

Amicare™



Patientsäkerhetsberättelse 2025

Verksamhetschef: *Susanne Sallami.*

Teamledare: *Sandra Pantzare Nyman & Thomas Källviks.*

Teamsamordnare: *Sebastian Pantzare Nyman.*

Sjuksköterska: *Thomas Kempke – SPUT Västerås*

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Under 2025 har det övergripande målet för patientsäkerheten varit att:

- ☞ Implementera ett mer strukturerat arbete med kunduppföljning och arbetet med snabbare återkoppling mellan verksamheten och SSK. Anställt ytterligare en SSK som hjälper till vid somatiska frågeställningar.
- ☞ Implementera en struktur där separat möte med brukarnas stödpersoner sker 2 ggr per år, inför upprättandet av genomförandeplaner.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Beskrivning av det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

- ☞ Verksamhetschef är ytterst ansvarig för att synpunkter och klagomål. Teamledarna på enheterna hanteras att vi ändrar våra arbetssätt för högsta möjliga kvalitet och patientsäkerhet.
- ☞ All personal på Amicare ansvarar för att ta emot synpunkter eller klagomål och i dessa lägen föra denna information vidare till teamledare.
- ☞ All personal på Amicare har ansvar att i samband med månatliga arbetsplatsträffar delta i det systematiska arbetet med kvalitetsfrågor.
- ☞ Verksamhetschef är ytterst ansvarig för det systematiska kvalitetsarbetet.
- ☞ Teamledare innehar delegerade uppgifter från Verksamhetschef, kopplat till arbetsområdets kvalitetsarbete.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Genomförande av egenkontroll

- ☉ Egenkontroll sker via uppföljning av genomförandeplaner och månadsrapporter samt dialog med brukare och beställare. Dessa uppföljningar dokumenteras i Tidvis.
- ☉ Veckovisa möten mellan verksamhetschef och teamledaren. Mötet syftar till att planera och utvärdera omsorgsarbetet för brukare. Här diskuteras avvikelser, åtgärder och förbättringsområden.
- ☉ Rutin och mall för intern ärendehantering vid avvikelser kopplade till såväl klienter som intern personal.
- ☉ Ansvarig sjuksköterska utför kontroll av bäst före-datum på läkemedel, kontroll av läkemedelslistor etc.

Beskrivning av rutiner för att följa upp den egna verksamheten med hjälp av t.ex. kvalitetsregister, punktprevalensmätningar, interna observationer, systematisk journalgranskning, extern granskning.

- ☉ Interna observationer där alla medarbetare har ansvar att påtala brister som uppkommer. Information lämnas till teamledare, verksamhetschef. Avvikelsen dokumenteras, åtgärdas och följs upp av teamledare eller verksamhetschef vid veckovisa ledningsgruppsmöten.
- ☉ Sjuksköterska följer upp personalens utformning av journaler.
- ☉ Verksamheten har arbetsplatsträffar en gång per månad där kvalitetsfrågor och avvikelser har egna punkter. Här fångas avvikelserna upp, dokumenteras och följs upp systematiskt.
- ☉ Månadsrapporter skickas av ansvarig stödperson till beställaren inom kommunen bestående av aktuella genomförandeplaner och månadsrapporter. Dessa skickas månadsvis senast den 15e. Här framgår avvikelser kopplat till den enskilda individen. Här inbjuds beställaren att kunna inkomma med frågor kring utfört arbete, förbättringsförslag etc.
- ☉ Vid behov sätts intern- eller externutredningar in för att granska specifika händelser ur ett enskilt brukarperspektiv eller övergripande kvalitetsperspektiv.
- ☉ Anslutning till nationellt kvalitetsregister planeras på sikt.

Beskrivning av utvärdering av resultaten från mätningarna. När sker utvärderingen och hur går den till.

