



Patientsäkerhetsberättelse

för VÄDDÖ VÅRD AB

År 2024



Datum 2024-02-20

Ansvarig för innehållet: Marie Hellqvist VD/Verksamhetschef

Diarienummer

Inledning

Väddö Vård är en patientvalsutförare i Norrtälje kommun som har till uppdrag att bedriva Hemtjänst, hemsjukvård, samt hemrehabilitering. Väddö Vård består av två enheter: Väddö och Hallstavik. Nedan följer patientsäkerhetsberättelsen för båda enheterna.

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"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	7
Övergripande mål och strategier.....	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet	10
Strålskydd.....	10
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens.....	13
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu.....	18
Riskhantering	19
Stärka analys, lärande och utveckling.....	20
Avvikelser	20
Klagomål och synpunkter	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	24

SAMMANFATTNING

Kvalitetsledningssystem är grunden för kvalitetsutveckling och medför att verksamheten systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra kvaliteten. Väddö vård har ett ledningssystem som ska säkerställa att verksamhetens dokumentation uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, arbetsmiljölagen och diskrimineringslagen, samt kommunens krav och riktlinjer gällande vård och omsorg.

Väddö Vårds interna kontroll ska genomföras årligen för att säkra upp kvalitetsarbetet. Målsättningen är att synliggöra det som fungerar bra och att förebygga eventuella brister i verksamheten. Vår egenkontroll innefattar

- Jämförelser och analys av verksamhetens resultat i nationella kvalitetsregister.
- Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.
- Årliga patientundersökningar och medarbetarundersökningar.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- Internkontrollplan sker enligt checklista och formulär.

Varje vecka följer enhetscheferna tillsammans med verksamhetschefen upp verksamhetens kvalitetsmål. Avvikelser, synpunkter och klagomål liksom händelser och tillbud är viktiga källor för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Vi arbetar nära varandra i multidisciplinära team där sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och ledningsansvariga ingår. För att hitta risker arbetar vi preventivt genom checklistor för riskanalys, samtal med SOL och HSL personal på våra morgon- och kvällsmöten, teammöte varje vecka, arbetsplatsträffar och patientmöten. HSL personalen har möten varje månad där det bland annat diskuteras kvalitets och patientsäkerhetsfrågor.

Nära samverkan sker med biståndshandläggare, trygghetsjouren, nattpatruller, primärvården, ASIH, sjukhusen, KSON och MAS/MAR, samt andra aktörer vilka kan vara aktuella utefter våra patienters situation.

För Väddö Vårds del har 2024 inneburit stora förändringar i och med det nya avtalet som började gälla 1 feb 2024. Mycket var oklart i avtalet när det trädde i kraft. Detta har påverkat oss i stor utsträckning, bland annat genom ett helt förändrat arbetssätt och ökad administration i och med ersättningsmodellen i det nya avtalet. I och med den otydlighet kring avtalet har det varit svårt att få svar på de frågor vi haft angående hur vi ska rapportera. Vissa av instruktionerna ändrades från vecka till vecka. Detta har lett till en stor frustration hos både ledning och omvårdnadspersonal. Den del i avtalet som styr HSL -ersättningen anser vi är under all kritik.

Vi anser att samarbetet med vissa vårdcentraler försämrats under året, något vi vet att andra utförare också upplevt. Vi misstänker att detta till stor del beror på att man tolkar de olika avtalen på olika sätt. Vi har under året haft flertalet möten med de vårdcentraler där samarbetet inte riktigt fungerat och vi anser att vi numera har ett ganska gott samarbete. Dock ser vi att ett samverkansavtal saknas mellan hemsjukvården och vårdcentralerna och vi medverkar därför i ett arbete kring detta. Anledning till det är för att säkerställa att våra patienter får samma hjälp och service oavsett vilken vårdcentral de tillhör. Vår förhoppning är att det ska skapa tydlighet och trygghet för såväl hemsjukvården som vårdcentralerna.

SIP arbetet har pågått under hela året och vi anser att vi har bra koll på processen kring SIP. Detta genom att KSON har anordnat möten för att stimulera arbetet kring detta. Under första halvan av 2025 har vi planerat för 2 SIP och ser med tillförsikt fram emot resultatet av dessa.

Tabellen nedan visar en sammanställning utifrån måluppfyllnad för de målsättningar som skapats tidigare.

Målsättning 2024	Resultat av utförda insatser	Åtgärd för vidare arbete
Minska antalet fall	Antal fall har minskat under året men vi hade önskat ett ytterligare bättre resultat	Vi kommer att arbeta vidare med vårt fallförebyggande arbete, då vi anser att det ger positiva resultat. Vi har för avsikt att utöka arbetet med FaR, vilket vi hoppas kommer generera i ytterligare minskat antal fall.
Sol- dokumentationen	Det nya avtalet som trädde i kraft 1 feb 2024 ställer högre krav på dokumentationen. På avtalsuppföljningen för 2023 fick vi nedslag pga. bristande dokumentation. Detta är något vi ser allvarligt på och har arbetat hårt med att förbättra.	Vi har lärt upp all personal att dokumentera i Lifecare. Vi gör kontroller varje månad att de insatser som kräver dokumentation, dvs avböjda besök, larminsats och oplanerad frånvaro har en dokumentation. Utöver detta gör vi stickprovskontroller på dokumentationen för att säkerställa att dokumentationstexten är skriven på ett tydligt sätt som inte är kränkande eller missvisande. På Apt har vi tillsammans tittat på olika dokumentationsexempel och haft diskussioner kring vad som är positivt och negativt. Vi har även haft temaveckor med dokumentationen som en punkt. Vartefter personalen har känt sig säkrare i hur man skriver genomförandeplaner, så har antalet fasta omsorgskontakter som skrivits in i Lifecare ökat. Vi har också under året uppmuntrat personalen att dokumentera andra saker i patienternas journaler. Tex om patienten gjort något speciellt, eller annat som kan vara av vikt.

