

Unika Envägen Gruppbostad

Patientsäkerhetsberättelse
för
År 2024



Datum: 2025-02-28

Patientsäkerhetsberättelse för Envägen Gruppbostad

Upprättad av sjuksköterska Slawomira Youness och verksamhetschef Mia Falk:

Innehållsförteckning

2716 Unika Envägen	3
1.: Inledning.....	3
2.: Sammanfattning	3
3.: Grundläggande förutsättningar för säker vård	4
3.1: Engagerad ledning och tydlig styrning	4
3.1.1: Övergripande mål och strategier	5
3.1.2: Organisation och ansvar	5
3.2: En god säkerhetskultur	7
3.3: Adekvat kunskap och kompetens	8
3.4: Patienten som medskapare	9
4.: Agera för säker vård	10
4.1: Egenkontroll	10
4.2: Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
4.3: Tillförlitliga och säkra system och processer	12
4.4: Säker vård här och nu	12
4.4.1: Riskhantering.....	13
4.5: Stärka analys, lärande och utveckling	16
4.5.1: Avvikelse	17
4.5.2: Klagomål och synpunkter.....	18
4.5.3: Kvalitetsregister.....	19
4.6: Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
5.: Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande	
år	19

2716 Unika Envägen

1.: 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. Adaption gjord för Attendo 21-11-22

2.: Sammanfattning

Avsnittet är klart

Attendo Envägen är en bostad med särskild service, LSS §9:9. IVO tillstånd finns för 6 platser.

På verksamheten arbetar 6 tillsvidareanställda stödassistenter och en verksamhetschef som är ytterst ansvarig.

Verksamheten har under Attendos regi följt respektive kommuns avtal utöver Attendos riktlinjer samt rutiner, blanketter och checklistor rörande patientsäkerhet, haft kontinuerlig samverkan med beställare, vårdgivare, anhöriga och företrädare. Kommunikationen mellan professionerna har fungerat bra.

Patienterna har varit delaktiga i beslut som rör deras egna medicinering utefter individuell förmåga.

De har haft möjlighet att träffa sjuksköterska om de har haft frågor eller funderingar. I den mån

patienterna har samtyckt har vi samverkat med anhöriga.

Ett ständigt arbete med avvikelse- och händelserapportering pågår för att utveckla verksamheten och medarbetarna. Eventuella risker, tillbud och negativa händelser lyfts regelbundet på en stående punkt på APT var 4:e vecka vecka, för att följa upp och samtal om hur vi kan förbättra, minimera risker och arbeta förbyggande. Personalen signerar digitalt i MCSS. Sjuksköterska och verksamhetschef kan sedan se om patienten fått läkemedel på avsatt tid. Om det är upprepade gånger som personalen inte givit läkemedel enligt ordination så följs det upp av verksamhetschef och sjuksköterska.

Vi har en kvalitetssamordnare i verksamheten, som har gått Attendos utbildning för kvalitetssamordnare. Vi har kvalitetsmöte för att gå igenom avvikelser/händelser. På kvalitetsmötet medverkar kvalitetssamordnare, verksamhetschef samt samtlig personal på Envägen och sjuksköterskan vid behov.

Att hela tiden vara uppdaterad kring gällande föreskrifter och riktlinjer att förmedla kunskap och se till att riktlinjer och säkerhetsföreskrifter som munskydd och visir efterlevts ute i verksamheterna. Att basala hygienrutiner och vårdhygien var väl förankrat i varje verksamhet och hos varje medarbetare och patienter i den mån det är möjligt.

Under året har flertalet utredningar gjorts i regionen som vi i varje verksamhet tar lärdom av gällande bl.a. läkemedelskontroller. Detta möjliggörs via en gemensam Hälso- och sjukvårdsorganisation för hela regionen.

Byte till ny intern sjuksköterske-jour med större kompetens inom aktuellt verksamhetsområde och samlad kännedom om företagets rutiner och system.

På verksamheten finns en kvalitetsansvarig samordnare som går igenom alla avvikelser på arbetsplatsträffarna. Riskanalyser revideras regelbundet och vid behov, vilket minskar risk för att en patient far illa.

3.: Grundläggande förutsättningar för säker vård

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

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

3.1: Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

3.1.1: Övergripande mål och strategier

Avsnittet är klart

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

Fortsatt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet genom hantering av avvikelserapporter/händelserapporter, kvalitetsmöten på APT, aktivt arbete med riskanalyser och egenkontroll och regelbunden journalgranskning.

