

**Patientsäkerhetsberättelse
För Solbacken Stockholm
år 2024
och patientsäkerhetsplan
år 2025**



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.

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.....	7
Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten.....	7
Informationssäkerhet.....	8
HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§.....	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
Samverkan med patient och närstående	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelse.....	14
Klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	17
Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2023.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

SAMMANFATTNING

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas i verksamheterna har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Solbacken är ett vård- och omsorgsboende med demensinriktning. Här finns totalt 64 lägenheter fördelat på åtta avdelningar. Tre av lägenheterna kan användas till parboende. En avdelning med åtta platser är avsedd för korttids- och växelvård. I verksamheten bedrivs även dagverksamhet med maximalt femton platser.

Sjuksköterskor finns på plats dygnet runt och det finns arbetsterapeut och fysioterapeut i tjänst måndag-fredag. Samverkansöverenskommelse finns med läkarorganisationen Capio Legevisitten. Namngiven läkare finns på plats en dag i veckan och tillgång till jourläkare finns dygnet runt.

Under år 2024 har det varit enklare att rekrytera sjuksköterskor än föregående år. Solbacken har även utökat sin sjuksköterskebemanning med en tjänst på 75% vilket har gett mer stabilitet i bemanningen i jämförelse med åren 2022–23. Inga sjuksköterskor har tagits in via bemanningsföretag. Dock har många vikarier varit inne på grund av längre sjukfrånvaro.

Ett stort arbete har gjorts med den palliativa vården. Ett palliativt råd har skapats som har träffats en gång i månaden.

Ett stort fokus har legat på avvikelshanteringen för att uppmärksamma vilka brister som varit aktuella i verksamheten. Samtidigt har det utförts egenkontroller och kvalitetstillsyn som lett till ett flertal handlingsplaner för att förbättra verksamhetens kvalitet.

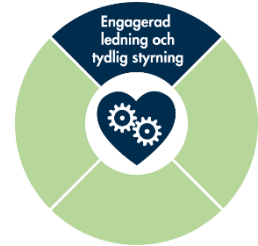
Ombudsroller inom ett flertal områden har tagits fram och under året har temamötena utvecklats och kvalitetsområden lyfts på både kvalitetsråd och arbetsplatsträffar (APT).

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att 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

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

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets-, miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen.

Företaget ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten.

En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring vårdskada.
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation.
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD (vid demens).
- Alla patienter i livets slut ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Utvecklingen av det palliativa rådet ska fortsätta.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med ansvar för detta.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person.
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess.
- Följa basal hygien i vård och omsorg.

Målet för Solbacken är att bedriva en trygg och säker vård. Med stöd av Vardaga ledningssystem och styrdokument följs vården upp systematiskt. En av insatserna under året har varit att arbeta aktivt med avvikelser för att fånga upp vilka risker som finns i verksamheten. Avvikelse följs upp i teamet veckovis och tas även upp på en övergripande nivå på APT och kvalitetsråd månadsvis.

Dokumentationen granskas regelbundet och riskbedömningar utförs kontinuerligt. De boende som samtycker registreras i kvalitetsregister och resultaten från dessa ska följas upp på HSL-möten. Solbacken har flera palliativa ombud. Dock behöver fler utbildas under 2025. En sjuksköterska med specialistutbildning i palliativ vård har anställts och hon har hållit i palliativa råd under 2024.

På Solbacken har varje avdelning teammöten varannan vecka. Dessutom hålls avdelningsmöten en gång per månad där det finns utrymme för diskussion mellan professionerna. HSL-möten hålls regelbundet.

Ett fortsatt mål är att alla boende på Solbacken med blåsdysfunktion ska erbjudas en basal utredning och ha individuellt utprovade inkontinensskydd. Arbetet med att ordinera i Guide har påbörjats men är inte helt implementerat.

Kompetensinventering utförs och kompetensutvecklingsplan revideras regelbundet. Det finns flera webb-utbildningar som görs regelbundet och det finns ombud för bland annat kvalitet/ hygien, palliativ vård, nutrition/måltid och BPSD. Utsedda ombud/ansvariga sjuksköterskor får extra kompetensutveckling inom sitt område.

En säker läkemedelshantering är av yttersta vikt. Det finns tydliga rutiner för hur delegeringsprocessen går till. Rutinen för bortforsling av farligt avfall som läkemedel och stickande/skärande har förenklats.