Förbättrad HSL- dokumentation	Utbildning på KSON i Procapita har lett till bättre och mer lättläst dokumentation	Under 2025 kommer Procapita bytas ut mot Take Care. Vi kommer under 2025 sätta vår fokus på att få journalsystemet på plats, så att överföringen mellan Procapita och Take Care ska gå så snabbt och smidigt som möjligt.
Påbörja arbetet med BPSD	Inget arbete med BPSD är påbörjat. Tyvärr fanns ingen utbildning under hösten som den tilltänkta specialistundersköterskan kunde gå för att bli administratör.	Målsättning under 2024 har varit att komma i gång med arbetet med BPSD. Eftersom vi inte lyckats med detta mål har vi därför anställt ytterligare en undersköterska som redan är administratör. Vi hoppas att arbetet med BPSD kommer att komma i gång under mars-25
Minska antalet Läkemedelsavvikelser	Antalet läkemedelsavvikelser har minskat men vi når ändå inte upp till det mål vi satt upp.	I skrivande stund väntar vi på godkännande för inköp av Appva. Vi kommer även under våren att köpa in en avvikeslemodul tillhörande vårt planeringssystem Carefox. Detta för att avvikelser ska kunna hanteras snabbare och minska antal avvikelser rörande samma sak.
Senior Alert	Under 2024 har rutinen för Senior Alert fungerat bättre och bättre. Specifika Senior Alert möten hålls varannan vecka på enheterna. Där medverkar Senior Alert ansvarig, rehab personal, samordnare och den fasta omsorgskontakten.	Mindre tid kommer att ges till möten och dokumentation i och med den nya ersättningsmodellen. Vi känner oss osäkra på om vi kan ha specifika Senior Alert möten eller om Senior Alert ska avhandlas under Teammöte i framtiden.
Stjärnmärkt	Vi har utbildat 2 undersköterskor till Stjärnmärktinstruktörer	Implementeringen av det nya avtalet har tagit mer tid och kraft än vi räknade med. Nu har vi startat upp med Stjärnmärkt och hoppas bli klara innan 2025 slut.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Väddö Vårds förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformuleringar, uppföljning, analys, resultat samt uppföljning av resultat. Vi på Väddö Vård arbetar efter det ramverk för patientsäkerhet som tagits fram av Socialstyrelsen

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 §

- Verksamhetens insatser ska hålla en hög kvalitet.
- Våra patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska tillgodoses
- Våra patienter skall alltid bemötas vänligt och professionellt.
- Vi ska visa respekt för våra patienters privatliv och personliga integritet.
- Våra patienter skall uppleva att de insatser vi ger är anpassade efter deras individuella behov.
- Våra patienter ska uppleva att de har en hög grad av delaktighet och medbestämmande i de insatser som vi ger.
- Hos Väddö Vård ska personalen ha den kunskap och kompetens som är tillräcklig för att utföra sina arbetsuppgifter i enlighet med lagstiftning, Socialstyrelsens råd och beställarens krav.
- Väddö Vård ska vara en attraktiv arbetsgivare, som motiverar och skapar vilja att utvecklas.
- Medarbetarna ska ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling.
- Följa gällande lagstiftning om trygg och säker journalföring.
- Arbeta aktivt i kvalitetsregister
- Upprätta vårdplaner, samt följa upp och utvärdera dessa.
- Ha en säker läkemedelshantering

Det ska finnas den bemanning som behövs för att utföra verksamhetens uppdrag

Organisation och ansvar

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

VD/Verksamhetschef:

- har huvudansvar för att organisera patientsäkerhetsarbetet och fastställa ansvarsområden och rutiner.
- ansvarar för att vården drivs utifrån gällande lagar och föreskrifter.
- säkerställer att all patientdokumentation motsvarar ställda krav enligt patientdatalagen, socialtjänstlagen, patient- och/eller avtalskrav.
- i ansvaret ingår att se till att resursanvändning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Enhetschef:

- skall säkerställa att den egna enheten följer Väddö Vårds verksamhetsplan, det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt att införande av nya rutiner/metoder följs.
- ansvar för att leda och utveckla sina enheter.
- har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till VD/verksamhetschef.
- introducerar och säkerställa att alla medarbetare använder administrativa system på rätt sätt.
- rapportera personalens kompetensutvecklingsbehov till ledningen.
- säkerställa att avvikelshanteringen är aktiv och används på ett konstruktivt sätt.

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter):

- har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och de ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef enligt fastställd avvikelse-hantering. Delta i förbättringsarbetet för att upprätthålla och öka kvaliteten inom verksamheten.

Omsorgspersonalen (undersköterskor, vårdbiträden):

- har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården och socialtjänstlagen. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser enligt fastställd avvikelsehantering. Delta i förbättringsarbetet för att upprätthålla och öka kvaliteten inom verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vi arbetar nära varandra i multidisciplinära team där sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, fasta omsorgskontakter, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och ledningsansvariga ingår.