Verksamheten ska fortsätta arbetet med säkerhet kring läkemedelshantering och utgivning av läkemedel, såsom minska antalet osignerade läkemedel, samt att patienterna ska få läkemedel på rätt tid och enligt rätt rutin. Avvikelseerna kring läkemedel följs upp på APT och av sjuksköterskan vid behov, och även genomgång av rutinerna kring läkemedelshantering vid behov.

Fortsätta att rapportera samtliga händelser/avvikelser fortlöpande i det digitala systemet, följa upp dessa samt upprätta åtgärder/handlingsplaner för dessa på kvalitetsmöten och på APT

Uppnått mål : Verksamhetschef och sjuksköterska genomför och följer upp alla olika kontroller och mätetal under 2024 i det digitala systemet MCSS,

Uppnått mål : All personal rapporterar i det digitala inrapporteringssystemet.

Godkänt resultat i dokumentationsgranskningen HSL, MÅL 100%

Uppnått: 95,2%

Flertal byten av sjuksköterskor är den troliga anledningen till ej uppnått önskat mål med 100%

Regelbundna fysiska möten med sjuksköterska för verksamheten

Uppnått: Ny sjuksköterskeorganisation igen så målet kvarstår att få till fysisk närvaro vid boendemöte.

HLR utbildning för samtlig personal

Kvarstår att utföra

Hygienutbildning samtlig personal

Uppnått: Samtlig personal utför digitalutbildning i Basal hygien

Implementering av nytt dokumentationssystem under hösten 2024

Uppnått:100%,All dokumentation sker i det nya systemet av samtlig personal.

3.1.2: Organisation och ansvar

Avsnittet är klart

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

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. 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.

I regionen finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som är ytterst ansvarig för alla Attendos riktlinjer gällande hälso och sjukvårds-arbetet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska är den som årligen granskar HSL-dokumentationen i brukarnas journaler.

Norrtälje kommun har även medicinskt ansvarig sjuksköterska och Envägen arbetar utifrån givna riktlinjer som kommer därifrån.

Verksamhetschef är också verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det övergripande ansvaret för personal och hälso-och sjukvårdsinsatser på verksamheten och ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Detta innefattar bland annat att följa upp avvikelser och klagomål eller synpunkter, analysera och vidta åtgärder.

Då verksamhetschef ej har utbildning inom hälso-och sjukvård har enskilda ledningsuppgifter uppdragits till sjuksköterska.

I verksamheterna arbetar legitimerad sjuksköterska med uppdrag att utföra vissa ledningsuppgifter för verksamhetens hälso- och sjukvårdsarbete, i vilket ingår ansvar för att skriva och hålla verksamhetens lokala HSL-rutiner uppdaterade. Sjuksköterskan ansvarar för all läkemedelshantering enligt rutiner. Att narkotika klassade läkemedel räknas enligt rutin. För att aktuella hälsoplaner finns och uppdateras. Sjuksköterskan deltar i tvär professionella möten och boendemöten

Knuten till verksamheterna finns även fysioterapeut och arbetsterapeut som tillsammans med övriga yrkeskategorier ansvarar för omvårdnadsplaneringen vad gäller mobilisering, hjälpmedel, rehabilitering etc. utifrån sin profession. Fysioterapeut och arbetsterapeut rapporterar direkt till verksamhetschef, sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehab.

Alla som arbetar i verksamheten har tagit del av verksamhetens lokala rutin för händelsehantering och rapporterar händelser löpande i det digitala systemet, händelserna hanteras på kvalitetsmöten i verksamheten och rapporteras i ett kvalitetsprotokoll.

Omvårdnadspersonal med delegering är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerad uppgift och då ansvarar de för att det utförs korrekt samt att rapportera avvikelser.

Återkoppling och hantering av inträffade händelser sker löpande vid arbetsgruppens APT-möten.

3.1.2.1: Samverkan för att förebygga vårdskador

Avsnittet är klart

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

För att minska risken att en vårdskada uppkommer upprättas riskanalyser. Om en vårdskada uppkommer upprättas en avvikelse rapport och vid misstanke om att vårdskadan är allvarlig utreds händelsen för att bedöma om händelsen ska anmälas enligt lex Maria.