Samtliga medarbetare ska ha god kännedom gällande basala hygienrutiner och egenkontroller genomförs kontinuerligt. Utbildning av medarbetare utförs löpande och det är olika personer som utför observationer utifrån ett lärande-syfte. Det finns även en utsedd sjuksköterska som har vårdhygien som ansvarsområde.

Organisation och ansvar

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy. Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§,

6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt gällande regelverk finns samverkansöverenskommelse upprättad med berörd läkarorganisation. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. På Solbacken finns ett samverkansavtal med Capio Legevisitten. Capio Legevisittens uppdrag att tillgodose läkarinsatser för samtliga boende. Sjuksköterskorna på Solbacken har eget medicinskt ansvar vilket innebär att de i varje situation ska kunna bedöma och avgöra när läkare behöver rådfrågas eller tillkallas. Läkaren ska vidta de åtgärder som patientens tillstånd kräver och han beslutar med patientens medgivande vilka vård- och behandlingsinsatser som ska ske. Det ligger sedan på Solbackens hälso- och sjukvårdspersonal att utifrån sitt medicinska ansvar följa de ordinationer som läkaren meddelat för att ge den boende en god och säker vård. Läkaren har fasta besökstider varje vecka där hon tillsammans med ansvarig sjuksköterska går igenom den boendes hälsotillstånd utifrån individuella behov samt besöker boende som har behov av detta. Sjuksköterskan ansvarar för att förbereda besöket. Ansvarig läkare för verksamheten finns tillgänglig dagtid och ska i första hand kontaktas vid akuta problem. Övrig tid kontaktas jourhavande läkare från Capio Legevisitten.

Samverkan är extra viktigt vid vårdövergångar och betydelsen av noggrann och adekvat rapportering är stor. Bristande information och stress är faktorer som ökar risken för vårdskada. En riskfaktor som lyfts upp bland hälso- och sjukvårdspersonalen på Solbacken är att det saknas en tydlig överenskommelse för läkarinsatser för korttids- och växelvårdspplatser. Detta försvårar samverkan och ökar risken för bland annat felaktig läkemedelshantering vilket i sin tur kan leda till vårdskada.

Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten

Intern samverkan mellan professioner sker enligt lokala rutiner. Bland annat genom teammöten och avdelningsmöten. På dessa möten tas aktuella händelser och avvikelser upp men även olika typer av riskbedömningar som används i förebyggande syfte.

Biståndshandläggare följer upp status på vårdplaneringar eller andra uppföljningar och efterfrågar vid behov bedömningar och/eller utredningar från olika professioner.

Vid inflyttning eller inskrivning på permanenta platser samt korttids- eller växelvård finns särskilda rutiner och checklistor för varje profession för att förhindra att viktig information förbises. Dessa listor är levande dokument som revideras fortlöpande. Till exempel har under 2024 ett större fokus lagts på trycksårspåbyggande åtgärder i ett tidigt skede.

Oral Care är ansvariga för munhälsobedömningar och erbjuder boende på Solbacken en kostnadsfri munhälsobedömning per år. Förutom Oral Care har flera boende kvar andra tandläkare och tandhygienister från exempelvis Flexident. Dessa kommer regelbundet och besöker boende för olika insatser/åtgärder.

Medicinsk fotvård bokas för de som vill och har behov av detta. Remiss till fotsjukvård skrivs av läkare. Besök görs regelbundet av Fot- och hälsagruppen.

Remiss till logoped skrivs vid behov och logoped gör hembesök på Solbacken. Ett gott samarbete finns mellan ovanstående och sjuksköterskorna på enheten.

Solbackens medarbetare kan även konsultera dietist vid behov.

Gällande inkontinenshjälpmedel har vi kontakt med vår leverantör och har fått stöd och hjälp av deras produktspecialist.

Kontakter tas även med specialistmottagningar vid behov. Till exempel sårcentrum eller stomimottagningen.

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 alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Britt, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år i syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

På Solbacken granskas dokumentationen regelbundet enligt rutin, dvs. genom egenkontroll, kvalitetstillsyn och checklista för hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

En god säkerhetskultur

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

Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera samt direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig. Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.