Samverkan sker med biståndshandläggare, KSON, trygghetsjouren, nattpatruller, primärvården, ASIH, sjukhusen, MAS/MAR samt andra aktörer vilka kan vara aktuella utefter våra patienters situation.

Sjuksköterskorna har möten med ansvarig läkare varje vecka. På Väddö enheten är en stor del av patienterna listade på Norrtälje hälsocentral. Vi har därför valt att ha en fördjupad samverkan med dem. Det innebär att en läkare från Hälsocentralen är på enheten en heldag per vecka och tillsammans med ansvarig ssk gör hembesök och rondärenden. Tillskillnad från Väddö vårdcentral och Hallstavik vårdcentral där vi har tid avsatt för rond tillsammans med dr en gång i veckan och gör hembesök tillsammans utefter behov.

Vi upplever att samverkan med vårdcentralerna har under det senaste året blivit sämre vilket vi tror beror på att man tolkar avtal olika. Samverkansmöten har hållits i KSONs regi för att försöka kartlägga vart samverkansproblemen ligger. En arbetsgrupp är framtagen utifrån mötesdeltagare. Denna arbetsgrupp har till uppgift att skriva ett samverkansavtal mellan hemsjukvården och vårdcentralerna, så att ingen patient ska fara illa för att man tolkar de olika avtalen på olika sätt. Vi anser att detta samverkansavtal är av stor vikt och har därav en representant i tidigare nämnda arbetsgrupp. Vår förhoppning är att denna överenskommelse kommer att göra det lättare för oss att samverka kring våra patienter.

Samverkan med patient och närstående sker i det dagliga mötet och vid upprättande av genomförandeplaner/vårdplaner/samordnad vårdplanering. Som en del av kvalitetsarbetet ska varje patient ha en fast omsorgskontakt och kontaktperson. Våra patienter och deras närstående kan alltid nå vår personal på telefon 07.00 – 22.00.

- Vi följer de rekommendationer som ges angående smittskydd från regionen och Socialstyrelsen
- Vi har rond varje vecka med läkare från vårdcentralen
- Vi har varit behjälpliga med tidsbokning samt hembesök när det gäller vaccinationer för våra patienter
- Vi är delaktiga vid SIP eller vid utskrivningsplanering vid behov för en trygg och säker hemgång och överrapportering
- Webbutbildningar i Smittskydd, Basala hygienrutiner, med mera
- HSL möten där all HSL personal från båda enheterna deltar för att diskutera patient och kvalitetsfrågor
- Senior Alert möten för att förekomma och upptäcka risker hos patienter.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Väddö Vårds ledningssystem ska säkerställa att verksamheten uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, arbetsmiljölagen och diskrimineringslagen samt kommunens krav och riktlinjer gällande informationssäkerhet.

För att säkerställa att information inte lämnas till fel person inhämtas alltid ett samtycke.

Redan under arbetsintervjun får individen veta att vi har tystnadsplikt och vad detta innebär, samt skriva på ett avtal gällande detta.

- All kontorspersonal har genomgått en GDPR utbildning
- Vid samtal angående sekretessbelagd information sker alltid bakom stängda dörrar.
- Information som är skriftlig som anger sekretessbelagt material förvaras alltid så att ingen obehörig ska kunna komma åt dessa.
- Dokumentation sker i datasystemet Procapita och Lifecare
- Tystnadsplikten och bemötande tas upp kontinuerligt både på APT och morgon/kvällsmöte, alternativt temaveckor
- Journalgranskning görs minst 2 gånger per år.
- Loggkontroller i Procapita görs 2 gånger per år
- Beställning av SITHS kort och behörigheter beställs antingen av administratör eller av enhetschef. Dessa ansvarar också för att behörigheter tas bort samt att SITHS kort lämnas tillbaka vid avslut av anställning. From hösten -24 Har vi en egen administratör för SITHS kort.
- Vid viss kommunikation med slutenvården samt vårdcentralen används Lifecare SP
- Samtycke inhämtas alltid från patienten om journaler begärs ut.
- Samtycke inhämtas alltid för vilka patienten anser att vi får lämna någon information till gällande hur hen mår.
- Samtycke till sammanhållen journalföring inhämtas alltid och dokumenteras i Procapita /Lifecare

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Är ej aktuellt

En god säkerhetskultur

På Väddö Vård arbetar vi i Team på olika sätt för att hålla en god säkerhetskultur. Varje morgon och kväll hålls korta möten med omvårdnadspersonal, enhetschef, samordnare, samt delar av leg personal där det diskuteras eventuella problem och möjliga lösningar.

Teammöte hålls varje vecka där Verksamhetschef, enhetschef, samordnare, rehab personal samt hemsjukvårdspersonal deltar. På dessa möten tas avvikelser, tillbud och andra arbetsmiljöaspekter upp, så som riskbedömningar. Dessa händelser utreds tillsammans i teamet och återkopplas sedan till medarbetarna genom morgon och kvällsmöten eller APT. I vissa fall kan något kräva lite mer tid och återkoppling, då har vi temaveckor på enheterna där händelsen diskuteras.