Riskbedömningar görs kontinuerligt i samverkan med ansvarig sjuksköterska. Riskanalyserna utvärderas var tredje månad eller vid behov.

Vid boendemöte varannan vecka medverkar samtlig personal då går vi igenom samtliga patienter

boendes på Envägen. Samverkan med andra vårdgivare och behandlandeinstanser:

Regelbunden samverkan med öppenvård och primärvård eftersträvas. En blankett för samordnad patientsäkerhet mellan vårdgivare finns för att minimera risken för brister i informationsöverföringen (samtycke inhämtas vid användning av blanketten) Då ansvarig sjuksköterska ej har tillgång till samma journalsystem som sjukvården så sker samverkan och informationsöverföring via telefonkontakt mellan legitimerad personal.

Samverkan med rehab-team sker vid behov.

När uppkommet behov uppmärksammas kontaktas rehabpersonal för vidare utredning av behovet hos patienten.

Tandvård och munhälsa

OralCare erbjuder regelbundet vård utifrån behov, ingen på Envägen har tackat ja till det utan har sina egna tandläkarkontakter utifrån egna önskemål och behov.

Samverkan sker även med slutenvården om det behovet uppstår,

3.1.2.2: Informationssäkerhet

Avsnittet är klart

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Alla anställda på Envägens gruppbostad har eget inlogg i det digitala journalsystemet.

Kontroll av loggar görs var tredje månad av verksamhetschefen, vid dessa kontroller har ingen avvikelse uppmärksamats under 2024.

Personalen har skrivit på avtal om vad som gäller kring sekretess genom att de signerar sitt anställningsavtal. I anställningsavtalet finns ett avsnitt om sekretess. Samtycken inhämtas från alla brukare vid informationsöverföring mellan olika instanser.

Risk- och behovsanalys utförs av verksamhetschef för alla medarbetare vid anställning före tilldelning av journaler i digitala journalsystem.

3.2: En god säkerhetskultur

Avsnittet är klart



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då

förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

När ny personal introduceras ingår information kring rapporteringsskyldigheten (lex Sarah och lex Maria) i introduktionsmaterialet. Alla rapporteringssystem och visselblåsarfunktionen går igenom praktiskt och utbildningen meddelarfrihet ska göras av all ny personal.

Genom introduktion, utbildning och information säkerställer vi att all personal som arbetar med hälso- och sjukvård informeras om sin skyldighet att rapportera en händelse som har betydelse för patientsäkerheten.

Samtliga medarbetare ska rapportera avvikande händelser som tex brister i läkemedelshanteringen, direkt till ansvarig sjuksköterska för eventuell direkt åtgärd samt därtill händelserapportering enligt rutin för avvikelssystem. Händelser/avvikelser går direkt till verksamhetschef som identifierar bakomliggande orsaker och gör en riskbedömning utifrån behov. Skulle händelsen utgöra en vårdskada eller risk för vårdskada initierar verksamhetschef en "allvarlig händelse" i Attendos digitala system för händelsehantering. Regionchef utser lämplig utredare och utredning startas.

En god säkerhetskultur upprätthålls genom regelbundna kvalitetsmöten där inkomna avvikelser föredras och analyseras samt förbättringsåtgärder gällande dessa diskuteras och fastslås.

Socialstyrelsen, lagförändringar och övriga nyheter som faller inom sjuksköterskans ansvarsområde.

Ansvarig sjuksköterska besöker verksamheten regelbundet utifrån behov. Sjuksköterskan har tät kontakt med boendepersonal och verksamhetschef rörande omvårdnad och patientsäkerheten.

3.3: Adekvat kunskap och kompetens

Avsnittet är klart



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.

Personalgruppen på Envägen består av sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut, stödassistent, stödbiträden och verksamhetschef.

Sjuksköterskan kommer till enheten vid behov men minns en gång varannan vecka, det finns alltid sjuksköterska att konsultera per telefon dygnet runt.

Kompetens som undersköterska, socionom, stödassistent finns i gruppen.

På Envägen arbetar 1-2 personer dag och kväll (alltid 2 på kvällen) sovande jour 22-06 eller 23-07(helg)

Schemat förändras utifrån hur behovet ser ut i verksamheten så att patientsäkerheten säkerställs.

När ny personal introduceras ingår information kring rapporteringsskyldigheten i introduktionsmaterialet.