- ☉ Stödpersonerna sammanställer månadsrapporterna. I detta ingår att inkludera eventuella avvikelser som uppstått den senaste perioden. Information om avvikelserna presenteras i månadsrapporten till beställaren. Åtgärder som hunnit tas fram presenteras i månadsrapporten, i övrigt dokumenteras avvikelserna och åtgärderna separat i avvikelserapport.
- ☉ Genomförandeplaner, riskanalys och handlingsplan för brukare och arbetsmiljöperspektiv uppdateras halvårsvis eller om behov förändras. Inför dessa utvärderas kvalitetsfrågor kopplat till vad som fungerat och vad som behöver göras annorlunda.
- ☉ I början av året, inför upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen, görs en genomgång av kvalitetsarbetet och en sammanställning av vad som hänt och utförts under föregående år.
- ☉ Utvärderingen genomförs av verksamhetschef tillsammans med teamledare sjuksköterska.
- ☉ Det som dokumenteras och sammanställs är:
 - **Avvikelse**r inkl. uppföljning och åtgärder
 - **Förbättringsförslag** inkl. uppföljning och åtgärder
 - **Risker** inkl. uppföljning och åtgärder
- ☉ För att få fram dessa uppgifter tittar vi igenom daganteckningar i journaler och minnesanteckningar från APT.
- ☉ Identifierade risker, avvikelser och förbättringsförslag sammanställs tillsammans med vidtagna åtgärder och dess utfall vid uppföljning.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivning av hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår samt vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten.

- ☎ Anställt ytterligare en SSK som stöttar vid somatiska frågeställningar som tex: provtagning och bedömning om det behövs läkarkontakt.
- ☎ Säkrare medicinhantering genom förflyttning av medicinförråd, dubbelsignering.
- ☎ Under perioder dubbelbemanning när bedömningen är att detta krävs med syfte att säkerställa brukarnas hälsa och säkerhet.
- ☎ Installation av personlarm så medarbetare kan påkalla stöd när de behöver.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskrivning av hur vi fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

Riskbedömningar för samtliga brukare. Ur brukarens perspektiv och ur arbetsmiljöhänseende. Uppdateras i samband med genomförandeplaner (minst var 6e månad) samt alltid när behov uppstår.

Riskbedömning för brukaren kopplat till verksamhetens befintliga miljö. T.ex. klienter som har utåtagerande beteende har föranlett varaktiga försiktighetsåtgärder.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Beskrivning av hur vi utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

- ☎ Händelseanalys sker genom metod: Hantera - Utvärdera – Förändra som är framtagen av Bo Hejlskov och Anna Sjölands.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskrivning av hur vi arbetat med informationssäkerhet dvs.

1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse

- ☉ 1 juni 2021 implementerat nytt journalsystem Tidvis vilket inkluderar: Information om brukaren, Daganteckningar, Läkemedel, Avvikelser.
- ☉ Information om personalen, löneunderlag, schema, utbildningar, medarbetarsamtal, kvalitets- och HR-processer

2.. utvärdering som har genomförts av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

- ☉ Medarbetare har endast åtkomst till de brukares journaler som de arbetar med.
- ☉ Ingen olovlig åtkomst i Tidvis har skett under 2025 vilket också säkerställts med ansvarig kontaktperson på Tidvis som ansvarar för hosting av servrarna.
- ☉ Alla Tidvis kundföretag har egna servrar hos Tidvis, så det finns ingen risk att det skulle komma in något "virus" så att Amicare på något sätt loggas in hos andra eller vice versa.

3. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

- ☉ Månadsvis granskning görs av teamledare inför sammanställning av månadsrapporter. Återkoppling sker individuellt i särskilda fall och i annat fall i helgrupp i samband med APT.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Beskrivning av hur samverkan sker i den egna verksamheten och med andra vårdgivare för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

- ☉ Samverkan med hälsocentralen i Hofors som primär vårdgivare alt. via remiss till specialistvård. Huvudansvarig är stödperson för respektive brukare att kontakt hålls med vårdgivare.
- ☉ Sjuksköterska bistår med konsultationer och i förekommande fall kontakt med hälso- och sjukvården.
- ☉ Akut handlingsplan på organisationsnivå samt för enskild brukare finns för hantering av akuta situationer.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Beskrivning hur personalen rapportera risker och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskrivning av hur varje rapport utreds.