Verksamhetens målsättning för en god säkerhetskultur	Utförande	Uppföljning
Undersöka vilka risker som kan finnas för medarbetarna	Genom att göra riskanalyser hos varje patient. Gå igenom avvikelser och tillbud Årlig skydds och brandrond. Genom att göra medarbetarna uppmärksamma på vad som ev. kan vara en risk och på det sättet göra medarbetarna mer benägna att skriva avvikelser och tillbud	Riskanalyserna går igenom på teammöten. En handlingsplan skapas tillsammans med de professioner som anses nödvändiga. Handlingsplanen tillsammans med avvikelser och tillbud diskuteras igenom och följs upp på teammöten. Skydds rond och Brandskydds rond görs varje höst med hjälp av Prevents checklista
Uppmuntra till att skriva avvikelser och tillbud	Redan vid introduktionen informeras den anställde om varför vi tycker att det är viktigt med avvikelser och tillbud samt syftet med dessa.	När vi märker att antal avvikelser minskar brukar vi tydliggöra det på morgon- och kvällsmöten. Att tydliggöra att en avvikelse snarare är ett kvalitetsinstrument och att det inte handlar om att hänga ut någon. Planen är att köpa in avvikelsemodulen för vårt planeringssystem för att på det sätt tydliggöra avvikelseprocessen för personalen. Vi hoppas att man i och med detta blir mer angelägen om att skriva avvikelser och eventuella tillbud.
Vara en attraktiv arbetsplats för befintlig personal, samt se till medarbetarnas hälsa och välmående	*Genom att se till att varje personal har ett schema som är individuellt och anpassat efter personalens olika önskemål. *Bemöta personalen på ett respektfullt sätt. *Vara lyhörda och försöka möta upp eventuella behov av stöd och vägledning.	*Tydlighet när schemaönskan inte går att genomföra på grund av lagar eller andra schematekniska aspekter. *All personal fick den sommarsemester de önskade *Sjukfrånvaron har tyvärr ökat. Vi misstänker att det nya avtalet och den stress det medför för vår personal är en bidragande faktor.

	*Vara lyhörda ifall planeringen inte fungerar. *Medarbetarsamtal. *Att skapa en gemenskap genom gemensamma aktiviteter. *Vara transparanta i kommunikationen med personalen.	Vi har ett avtal med företagshälsovården HELA Vi har haft interna utbildningstillfällen för att personalen ska ges möjlighet att lära sig mer och på det viset utvecklas i sitt arbete. Vi har givit personalen möjlighet att delat på kurser och utbildningar som hålls av exempelvis Sodexo, KSON eller Capiro ASIH. Under medarbetarsamtalet ser man tillsammans över den individuella kompetensutvecklingsplanen. 6 medarbetare har under 2024 fortsatt sin utbildning till undersköterska. Dels genom KUI, dels genom andra vuxenutbildningar. Vi har haft aktiviteter för personalen där vi har setts från båda enheterna Veckobreven har tills vidare tagits bort då vi märkte att det inte fanns något intresse för dessa. Vi försöker i stället vara så informativa vi kan genom våra anslagstavlor, morgon/kvällsmöten och på APT. Medarbetarenkät är gjord, resultatet har dock inte redovisats i skrivande stund.
Se till att involvera personalen i kvalitetsarbetet	*Genom Senior Alert möten * Att vara tydliga om vem som ansvarar för vad under introduktionen samt presentera ny personal för den leg personalen.	*Senior Alert möten hålls varannan vecka. *Uppföljning görs med all ny personal. *Checklistan för introduktion är reviderad under 2024. Detta för att bättre kunna möta det behov vi ser att nyanställda behöver ta del av inför att de ska börja arbeta självständigt. Nya eller reviderade rutiner ska tas upp på Apt, alt att ett exemplar sätts upp på anslagstavlan. Personalen får sedan skiva sin signatur när de läst. Under 2024 har vi påbörjat arbetet med att revidera och förtydliga våra policys.

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.



Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter):

Vi anser att vi möter upp behovet bra. Vi har under 2024 rekryterat ytterligare en sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Dessa professioner har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och de ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska rapportera risker och negativa händelser till verksamhetschef enligt fastställd avvikelshantering. Delta i förbättringsarbetet för att upprätthålla och öka kvaliteten inom verksamheten.

Sjuksköterskor och rehab personalen ska ta hjälp av MAS/MAR när frågeställningar dyker upp där vi anser att vi behöver hjälp och eller förtydligande.

För att säkerställa att personalen känner att de har adekvat kompetens, samt tillgodose eventuella behov av att utvecklas, så erbjuder vi på Vaddö Vårds personalen att gå utbildningar via tex Lärotorget som de själva känner är adekvata eller som de signalerar att de vill gå.

Vi strävar efter att tar tillvara varandras olika kompetens och tar lärdom av varandra i tex sårvård.

Omsorgspersonalen (undersköterskor, vårdbiträden)

- Har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården och socialtjänstlagen. De ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser enligt fastställd avvikelshantering. Delta i förbättringsarbetet för att upprätthålla och öka kvaliteten inom verksamheten.

Omsorgspersonalen ska dessutom göra en del webbutbildningar för att säkerställa att adekvat kunskap och kompetens finns.

De utbildningar som varje personal ska göra

- Arbeta säker med läkemedel (Demenscentrum),
- Basala hygienrutiner (Socialstyrelsen)
- Ett fall för teamet (Socialstyrelsen) eller liknande Fallförebyggande utbildning
- Smittskyddsutbildning (Lärotorget samt efterföljande grupparbete)
- Att arbeta ergonomiskt- internutbildning av fysioterapeut och arbetsterapeut
- Förflytningsutbildning- internutbildning av fysioterapeut och arbetsterapeut
- Palliativ vård, Capiro ASIH
- From 2024 kommer utbildningar som ingår i Stjärnmärkt att vara obligatoriska

Utöver dessa utbildningar hålls temaveckor alt. grupparbeten på APT med olika innehåll för att öka personalens kunskaper. Exempel på detta är: Demens, nutrition och bemötande.