I samband med delegeringen ges utbildning och kunskapstest på plats

Demenscentrum Jobba säkert med läkemedel årligen

Regelbundna uppföljningar och stickprov av delegeringen utförs av delegerande sjuksköterska.

Envägen följer de rutiner som finns gällande basal hygien. Samtlig personal har tagit del och genomfört de webutbildningar som finns.

3.4: Patienten som medskapare

Avsnittet är klart



En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienten är alltid delaktig i planeringen kring sina vårdinsatser och medicinering. Sjuksköterskan och personal för ständigt en dialog med patienterna gällande deras vårdinsatser, medicinering och om varje patients psykiska mående och hälsa.

Envägen ser patienten och deras närstående som en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet. Genom att erbjuda deltagande i samverkan på enheten ökar patientsäkerheten ytterligare. För allvarliga händelser som kräver vidare handläggning finns rutiner för internutredning, händelseanalys och eventuell anmälan till IVO enligt lex Maria

4.: Agera för säker vård

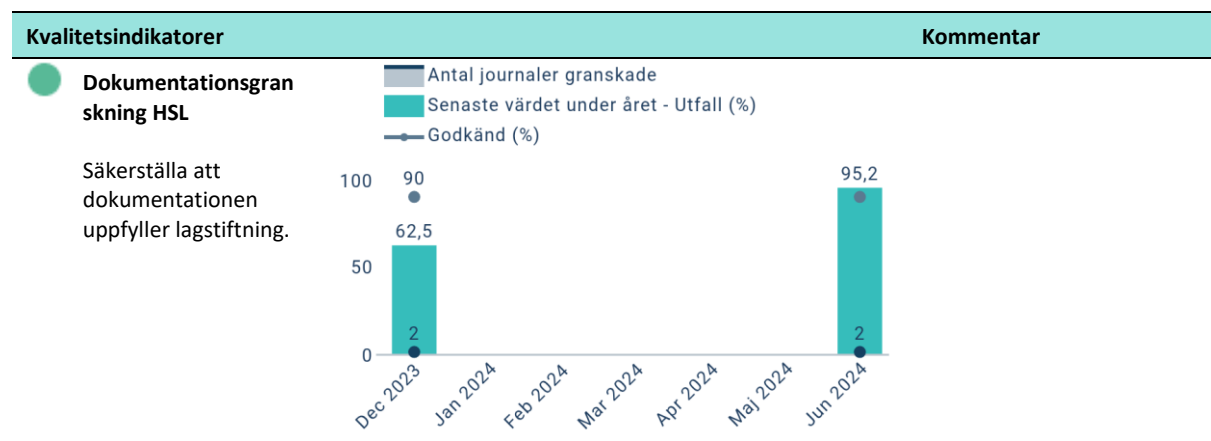


4.1: Egenkontroll

Avsnittet är klart

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

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



Vi utför egenkontroll varje år för att minimera risker i verksamheten, följer systematiskt upp och utvärderar samt kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

En gång i månaden kontrollräknar sjuksköterskan narkotikaklassade läkemedel tillsammans med delegerad personal.

Titel- Kontrollräkning narkotikaklassade läkemedel

Mål- ingen avvikelse vid kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel

Resultat- Ingen avvikelse vid kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel fanns under året.

Sjuksköterskan kontrollerar kontinuerligt att medicin blivit given och signerad på rätt sätt genom det

digitala signeringssystemet MCSS

Titel- Andel signerade Hälso och sjukvårdsinsatser i det digitala signeringssystemet MCSS

Mål- 100 %

Resultat- 99,5%

Åtgärd- Den marginella diffen till att nå önskat resultat 100% beror på tekniska problem med bortfall utav internet.

Titel- Funktionskontroll MTP

Mål- 100% ska funktionskontrolleras

Resultat- 100% har funktionskontrollerats

Analys- Fortsatt månadsvis kontroll av MTP produkter i verksamheten

Titel- Hygienrond

Mål- 100% på hygienronden

Resultat- 100%

4.2: Öka kunskap om inträffade vårdskador

Avsnittet är klart



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

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

Vårdgivaren är skyldig att anmäla en händelse som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vård skada enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg. Vårdgivaren har delegerat detta uppdrag till MAS. Som underlag för anmälan enligt lex Maria görs en internutredning och vid behov en händelseanalys av en extern utredare. Beslut från IVO i lex Maria ärenden och klagomålsärenden tas upp på APT som lärdom för samtliga medarbetare.