På Solbacken rapporteras avvikelser muntligt till legitimerad personal och akuta åtgärder sätts in direkt. Därefter skrivs avvikelse. Verksamhetschef tar alltid del av avvikelserna men de följs oftast upp av legitimerad personal och gruppchefer. Avvikelserna tas sedan upp på teammöte för att diskutera utifrån olika perspektiv och hitta möjliga orsaker och åtgärder. På kvalitetsrådet varje månad redovisas avvikelser samt synpunkter och klagomål och där diskuteras troliga bakomliggande orsaker till avvikelser på övergripande nivå. På APT, kvalitetsråd och andra möten poängteras alltid vikten av att rapportera alla avvikelser och hur avvikelserna används i förbättringsarbetet.

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.

På Solbacken genomförs en rad olika webb-utbildningar som är obligatoriska för samtliga medarbetare. För medarbetare som vill ha delegering krävs särskild utbildning och genomgång för just detta. Inom de olika ombudsområdena ges extra kompetensutbildning löpande vid behov och när tillfälle ges. Vid nyanställning av legitimerad personal är specialistutbildning meriterande och de som är anställda erbjuds utbildning under anställningen. Utifrån kompetensbehovet utbildas medarbetare inom särskilda områden. Solbacken har sjuksköterska på plats dygnet runt vilket underlättar för patienter att kunna stanna kvar på boendet vid försämring och minskar inskrivningsbehov på sjukhus.



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 patient och närstående.



Samverkan med patient och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten arbetar med boenderåd. Boenderådet leds av verksamhetschef/aktivitetsansvarig och rådet träffas minst två gånger per år. Närståenderåd har inte varit aktuellt men intresse efterfrågas på närståendeträffar som sker två gånger per år.

Vardaga har ett kundombud. Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende. Arbetet med att utveckla patienters och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas.

På Solbacken erbjuds närstående att vara så delaktiga i verksamheten som de själva och den boende vill. I samband med inflyttning ber vi boende och närstående om en levnadsberättelse och efterfrågar hur ofta och vilken information de vill ta del av framledes. En gång per år erbjuds ett uppföljningsmöte där man går igenom den boendes hälsostatus och planer. Verksamhetschefen skickar ut månadsbrev till närstående som lämnat sin e-postadress. I brevet informerar verksamhetschefen bland annat om pågående projekt och framtida aktiviteter. Detta sätts även upp på avdelningarnas anslagstavlor. Synpunkter och klagomål kan lämnas direkt till medarbetare eller chef på plats via telefon eller e-post. Det finns även en synpunktslåda i entrén där både boende och närstående kan lämna klagomål och synpunkter skriftligt.

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. Dessa ska göras i den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

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

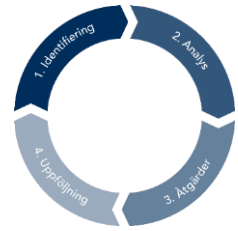
Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Egenkontroller utförs två gånger per år. På egenkontrollerna uppmärksammades brister som resulterade i handlingsplaner som lagts in i förbättringsloggen. Varje år genomförs även en kvalitetstillsyn.

En extern läkemedelsgranskning genomförs årligen och utfördes under hösten 2024.

Handlingsplaner tas upp i den lokala ledningsgruppen och delar presenteras även på kvalitetsråd och APT.

Resultat från kvalitetsregister ska följas upp kontinuerligt för att kunna användas i det förebyggande arbetet.



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 och mätning av skador samt 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.



Alla avvikelser ska rapporteras och hanteras skyndsamt. Utifrån allvarlighetsgrad utreds händelsen på olika nivåer och av olika personer.

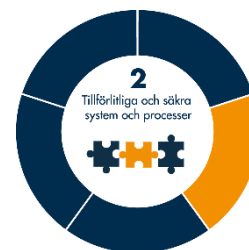
Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2023.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2025	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Avvikelsehantering	Att alla avvikelser rapporteras	En stor andel avvikelser rapporterades	De flesta avvikelser rapporteras, men det är endast få timvikarier som rapporterar.	Information om rapportering sskyldighet på APT, kvalitetsråd osv. Intro i Q-maxit för nya medarbetare.	Viss ökning av rapporter efter informationstillfällen.	All personal	Q-maxit
Utredning av avvikelser/vårdskador	Snabb utredning och adekvata åtgärder/utredningar	Avvikelse har utretts i tid. Ibland kan en del uppföljningar ligga kvar en längre tid i systemet.	Avvikelse hanteras skyndsamt och analyseras löpande på aggregerad nivå på olika möten. Ibland missas det att dokumentera alla åtgärder och därför kan avvikelser ligga kvar en tid trots att den är färdigutredd.	Snabba åtgärder och adekvata insatser.	GC och EC går igenom Qmaxit varje måndag, följs upp på ledningsmöte.	Alla vårdavvikelse. Utredning utförs av legitimerad personal och chefer.	Q-maxit
Journalgranskning	Journalgranskning 4 ggr/år	Journalgranskning utförd	Journalerna blir bättre ju fler fast anställda ssk som finns på plats.	Anställt ssk, fortsätter med checklistor.	Journalerna blir bättre och bättre och ssk dokumenterar mer lika.	Legitimerad personal.	Vodok

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.