På personalanslagstavlan finns tips på bra webbaserade utbildningar för personalen att utföra.

Vi får också till oss tips på kompetensutvecklande små filmer som kommer från MAR. Dessa använder vi oss av ibland som en repetition av tidigare teman.

Vi arbetar med att få en kontinuitet och stabilitet både hos våra patienter och medarbetare. Det gör att vi i vår schemaläggning alltid försöker se till att ”rätt personal är på rätt rad”

Patienten som medskapare



Samordnaren ansvarar för att en genomförandeplan görs tillsammans med patienten och dess närstående, om patienten önskar senast 10 dagar efter det att patienten fått sitt beslut. Vi uppmuntrar anhörigas medverkan vid upprättande av genomförandeplan. Dock är det patienten själv som bestämmer vem eller vilka i dennes närvaro som den önskar delta vid upprättandet av genomförandeplan. Genomförandeplanen ska göras av den fasta omsorgskontakten i så stor utsträckning som möjligt. Kontaktpersonen kan också göra genomförandeplanen om det anses vara bättre för patienten. Det är viktigt för oss att patienten känner att den blir lyssnad till och att vi sätter dennes behov i centrum. I genomförandeplanen ska det alltid framgå hur patienten varit delaktig. Har patienten svårt att uttrycka sig eller har någon kognitiv svikt ska det framgå vem som då fört patientens talan. Utöver genomförandeplanen skrivs det uppgifter som är av största vikt för patienten in vårt planeringssystem Carefox.

Patienten får alltid en informationspärm där kontaktuppgifter till enheten står, och uppmuntras till att höra av sig om något behöver ändras, samt en blankett att fylla i vid eventuella åsikter eller klagomål. Samordnare och enhetsledare har tät kontakt med patienter och närstående i frågor som gäller planering och utförandet av beviljade insatser. Samtycke för informationsutbyte och sammanhållen journalföring inhämtas alltid. Har patienten ett husdjur inhämtas uppgifter om vem som ska kontaktas vid, exempelvis sjukhusinläggning. Det skapar en trygghet för patienten att veta att dennes djur kommer att tas omhand av önskad persona vid eventuell frånvaro.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Väddö Vårds interna kontroll genomförs årligen för att säkra upp kvalitetsarbetet. Målsättningen är att synliggöra det som fungerar bra och att förebygga eventuella brister i verksamheten.

Egenkontroll	Utformning	Resultat
Verksamhetens resultat jämför med nationella kvalitetsregister samt tidigare resultat	Socialstyrelsens årliga enkät	Vi står oss bra i resultatet från Socialstyrelsen. Patientnöjdheten för 2024 ligger på 98% Vi står oss bra i jämförelse med övriga utförare i kommunen likväl som regionen och landet. Vi använder oss av enkäten för att förbättra vårt arbete där vi ser att vi inte når så högt som vi önskar
Granskning av journaler, akter och annan dokumentation	2 gånger per år av verksamhetschef	Vi märker att journalskrivningen blivit mycket bättre, både på Sol och HSL. Senaste HSL journalgranskningen som gjordes i nov-24 visar att samtliga rehab journaler får godkänt enligt mall. Endast 2 av 10 granskade journaler i hemsjukvården saknade något från granskningsfrågorna. Journalerna är fortsatt skrivna med respekt för patienten och det är fortsatt lätt att följa och arbeta patientsäkert utifrån
Följsamhet till Basala hygienrutiner	Vid nyanställning samt 1 gång per år för all personal	All personal har gjort basala hygienrutiner. Följsamheten kontrolleras av ansvarig hygienundersköterska eller enhetschef. Vid nyanställning görs en uppföljning efter 3 månader som senast
Uppföljning av registrering i Nationella kvalitetsregister	Senior Alert. Antal gånger varierar beroende på uppföljning Saknar för närvarande BPSD registrering	Vi har Senior Alert möten varannan vecka med omvårdnadspersonal, ansvarig SSK och rehab personal

Uppföljning av rehab planer och vårdplaner	2 gånger per år.	Rehabteamet har under året kommit överens om hur rehab planerna ska skrivas. Rutin har följts upp.
Uppföljning av genomförandeplaner	2 gånger per år	Resultatet skickas till patientvalsansvarig vid efterfrågan Alla patienter har en genomförandeplan. Under 2024 har vi arbetat hårt med att man skriver in genomförandeplanen direkt i Lifecare när den görs. Detta för att slippa tung administration och för att genomförandeplanen ska skrivas in inom 10 dagar.
Uppföljning kontinuitet och kontaktmannaskap/fast omsorgskontakt	Minst 2 gånger per år	Vi arbetar kontinuerligt med fast omsorgskontakter och gör omorganisation vartefter vi får nya uskor anställda.
Avvikelser	Följs upp varje vecka	Se bilaga för utförlig sammanställning
Uppföljning delegering	En gång per år	All personal har medicindelegering. Alla delegeringar förnyas vid årsskiftet. Detta för att minska risken med att personal står utan delegering. Nya delegeringar följs upp efter 3 månader. Stickprov och uppföljningssamtal görs
Uppföljning kompetens och bemanning	Månadsvis på ledningsmöten	Vi har idag den personaltäthet vi behöver, dock önskar vi rekrytera fler undersköterskor.
Uppföljning av sjukskrivningsantal, tillbud och arbetsskador	Månadsvis	Se bilaga för utförlig sammanställning

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 prioriteringar av insatser.