Det har inte varit några allvarliga HSL avvikelser rapporterade på boendet under 2024. Avvikelser finns inrapporterade kring ett antal osignerade läkemedel.

4.3: Tillförlitliga och säkra system och processer

Avsnittet är klart



Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Avvikelserna/händelser ses igenom regelbundet av kvalitetsansvarig och verksamhetschef på verksamheten samt hela personalgruppen. Kvalitetsmöten bokas in av kvalitetssamordnare, regelbundet vid APT var fjärde vecka, och tas sedan upp som punkt på APT. Kvalitetssamordnare och verksamhetschef är alltid med, och vid behov sjuksköterska

Basala hygienrutiner, årlig utbildning digitalt.

Läkemedelsgenomgång initieras utav sjuksköterskan

4.4: Säker vård här och nu

Avsnittet är klart



Häls- 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.

Metoden att arbeta utifrån riskanalyser leder till ett systematiskt identifierande och en bedömning av risker, vilka skulle kunna leda till vårdskador. Riskanalys bör genomföras vid en förändring avseende teknik och/eller utrustning, vid ny metodik eller om en ny organisation planeras. Att analysera risker är ett sätt att arbeta proaktivt, i syfte att förebygga vårdskador och stärka patientsäkerheten.

I samband med att ny patient flyttar till verksamheten ska en riskanalys upprättas. Riskbedömningar görs kontinuerligt i samverkan med samtliga yrkeskategorier i verksamheten och uppföljningar görs var tredje månad och/eller vid förändrat hälsotillstånd. Analysarbetet kan genomföras på individ- eller verksamhetsnivå och det är verksamhetschefen som utser det team som genomför analysen.

För att minska risken att vårdskada uppkommer upprättas patientbundna riskanalyser. Om risk för

vårdskada uppkommer - eller risk för vårdskada - skrivs en avvikelse. Om händelsen är av allvarlig karaktär startas en utredning utifrån lex Maria för att bedöma allvarlighetsgrad och bakomliggande orsaker. Bedöms händelsen som risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada skickas utredningen till IVO.

Årligen gör sjuksköterskan på Envägen en bedömning av patienterna för att identifiera om någon har en uppenbar risk för fall, trycksår, undernäring, bristande munhälsa och blåsdysfunktion eller är över 65 år. Om någon patient har en uppenbar risk eller är över 65 år, görs bedömning enligt det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, utifrån följande verktyg:

- *Downtown Fall Risk Index (DFRI)*
- *Modiferad Nortonskala*
- *Mini Nutritional Assessment (MNA)*
- *Revised Oral Assessment Guide (ROAG)*
- *Nikola*

Återfinns en risk enligt dessa bedömningsverktyg upprättas en hälsoplan. Återfinns ingen risk eller att det uppenbart inte föreligger någon risk, ska detta tydligt dokumenteras i HSL-journalen under aktuellt status. Samtliga medarbetare har i sin roll som stödpersoner, ansvar att dokumentera och hålla riskanalyser uppdaterade för respektive patient

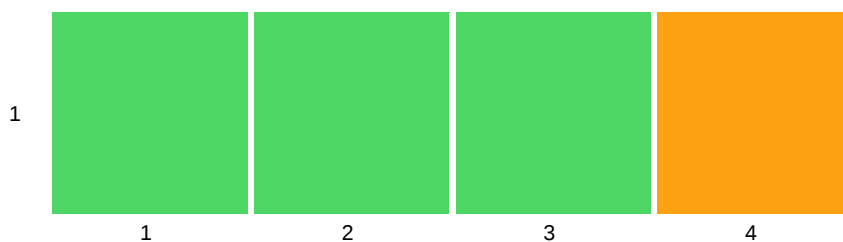
4.4.1: Riskhantering

Avsnittet är klart

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.





Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder

1 Medium 1 Låg Totalt: 2

Hög	Sannolikhet UTAN åtgärder		Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
Medium			
Låg			
4	Mycket stor - kan inträffa dagligen	Katastrofal - dödsfall, självmord, fysiska/sexuella övergrepp, bestående funktionsnedsättning	
3	Stor - kan inträffa varje vecka	Betydande - allvarlig bestående skada/påtaglig risk för skada av kunds hälsa och utveckling, upprepade psykiska övergrepp, kränkande behandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö	
2	Liten - kan inträffa varje månad	Måttlig - risk för skada av kunds hälsa och utveckling, övergående funktionsnedsättning, tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfällig eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv, förlängd vård eller behandlingstid	
1	Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år	Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund	

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
1	 Negativ påverkan på hälsa r/t värmebölja Beskrivning Ihållande perioder av värme under sommaren kan orsaka både hälsoproblem och ökad dödlighet. Det gäller särskilt under de perioder när värmen är hög under hela dygnet. När nätterna är varma hinner kroppen inte återhämta sig och det kan vara svårt att få ned temperaturen inomhus. Värmens negativa effekter på hälsan omfattar ett vitt spektra från relativt milda symtom såsom uttorkning och nedsatt		

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	allmäntillstånd, till mer allvarliga symtom såsom värmeslag och hjärtinfarkt. De negativa hälsoeffekterna av värme uppstår ofta redan samma dag eller efter en till två dagar efter att höga temperaturer noterats. Konsekvensbeskrivning Risk för ex uttorkning, nedsatt allmäntillstånd, värmeslag.		
2	Risk att nödvändig information om kund/patient går förlorad/inte finns tillgänglig i samband med övergång till nytt journalsystem Beskrivning Systembytet innebär att alla journaler som idag finns i Safedoc ska sparas ned som fil och läsas in i nytt system. Konsekvensbeskrivning Risk för försämrad kvalitet i omsorg/patientsäkerhet på grund av att information inte finns tillgänglig när den behövs.		

Extrem värme är farligt för alla, men äldre, kroniskt sjuka och personer med funktionsnedsättning är särskilt utsatta. En värmebölja kan innebära kraftig ökning av antalet sjukdoms- och dödsfall i dessa grupper. Vid temperaturer på 26°C eller mer under tre dagar i följd ökar hälsoproblem påtagligt och är det viktigt att vidta åtgärder.

Inför sommaren bör extra känsliga individer identifieras med hjälp av ansvarig sjuksköterska. Riskanalyser görs på individnivå.

Verksamhetschefen gör verksamhetsövergripande riskanalys avseende material (tex termometrar, gardiner m.m.) och inomhusklimat (vilka är de svalaste rummen).

Var uppmärksam på inomhustemperaturen hos dina patienter

Uppmuntra till ökat vätskeintag

Undvik söta drycker och alkohol samt vätskedrivande drycker som kaffe. Servera gärna vätskerik mat, t.ex. grönsaker och frukt. Inköp av eller göra egen isglass eller kalla kylda drinkar. Påminn och hjälp personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning att dricka.

Gör miljön så sval som möjligt

Fönster ska vara stängda när utomhustemperaturen överstiger den inomhus. Utnyttja gardiner, persienner och markiser. Se till att känsliga vårdtagare vistas i/på bostadens/boendets svalaste plats. Vädra nattetid om det är svalt.

Ordna svalkande åtgärder

En sval dusch är mest effektiv. En blöt handduk runt nacken eller fotbad är ett alternativ. Löst sittande kläder av naturmaterial är svalare än åtsittande syntetkläder.

Uppmana till minskad fysisk aktivitet

Framförallt under dygnets varmaste timmar. Fysiska aktiviteter ställs in och ersätts av andra aktiviteter i lokaler som är något svalare.

Var extra uppmärksam på dina vårdtagare och hur de mår

Kontakta sjuksköterska om någon visar tecken på att må dåligt av värmen – varningstecken kan vara förhöjd kroppstemperatur, puls och andningsfrekvens, samt yrsel och onormal trötthet. Muntorrhet och minskade urinmängder kan vara tecken på vätskebrist.

Läkemedel

Sjuksköterskor bevakar att temperaturen i medicinskåp eller – förråd där läkemedel, patienternas och verksamhetens akut- och buffertförråd förvaras, inte överstiger 25°C. Temperaturmätning görs två gånger om dagen under tiden som värmeböljan råder.

Avvikelse

Avvikelser från rutinen rapporteras via avvikelssystemet.

Resultat:

Ingen patient påverkades negativt av värmen då vi följde åtgärdsplanen.

Temperaturen där läkemedel förvaras har hållits på den nivå som den ska vara, inga läkemedel har kommit till skada av värmen.

Vid byte av journalsystemet genomförde samtlig personal utbildning i det nya systemet.