På Solbacken kontrolleras alla i det dagliga arbetet att man följer de basala hygienrutinerna samt klädreglerna. Egenkontroller med självskattning och observationer utförs regelbundet av vårdhygienombud som utbildats för att kunna observera andra. Läkemedelsgenomgångar genomförs på alla boende minst en gång per år och vid behov. Dessutom genomförs Vardagas MedView var 6:e månad av sjuksköterska.

Vården i livets slut ska dokumenteras och registreras i Svenska palliativregistret. Det finns rutiner och checklistor för vård i livets slutskede och förbättringsområden kan tas fram utifrån den sammanställda rapporten i registret. Regelbundna palliativa råd startades under 2024 och de rutiner som gäller palliativa frågor har utvecklats och finjusterats.

Riskbedömningar genomförs alltid vid inskrivning och minst var 6:e månad eller vid behov. Resultaten från riskbedömningarna utmynnar i individanpassade åtgärder.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Tabell 2. Beskriv kortfattat vilka vårdprocesser, rutiner och verktyg som använts i verksamheten under år 2024 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Läkemedelsgenomgångar Medview	God överblick av insatta läkemedel, alla ska registreras	Medview utförs nu kontinuerligt	Med fasta ssk på plats utförs detta regelbundet	Medview presenteras vid introduktion av ny personal	Fungerar bra	Sjuksköterskor	Vardaga, Medview
Svenska palliativregistret	Att dödsfall registreras i palliativregistret	Dödsfallen registreras	Fler dödsfall registreras enligt checklista, och resultaten lyfts på palliativa råd.	Registrering har blivit en del av arbetssättet	Resultatet behöver hanteras.	Registrering ska ske av ssk	Svenska palliativregistret
Senior alert	Att riskbedömningar utförs och följs upp i Senior alert	Samtliga personer som gett samtycke har registrerats i Senior alert	Registreringar utförs men kan släpa efter vid t ex långtidsfrånvaro i gruppen.	När registrering ska uppdateras är infört i att-göra-listan i journalsystemet	Nya ssk har börjat registrera.	All HSL-personal	Senior alert
PPM Basala hygienrutiner	Utföra PPM-mätning och nå mål på Andel korrekt i 8 steg på 75%	Vi nådde upp till 95%	Avsevärd förbättring från tidigare 63%.	Aktivt arbete med hygienfrågor i kvalitetsrådet. Alla avdelningar har ett hygienombud.	Ny mätning i början på 2025	PPM- utfördes på alla avdelningar.	Egenkontroll/observationer
Trycksår	Minimera andel trycksår på enheten	Från 20 till 7 rapporterade trycksår	Många trycksår i början på året	Vid kontroll var många madrasser dåliga. Nya köptes in.	Stor effekt, trycksåren minskade kraftigt efter madrassbyte.	Gäller alla avdelningar	Q-maxit

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.



Säker vård här och nu

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten år 2024 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Dokumentation och informationsöverföring mellan HSL och SoL	Att all personal har tillgång till aktuell information kring de boende.	Medarbetarna upplever att nya arbetsätt ökar tydligheten.	Under året har några olika metoder testats och på slutet av 2023 har vi hittat sätt som fungerar.	Nya dagblad och checklistor med uppdelning av arbetet.	Implementeringen fortsätter under 2025.	All personal	Parasol och boende- och rapporteringsspärm
Läkemedelshantering	God ordning i läkemedelsrum	Stor förbättring	Ordinarie ssk på plats har hjälpt	Ssk har fortsatt att rensa ut och uppdatera rutiner	Stor förbättring, bättre översikt.	Ssk	Granskningsprotokoll och styrdokument.

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.