Har vården varit säker

3 kap. 3§ patientsäkerhetslagen (2010:659) anger att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och faktorerna som påverkat att händelsen inträffat samt ska de ge ett underlag för beslut om åtgärder. Åtgärderna som skapas ska ha till ändamål att hindra inträffandet av liknande händelser eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning samt utförare av internutredningar är MAS/MAR

Ansvarsfördelningen gällande avvikelser

Allvarlighetsgrad	Fall	Läkemedel	Omvårdnad	Klagomål och synpunkter
1. Mindre eller obetydlig skada	Sjukgymnast Arbetsterapeut	Sjuksköterska/VC	Samordnare/Enhetschef	Enhetschef/ VC
2. Måttlig eller övergående skada	Sjukgymnast Arbetsterapeut VC	Sjuksköterska/VC	Enhetschef/VC	Enhetschef/ VC
3. Betydande bestående skada	VC MAS/MAR	VC MAS/MAR	VC MAS/MAR	VC MAS/MAR
4. Katastrofal skada, dödsfall el stor funktionsnedsättning	VC MAS/MAR	VC MAS/MAR	VC MAS/MAR	VC MAS/MAR

Tillförlitliga och säkra system och processer

Vi arbetar preventivt att hitta risker genom samtal på våra morgon- och kvällsmöten, teammöten varje vecka, arbetsplatsträffar och patientmöten.

Checklista och handlingsplan för risker vid arbete i enskilt hem används för att uppmärksamma och förebygga arbetsskador och hälsoproblem hos medarbetare.

En genomgång av eventuella risker görs i samband med första hembesöket hos patient. Arbetsmiljöverket har godkänt det underlag vi använder för Riskbedömning i patientens hem.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vi arbetar ständigt med att se till förbättringar i arbetsprocessen där vi ser att något saknas eller bör göras på annat sätt. Även om vi anser att den nya och förbättrade avvikelseblanketten är bra, så kommer vi köpa in en modul som gör att man kan skriva in avvikelser direkt i planeringsverktyget. Vi hoppas att det på detta sätt blir lättare och tydligare för våra medarbetare att följa avvikelseprocessen.

Den ärendebblankett som vi införde förra året fungerar bra. Vi upplever att hemsjukvården och hemrehab får till sig ärenden snabbare och att personalen inte kommer om samma sak flera gånger.

Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Vi ser att den vård vi har idag är säker men att vi har vissa områden där vi kan utveckla och bli bättre. Journalföring och dokumentation är två områden som har varit högprioriterade även under 2024. Även om mycket är gjort och vi har kommit en bra bit på väg är det ändå ett område som vi hela tiden har som fokusområde till att utveckla och bli bättre.

Det nya avtalet som infördes 1 februari 2024 innebär bla att man måste ha en remiss från antingen slutenvården eller öppenvården för att få bli inskriven i hemsjukvården. Vår upplevelse är att det har fungerat någorlunda bra men att vi ibland skulle behöva remisserna fortare för att kunna sätta in rätt åtgärder snabbare. Bland annat upplever patienterna att det svårt att komma i kontakt med vårdcentralerna för att be om en remiss. Vi har också märkt att slutenvården fortfarande skriver remisser till öppenvården för att öppenvården ska skriva remiss till hemsjukvården. Detta försenar våra insatser. Vi vet att detta blivit påtalat på samverkansmöten och vi hoppas att rutinen för att skriva hemsjukvårdsremisser kommer bli tydligare för slutenvården framöver. Vi försöker alltid att starta upp ett uppdrag så fort som möjligt. Om en vårdcentral meddelar att om remiss kommer att skrivas men att insatsen skulle behöva starta innan, så startar vi upp innan remiss inkommit. Detta för att inte äventyra patientsäkerheten.

KSON har bestämt att övergå från det gamla journalsystemet Procapita till Take Care. Vi anser att patientsäkerheten i och med detta stärks. Att alla som har ett HSL uppdrag kopplat till patienten dokumenterar. I samma journalsystem anser vi vara en förutsättning för god och säker vård.



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.

Riskbedömning för fall, undernäring, munhälsa och trycksår görs av sjuksköterska, alt gör fysioterapeut el arbetsterapeuten riskbedömningar på fall. Uppföljning sker senast var 6:e månad. Uppföljningar görs tidigare om vi anser att åtgärderna behöver följas upp fortare. Alla patienter är unika. Varje vecka tas avvikelser upp och på det sätt upptäcks eventuella risker tidigt och vi kan tidigt sätta in åtgärder för att förhindra eller minimera risker. Riskbedömning av arbetsmiljön görs hos varje patient. Efter det att Arbetsmiljöverket var på besök i jan -23 följer vi det framtagna riksbedömningsmaterial som vi fick godkänd. Riskanalys för smittspridning har under 2024 gjorts fortlöpande och vi har följt de rekommendationer som Socialstyrelsen tagit fram.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