Tydlig rutin att följa fanns med hur journaler sparades ned på fil som överfördes till det nya journalsystemet.

Överföringen och implementering av nytt journalsystem har fungerat enligt plan, samtlig personal dokumenterar i systemet och genomförandeplaner är uppdaterade i det nya systemet för samtliga patienter. Sjuksköterskan har lagt in de uppgifter som berör HSL.

4.5: Stärka analys, lärande och utveckling

Avsnittet är klart



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.

Som en del i att förbättra patientsäkerheten i hälso och sjukvården måste alla medarbetare rapportera händelser som har medfört en vårdskada eller utgör en risk för vårdskada. Genom att systematiskt rapportera, ta emot och hantera synpunkter, klagomål och avvikelser ökar kunskapen om varför något har inträffat och vad som har hänt och därmed minskar risken att det händer igen.

Verksamhetschefen och medarbetare introduceras vid nyanställning i hanteringen av avvikande händelser. Gällande avvikelshanteringen finns även en webbutbildning att tillgå som samtlig personal genomför.

En kvalitetssamordnare är utsedd att tillsammans med verksamhetschef och vid behov sjuksköterska hantera de avvikelser som inkommer i det digitala systemet, under 2024 har avvikelser hanterats i två olika digitala system.

lex Maria:

Anledningar till att Envägen inte haft några rapporterade fall av lex Maria under 2024 kan bero på låg personalomsättning, tydlig lämplighetsbedömning vid eventuell nyanställning av boendepersonal samt att det i personalgruppen finns ett engagemang och en anda att vilja göra rätt. Boendepersonalen är mån om att följa rutiner och checklistor, att samarbeta och hjälpa varandra och de känner sig trygga i att rapportera till chef vid behov.

För att säkerställa att personalen känner till rapporteringsskyldigheten enligt lex Maria informeras om den vid nyanställning, vid varje enskilt medarbetarsamtal samt på APT två gånger/år.

Utifrån de handlingsplaner som upprättas efter vad som tagits upp på kvalitetsmöte med samtlig personal utarbetar vi arbetssätt som minimerar att samma avvikelse ska hända igen.

Tar lärdom av det som hänt och följer upp och utvärderar resultatet samt provar nya lösningar om det inte fungerar bra med det vi provat.

4.5.1: Avvikelser

Avsnittet är klart

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

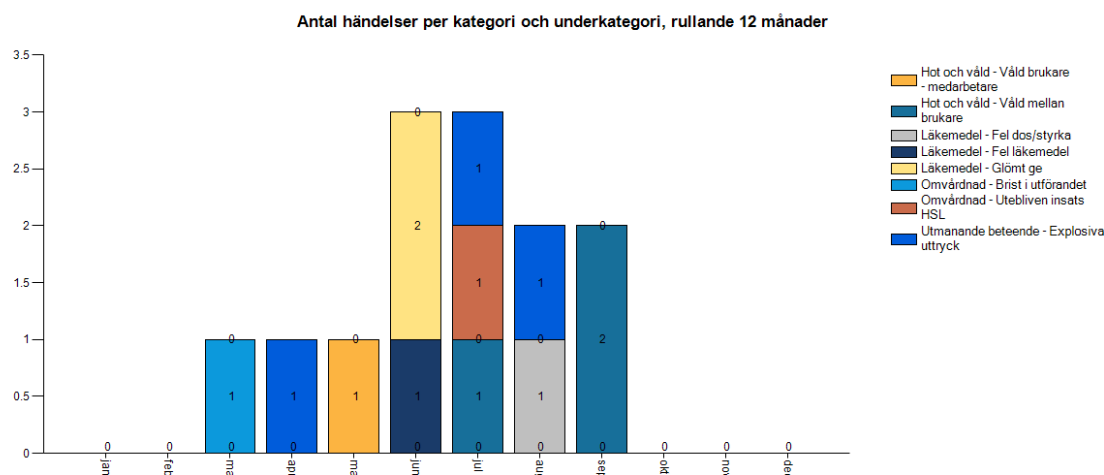
När en händelse/avvikelse upptäcks ska den dokumenteras. En händelserapport skrivs i det digitala systemet och dokumenteras i patientens journal. Det är den person som upptäcker händelsen/avvikelsen som är ansvarig för att den dokumenteras,

1 När en händelse/avvikelse inträffar informeras tjänstgörande sjuksköterska omedelbart. Om händelsen/avvikelsen bedöms som en särskild händelse ska alltid verksamhetschef informeras och rapport om lex Sarah eller lex Maria skrivas (se rutin för särskilda /allvarliga händelser) Exempel på händelser som ska rapporteras är: fall, aggressioner, hot och våld mellan patienter, läkemedelshändelser, brister i rutiner eller rutiner som inte följs, utebliven omsorgsinsats eller brister i hur en omsorgsinsats utförts och livsmedelsavvikelser.