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser ser ut, att de har skyldighet att rapportera samt att direkt vidta åtgärder. När en avvikelse bedöms som allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef. Verksamhetschef om informationen ska föras vidare till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete samt identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

Varje månad sammanställs enhetens avvikelser och analyseras av verksamhetschef och på kvalitetsråd med representanter från varje profession. På teammöte som sker varje vecka hanteras händelser och skrivna avvikelser. Riskbedömningar uppdateras och analyseras för att kunna sätta in lämpliga åtgärder.

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 samt minska risken för vårdskador.



Under 2024 har verksamheten utfört riskbedömningar på individnivå och satt in åtgärder utifrån detta. Kvalitetsregister har fyllts i men resultaten har fortfarande inte använts i analys eller för att upprätta handlingsplaner.

Resultaten från avvikelsestatistiken har använts för att belysa förbättringsområden.

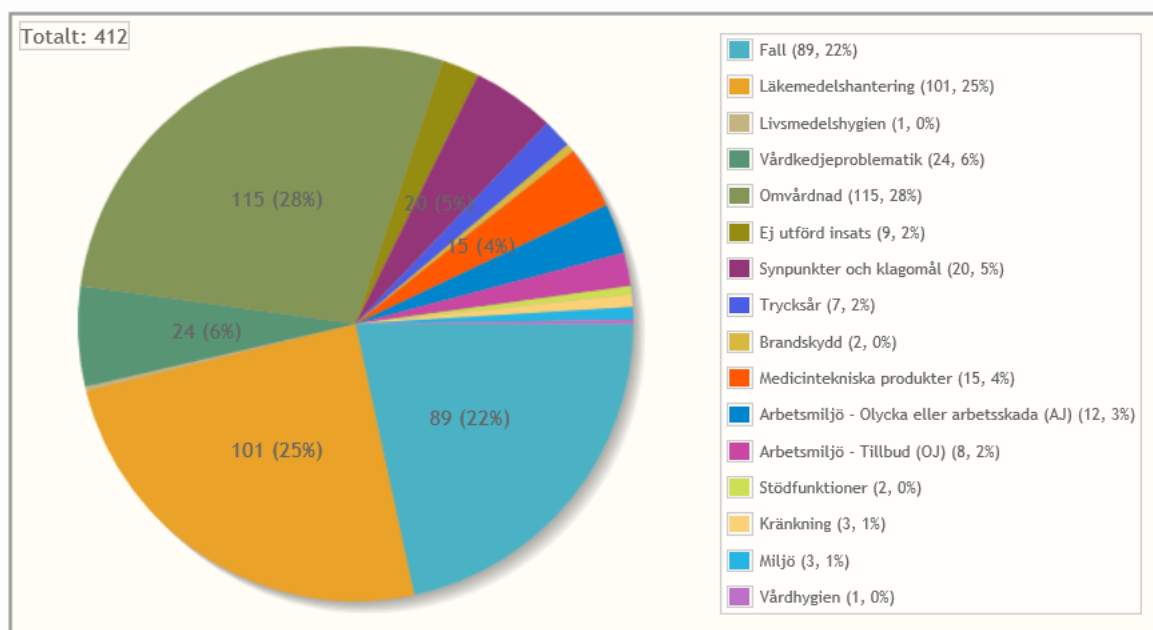
Avvikelser

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Avvikelse rapportering är ett viktigt område för att hitta olika förbättringsområden. Vikten av att rapportera tas upp på flera olika möten i verksamheten. Antal avvikelser ligger stabilt mellan åren 2023-2024. Analysen tyder på att det är för att fler medarbetare skriver avvikelser när de vet att dessa tas upp och hanteras. Sju stycken trycksår har rapporterats vilket är en stor minskning från 2023. Det tyder på att arbetet med att byta ut madrasserna varit verksam. Vi har även köpt in egna luftväxlande madrasser till verksamheten så att vi snabbt kan sätta in den åtgärden vid behov. Även inskrivningsmallar/checklistor har uppdaterats med ett större fokus på trycksår. Antalet omvårdnadsavvikelser ligger på i princip samma som föregående år. Precis som under 2023 används denna kategori felaktigt för att rapportera många andra saker som till exempel försenad leverans. En annan möjlig orsak är att sjuksköterskorna har varit ihärdiga med att rapportera varje gång de inte blivit kontaktade enligt rutin gällande exempelvis avföringslistor.