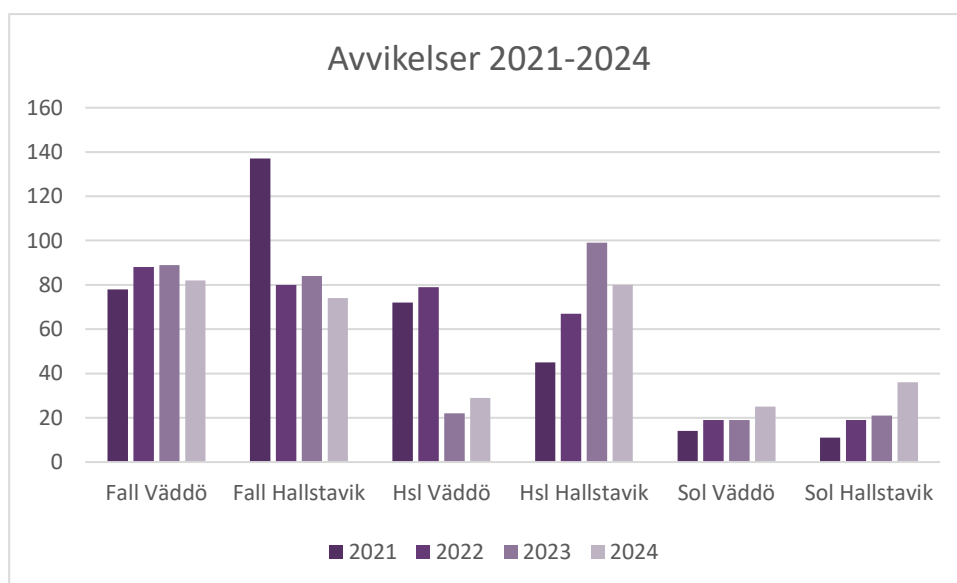
Avvikelser

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

Inkomna avvikelser (patienter) från båda enheterna.

Avvikelser	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall 2024
Fall	137	168	162	156
Läkemedelshantering	117	128	121	109
Fördröjd/ utebliven vård och omsorg	28	21	17	10
Information/kommunikation	10	9	7	5
Klagomål	0	0	4	1
Felaktigt utförd vård o omsorg	9	2	3	4
Övrigt	17	7	9	5

Fall Hallstavik	74
Fall Vaddö	82
HSL Hallstavik	80
HSL Vaddö	29
Sol Hallstavik	36
Sol Vaddö	25



Väddö

Av dessa 82 fall är 50 unika personer.

Antal fall med dödlig utgång: 0

Antal fall där personen endast har trygghetslarm och eller hemsjukvård: 11st

Antal fall som resulterat i sjukhusbesök: 4st

Sammanfattande analys Väddö enheten:

Vi kan konstatera att antalet sjukhusbesök till följd av fall har minskat. I den analys över de fall som inträffat gör gällande att endast en av de patienter som behövt uppsöka sjukhus till följd av fall har ådragit sig någon allvarligare skada. Denna patient är hemma igen och mår bra.

En vidare analys visar att de flesta fall som sker är av den art att patienten har glidit ur sängen alt. soffa el stol när denne ska resa sig upp. Samtliga fall har följts upp utav rehabteamet. Flertalet av de patienter som fallit har gjort detta till följd av sin sjukdom, eller på grund av ett tillfälligt sjukdomstillstånd till exempel uvi

Av de 80 fall som rapporterats har 68 av dessa varit enskilda händelser dvs att patienten enbart har fallit en gång. Vi anser att det visar att vårt fallförebyggande arbete har givit resultat. Antal patienter som har 2 eller fler fall är 14 och utav dessa är det 5 patienter som fallit fler än 5 ggr. Tre av dessa patienter har flyttat till annat boende. De andra två bor fortfarande hemma, men vistas nu på korttidsboenden och har gjort det under en längre period. Hos dessa patienter har vi gjort alla fallförebyggande insatser vi kunnat som har accepterats utav patienten.

Sammanfattande analys Hallstaviks enheten.

Antal personer som stått för dessa 74 fall är 41 unika individer.

Antal fall med dödlig utgång: 0

Antal fall där personen endast har trygghetslarm och eller hemsjukvård: 5st

Antal fall som resulterade i sjukhusvistelse: 12st

Sammanfattande analys: Vi kan konstatera att i 12 av 74 fall blev konsekvensen att 112 larmades och patienten var tvungen att åka in till sjukhus. Det är en ökning jämfört med förra årets observation. Ingen patient har dock fallit så illa se denne blivit allvarligt skadad. Vi ser att många gånger är bakomliggande sjukdom en orsak till sjukhusvistelse efter fall och inte fallet i sig. Vi tar hand om allt sjukare patienter i hemmet och i vissa fall så blir det för komplicerat och osäkert att göra en bedömning i hemmet och patienten behöver således åka in för antingen utförligare undersökning eller övervakning.

Av de 74 fallen som rapporterats har 60 av dessa varit enskilda händelser dvs att patienten enbart har fallit en gång. Vi anser att det visar att vårt fallförebyggande arbete har givit resultat. Antal patienter som fallit fler än 5 ggr är enbart 4 personer där en patient flyttat till särskilt boende och de andra 3 har bakomliggande orsaker till fall såsom sjukdom, alkoholmissbruk och brist på sjukdomsinsikt. Hos dessa patienter har vi gjort alla fallförebyggande insatser vi kunnat som har accepterats utav patienten.