2. I en akut situation vidtas omedelbara åtgärder för att minska skada eller risk för skada.

3. All personal som upptäcker en händelse/avvikelse skriver snarast ner händelsen i det digitala avvikelssystemet. Samtliga medarbetare kan logga in i det digitala avvikelssystemet som en generell användare.

4. Personalen skriver ut en kopia på händelsen/avvikelsen som placeras i Avvikelsepärmarna under rätt månad då den inträffat så att samtlig personal kan ta del utav den.



Exempelvis identifierades avvikelser gällande signering vid administrering av läkemedel under 2024. För att åtgärda detta har vi infört en rutin där personalen ska ha med sig telefonen vid besök hos patienten och signera direkt vid intaget av medicinen, istället för att göra det i efterhand på kontoret. Denna åtgärd har haft en positiv effekt och har minskat antalet avvikelser kopplade till utebliven signering.

Händelserapportering vid driftstopp

- Vid driftstopp skrivs avvikelsen ner på avsedd blankett för händelserapportering. Den som skriver händelsen ansvarar för att avvikelsen dokumenteras när systemet åter är i drift.

4.5.2: Klagomål och synpunkter

Avsnittet är klart

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

Inga klagomål eller synpunkter HSL har inkommit under 2024.

Anledningar till att Envägen inte haft några rapporterade fall av lex Maria under 2024 kan bero på låg personalomsättning, tydlig lämplighetsbedömning vid eventuell nyanställning av boendepersonal samt att det i personalgruppen finns ett engagemang och en anda att vilja göra rätt. Boendepersonalen är mån om att följa rutiner och checklistor, att samarbeta och hjälpa varandra och de känner sig trygga i att rapportera till chef vid behov.

För att säkerställa att personalen känner till rapporteringsskyldigheten enligt lex Maria informeras om den vid nyanställning, vid varje enskilt medarbetarsamtal samt på APT två gånger/år.

4.5.3: Kvalitetsregister

Avsnittet är klart

Ingen registrering i kvalitetsregister är aktuell på Envägen.

4.6: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Avsnittet är klart



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.

Vi tar del av information som kommer från placerande kommuner samt följer information som kommer från t ex MSB.

För patienterna på Envägen finns medicin delad i APO-dos som kommer med 2 veckors ranson.

Genom identifiering, utredning 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 patienten ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

5.: Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år

Avsnittet är klart

Mål: Godkänt resultat i dokumentationsgranskningen ska under 2025 öka från 95,2% till 100%.

Strategi/planerade åtgärder: kontinuitet i sjuksköterskebemanningen på enheten

Egenkontroll: Följa utvecklingen i hur enheten bemannas med ansvarig sjuksköterska och att MAS granskar HSL-dokumentationen en gång/år.

Mål: Ansvarig sjuksköterska delta vid boendemötena.

Strategi/planerade åtgärder: Delta digitalt om det inte fungerar för ansvarig sjuksköterska att vara på plats.

Egenkontroll: Närvaro vid boendemöten

Mål: HLR utbildning för samtlig personal

Strategi/planerade åtgärder: En i personalgruppen är utbildare så vi ska boka in hen.

Egenkontroll: Antal utförda utbildningar registreras av verksamhetschef

Mål: Hygienutbildning samtlig personal

Strategi/planerad åtgärd: verksamhetschef planerar in när medarbetare ska göra utbildningen.

Egenkontroll: verksamhetschef kontrollerar diplomutskrift och för statistik över att alla gör utbildningen.

Mål: Godkänd Apoteksgranskning

Strategi/planerade åtgärder: arbeta efter lokal rutin för läkemedelshantering.

Egenkontroll: sker vid apoteksgranskning, samt egenkontroll för narkotikaräkning, ordning och reda och städ av läkemedelsförråd. temperaturkontroll.