflektionerna får medarbetare bland annat möjlighet att reflektera över sitt arbetspass, reflektera om utmanande arbetssituationer med mera.

## Säker vård här och nu

Vi utökade andelen sjuksköterskor från 4 till 5 inför 2024. Då verksamheten under våren fick information om planerad nedläggning valde en sjuksköterska att avsluta sin tjänst efter sommaren. Då flertalet patienter då valt att flytta till annat servicehus eller vård- och omsorgsboende har denna tjänst inte tillsatts utan egna timvikarier har täckt upp där behov funnits under hösten.



För arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har bemanningen på 1,8 sjukgymnast och 1,0 arbetsterapeut fortsatt sedan föregående år. 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 vård säng 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. Sjukgymnasterna har fortsatt individuell träning i gym för de patienter som önskat och haft behov.

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 behövs fortsatt utveckling av samverkan mellan verksamheten, beställarenheten och regionen.

## Riskhantering

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

Risicanalys för bemanning av legitimerad personal under sommaren och jul- och nyårshelgen utförs och analyseras. Vi såg att en bättre bemanning av sjuksköterskor behövdes under sommaren och åtgärdade detta i planeringen.

Risکانالyser kring smittsamma sjukdomar finns och reviderad vid behov. Verksamheten har en god kännedom om rutiner och arbetssätt som krävs om smitta finns i verksamheten.

Egenkontroll och riskanalys 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.

Riskbedömning 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/uppmannas att skriva avvikelser för att upptäcka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.



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

- Riktlinjerna är kända och följs av all personal.
- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser finns och är aktuella.
- Regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser med berörd personal.
- Det finns rutiner 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.
- Utreda 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 avvikelserna.
- Rapportera allvarliga avvikelser till MAS och enhetschef och biträdande enhetschef.
- Informera patienten/närstående om avvikelserna.

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

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

Avvikelse 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 avvikelshantering 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 registrera 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	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM) enligt framtagen mall

blåsdysfunktion, skyddsåtgärd och prevention		
Avvikelser	Löpande	Avvikelsesystemet journalssystem Vodok
Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	I gång per månad/ årlig sammanställning	Sammanställningar i journalssystem Vodok
Aktivitetsbedömning ADL	I gång per månad/ årlig sammanställning	Sammanställningar i journalssystem 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	I 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 behov. 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. 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 funktionen på 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 föregående journalgranskning.

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

Verksamhetens styrkor gällande journalföringen är följande:

- Samtliga journaler är i sin helhet skrivna på ett språk som är lätt att förstå och på ett respektfullt sätt.
- Obligatoriska riskbedömningar finns utförda i samtliga journaler, och vid bedömd risk finns en upprättad hälsoplan i samtliga fall.
- Där anteckning efter riskbedömning finns i kartlagt hälsotillstånd, framgår oftast varför en hälsoplan är upprättad eller inte. Samtliga granskade hälsoplaner har alla i sin tur avsett hälsotillstånd samt kopplade åtgärder/ordinationer.

Verksamhetens utvecklingsområden är följande:

- Förbättra dokumentation under personfaktorer; förväntningar på vård i livets slut.
- ICF-klassifikation ska användas i större utsträckning, bedömningsfaktor och/eller kompletterande fritext under status.
- Översyn av inaktuella statusanteckningar. Ordinationer och hälsoplaner ska avslutas.

### **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 fortsatt behov av ökad kompetensutveckling gällande dokumentation i vård i livets slut.

Förvaltningen har under året startat upp ett kliniskt metodrum där utbildningar kan genomföras i syfte att öka kompetensen hos omvårdnadspersonalen.



# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

## Verksamhetens strategier för patientsäkerhetsarbetet 2025

- Fortsätta förvalta det fina resultat som verksamheten har.
- Fortsatt arbetet med den röda tråden mellan hälso- och sjukvårdsjournalen och den sociala journalen.
- Fortsätta arbetet med SBAR för att säkerställa kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

## Verksamhetens mål för 2025

- Förvalta målet gällande signering i APPVA om 96 % och signerade insatser i tid till 85 %.
- Fortsätta arbetet med att registrering i palliativa registret sker i teamet efter dödsfall som skett i verksamheten. Målet är att alla dödsfall registreras.
- Fortsätta samtal med patienter kring egna önskemål i livets slut. Årsmål om 75 % anteckningar under sökordet i hälso- och sjukvårdsjournalen är framtaget i samråd med de palliativa ombuden.
- Införa ”Att göra lista” i hälso- och sjukvårdsjournalen.

## Följa upp kvalitet och säkerhet genom egenkontroller under 2025

- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen enligt årsplan för egenkontroll.
- Månatlig 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 inte blivit signerad. Egenkontrollerna kommer att ske vid behov.

## Kompetensutveckling under 2025

- Utveckla dokumentationen gällande vård i livets slut.