1. Beskrivning av händelse
2. Omedelbar åtgärd
3. Korrigering åtgärd för att avvikelser ej ska upprepa sig.
4. Uppföljning

- ☉ Varje rapport fylls i under fliken Avvikelser i Tidvis och följs upp systematiskt enligt metoden Hantera – Utvärdera – Förändra.

Beskrivning hur vi tar emot klagomål eller synpunkter från brukare, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer.

- ☉ Alla anställda ansvarar för att ta emot eventuella klagomål eller synpunkter. Alla klagomål överlämnas till teamledare alt. verksamhetschef för åtgärd.
- ☉ Forum för uppföljning av klagomål sker i samband med arbetsplatsträffar.
- ☉ Vid klagomålsärenden kontakter personen som har synpunkter teamledare på Amicare för att i bästa fall hitta en lösning. I många fall handlar åtgärden om att informera om vad vi som LSS-verksamhet kan göra vid problem som brukaren orsakar.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskrivning av hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

- ☉ Alla brukare deltar i upprättandet av genomförandeplanen vilket utgör grunden för patientsäkerhetsarbetet där det ska beläggas och beskrivas hur vi ska arbeta med de här individerna.
- ☉ Brukarna är vuxna och avgör själva om deras anhöriga ska vara delaktiga.
- ☉ Endast personer med förvaltare tillfrågas om att delta i samverkan utan samtycke från brukaren.
- ☉ Samverkan med anhöriga kan vara positivt för den vuxne brukaren i de fall brukaren har goda relationer till en anhörig och den anhörige bedöms bistå att öka tryggheten hos brukaren. En ökad trygghet kan öka möjligheten för brukaren att ta emot den omsorg som erbjuds av Amicare.

Resultat 2025

Redogörelse av resultat från genomförda mätningar under året samt beskriv hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

- ☞ **Antal händelser:** 329 st medicinavvikelser har inträffat under 2025 som är korrekt registrerade i tidvis.
- ☞ Av dessa är samtliga medicinavvikelser registrerade och inga av dessa är av karaktär som påverkat brukare negativt.

Årlig uppföljning av föregående års kvalitetsfrågor (Förbättringar, risker och avvikelser) som identifierats och åtgärdats:

1. Vi har arbetat mycket med att utbilda medarbetarna i hur man rätt rubricerar avvikelser i tidvis.
2. Säkrare medicinhantering genom byte av medicinförråd, dubbelsigtering, avräkning av narkotikaklassade mediciner.
3. Samtal med anhöriga/närstående om vikten av att ta medicin när brukare är hemma.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

- ☞ Amicare har under 2025 skapat en tydligare struktur för att rapportera avvikelser. En medvetenhet har skapats i hela organisationen som bidrar till ett mer aktivt kvalitetsarbete och en större förståelse i varför det är viktigt att rubricera daganteckningar rätt och vad som skall journalföras.
- ☞ Amicare har ofta brukare med uttalade svårigheter avseende affektiv funktion. De psykiska funktionsnedsättningarna är det primära även om somatisk sjukdom också förekommer hos vissa brukare.
- ☞ Ytterligare en SSK har anställts för att stödja brukare vid somatiska frågeställningar. Hon bistår vid provtagning och avgör om behov finns att kontakta läkare.
- ☞ Det lågaffektiva arbetssättet fungerar till för brukare med svåra sociala problem. Att kunna bli mött där man själv befinner sig och inte blir kritiserad för sin person.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2026

Inför 2026 är verksamhetens mål med patientsäkerhetsarbetet att.

- ☞ Forsat utbilda medarbetare i att korrekt registrera avvikelser i Tidvis.
- ☞ Utbildnings för personal och teamledare i de psykiska svårighetsområden som våra brukare har.