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål som inkommer registreras i Q-maxit. Verksamheten kan ta emot synpunkter och klagomål muntligt på plats, via telefon, e-post eller skriftligt på blanketter som finns i entrén. Om boende eller närstående hellre önskar kan de också lämna sina synpunkter och/eller klagomål till Patientnämnden. Informationsmaterial finns tillgängligt i verksamheten. Synpunkter och klagomål finns samlade i Q-maxit. Alla synpunkter och klagomål utreds och besvaras utifrån vad det gäller. Inga av ärendena under 2024 har rört HSL. De flesta har handlat om brister i städningen och andra praktiska saker som till exempel avsaknad av TV på ett rum för korttidsvård.

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. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

På Solbacken finns sjuksköterskor på plats dygnet runt vilket är positivt utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. En fortsatt utmaning har varit att rekrytera sjuksköterskor men det har varit betydligt bättre än under 2023 och inga sjuksköterskor har behövts hyras in via bemanningsföretag.

Vi har haft gott om skyddsutrustning och kunnat agera snabbt vid misstänkta och bekräftade fall av luftvägsinfektioner.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 5. Beskriv kortfattat hur hälso- och sjukvården i er verksamhet under år 2024 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan..

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Säkerställd bemanning	OAS ssk på alla avdelningar för att skapa kontinuitet	Under 2024 bemanningen av ssk varit stabilare och alla avdelningar har en omvårdnadsansvarig ssk. Långtidssjukskrivning har dock lett till många vikarier ändå.	Ökad belastning på ordinarie ssk när det är många vikarier.	Rekrytering av ssk samt utökad bemanning med en 75% tjänst.	Mer kontinuitet för boende och deras närstående.	Ssk/ hela verksamheten	Medvind/bemanning
Utbrott av smitta	Snabb och säker hantering vid utbrott	Erfarenhet från pandemin och förebyggande åtgärder och tydlig rutin vid utbrott har givit effekt	Ingen tydlig spridning av smitta mellan avdelningar.	Följde Ambeas och Smittskydd Stockholms riktlinjer.	God effekt.	Hela verksamheten	

Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2025

Under 2024 har vi haft en del utmaningar, både när det gäller bemanning och att försöka implementera många nya arbetssätt. Under 2025 kommer vi att fortsätta utveckla arbetet som påbörjats, främst genom att använda resultaten från

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter och där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dessa. Solbacken ska under år 2025 aktivt arbeta med patientsäkerhet med utgångspunkt i följande områden:

Vårdgivarens område för ökad patientsäkerhet	Mål 2025	Verksamhetens mål, planerade åtgärder och uppföljning av mål/delmål år 2025
Risk- och preventionsbedömningar.	Att alla boende har en aktuell riskbedömning.	Alla boende har en aktuell riskbedömning som dokumenteras i Vodok <i>ocb</i> Senior alert. Att riskbedömningar utförs enligt plan ska följas upp på HSL-möte och tas med till kvalitetsrådet 3 ggr/år.
Fallförebyggande arbete.	Förflytningsstatus utförs vid ankomst och riskbedömning utförs inom 3 dygn.	Fortsätta hålla det fallförebyggande arbetet levande samt regelbunden utbildning för omsorgspersonalen.
Dokumentation.	Alla patienter ska ha en korrekt hälso- och sjukvårdsdokumentation (utifrån ICF där det finns i systemet).	Fortsätta följa aktuell checklista och följa upp vid journalgranskning.
Minska läkemedelsavvikelser.	Att minska faktiska läkemedelsavvikelser.	Det görs genom att kontinuerligt följs upp avvikelser och lyfta dessa på kvalitetsråd. Upprustning av läkemedelsrummet planeras 2025 för ännu bättre ordning och reda.
Rapportering av händelser och vårdskada eller risk för vårdskada.	Att alla rapporterar avvikelser i Qmaxit, inte bara tillsvidareanställda medarbetare.	Att tydliggöra ansvaret att rapportera avvikelser vid introduktion men även till nuvarande vikarier.
Vård i livets slut.	Palliativa rådet är uppstartat och ska jobba med utvecklingsområden utifrån Svenska palliativregistret.	Palliativa rådet har möte en gång i månaden. Detta kan komma att glesas ut längre fram när det palliativa arbetet kommit längre.
Arbeta aktivt med BPSD-registret.	Alla boende ska in i BPSD-registret och ha aktiva bemötandeplaner.	Utbilda enstaka BPSD-ombud samt lägga tidsplan för arbetet. Använda redan befintliga forum som t ex Demensakademiens ”Reflektioner” för att samverka.