Läkemedelshantering – De läkemedelsavvikelser som inkommit på de båda enheterna ser ganska lika ut. Majoriteten av avvikelserna gäller att man glömt signera. På Väddöenheten har utebliven APO-dos genererat fler avvikelser än på Hallstaviks enheten. Detta beror på att Väddö enheten har fler sommargäster där APO-doserna för dessa patienter hamnat på lite olika ställen. Ingen patient har varit utan läkemedel eftersom vi alltid har letat reda på vart rullen är. Hallstaviksenheten har fler avvikelser av arten att man lagt fram läkemedel som patienten sedan glömt att ta. Där har vi varit tydliga med att man ansvarar för att se till att patienten tar sina läkemedel innan man signerar. Flertalet läkemedelsavvikelser gäller också att patient inte fått sina läkemedel. Där har orsakerna varit lite varierade, men ändå samma på båda enheterna. Tex kan nämnas att patienten bara fått en av två APO-dospåsar, patienten inte varit hemma och glömt meddela att denne skulle bort. Patient fått med sig läkemedel när den ska åka till anhörig, men har sedan glömt att ta med den eller att personalen missat att ge. I de fall där vi har ett ansvar tar ansvarig HSL- personal enskilt upp varje avvikelse med berörd personal. Vid upprepade händelser provas personalens delegeringsrätt.

Under 2024 har vi återigen använt den nationellt framtagna webbaserade delegeringsutbildningen "Jobba säkert med läkemedel". En utbildning som alla ur personalen gör minst en gång om året, dels vid nyanställning och vid förnyelse av delegering. Förnyelse av delegering sker under december månad oavsett när tidigare delegering skrevs. Detta för att säkerställa att personalen alltid har delegering.

Vi arbetar ständigt med att försöka få ner antalet läkemedelsavvikelser. Vi misstänker att avvikelser inte alltid skrivs, trots information och undervisning. Därav kommer vi under våren köpa in en avvikelsemodul kopplat till vårt planeringssystem och vi har ansökt och inväntar svar för att få stadsbidrag för att köpa in Appva. Vi hoppas på detta sätt dels kunna minska antalet avvikelser och att vi får vetskap om alla avvikelser. Vi anser också att avvikelsemodulen kommer leda till att personalen blir mer delaktiga och får en bättre förståelse av avvikelshanteringen och varför den är så viktig.

Omsorgsavvikelserna har dels bestått i att vi inte utfört omsorgsinsatsen, alt missat något som skulle utföras hos patient. Det har varit en del systemavvikelser, där nycklar och nya larmappen varit bidragande. Kommunikations avvikelser har tex varit att man glömt meddela om någon åkt in till sjukhuset, att någon avsagt sig någon inplanerad insats, eller att information har saknats i planeringsverktyget. Ingen avvikelse har varit av allvarlig art och ingen patient har kommit till skada.

Inkomna avvikelser (personal)

Tillbud	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall 2024
Stickskada	2	0	0	1
Fall i tjänsten	4	9	1	6
Klämskada	0	1	1	0
Arbetsskada	3	3	1	2
Felbelastning	0	0	1	6
Allergisk reaktion	0	0	0	1
Hundbiten	0	0	0	1

Avvikelserna har hanterats inom ledningsgruppen och i arbetsgruppen. Avvikelser och tillbud har utretts och hanterats enligt Vaddö Vårds avvikelserutiner.

Vi ser en ökning av anmälningar av tillbud. Vi tror att det beror på att vi i större utsträckning uppammar och uppmuntrar till att skriva tillbud. Vi har också under året uppdaterat arbetsmiljöparmen och förtydligat skillnaden mellan tillbud och arbetsskada.

Verksamheten har inte gjort någon Lex Maria eller Lex Sarah anmälan till IVO under 2024.

Ingen händelse har bedömts som allvarlig vård skada och samtliga händelser har hanterats inom verksamheten.

Klagomål och synpunkter

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

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras enligt rutin. Under året har det inte inkommit några ärenden till Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO). De synpunkter som inkommit från patienter/anhöriga eller personal har hanterats och återkopplas direkt.

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.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Väddö Vårds mål för 2025 är att stärka våra inarbetade rutiner. Vi har gjort en förstärkning i hemsjukvårdsgruppen med ytterligare en undersköterska per enhet. Vi hoppas i och med detta kunna arbeta mer med fast omsorgskontakt och olika kvalitetsregister. Vi har anställt en specialistundersköterska som ska arbeta med BPSD, vilket vi känner kommer bidra till en ännu bättre vård för våra patienter. Vi har som mål att fortsätta ha en hög patientnöjdhet. Vi har också som mål att de som studerar genom KUI ska bli färdiga undersköterskor så att vi kan låta ytterligare medarbetar få möjligheten att utbilda sig till det. Vi har dock haft en farhåga med dessa utbildningar att personalen efter utbildningen söker andra undersköterskearbeten, något redan 2 av 3 nyexaminerade undersköterskor gjort. Vi har tidigare velat utbilda ett palliativt ombud genom Palliativ kunskapscentrum. Vårt mål 2025 är att hitta en personal som skulle vilja utbilda sig till det.

Vi hoppas att vi kommer att få det stadsbidrag vi har ansökt om så att vi kan köpa in Appva. De utmaningar som vi ser är dels införandet av Take Care och att få ekonomin att gå ihop med det nya ersättningssystemet. Fortfarande anser vi att HSL biten av vårt befintliga avtal inte möter upp till hur arbetet ser ut i hemsjukvården. En utmaning kommer att bli att fortsätta motivera våra ssk att hålla den goda kvalitet på vård som de ger idag.