



Patientsäkerhetsberättelse
för 7111 Attendo Balder båge
År 2024



Datum:

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Informationssäkerhet	12
En god säkerhetskultur	13
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Patienten som medskapare.....	16
Agera för säker vård.....	17
Egenkontroll	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	19
Säker vård här och nu.....	22
Riskhantering	23
Stärka analys, lärande och utveckling.....	32
Avvikelser	33
Klagomål och synpunkter	33
Kvalitetsregister	34
Öka riskmedvetenhet och beredskap	38
Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år	40

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

Sammanfattning

Attendo Balders Båge består av 54 lägenheter. Lägenheterna är fördelade på sex avdelningar varav en är demensavdelning. På Attendo Balders Båge erbjuds heldygnsvård.

Attendo Balders Båge arbetar aktivt med patientsäkerheten och har satt mål och strategier samt upprättat ansvarsfördelning över hur arbetet ska gå till. Samverkan med interna och externa aktörer, som till ex. Attendo mobila teamet för sjuksköterskor, Attendo mobila teamet för rehab, läkarorganisation, sjukhus och uppdragsgivare sker oavbrutet för att nå målen. Boende och närstående uppmuntras till samverkan genom bland annat kundundersökningar och synpunkter/klagomål för att verksamheten kan ta fram förbättringsåtgärder.

De verktyg som använts i patientsäkerhetsarbetet har varit bl.a. Riskbedömning och riskanalys, avvikelserapportering och analyser av avvikelser, kvalitetsmöten, egenkontroll, avtalsuppföljning, hantering av synpunktshantering och klagomål samt externa granskningar av verksamheten.

Riskbedömningar individ och organisationsnivå görs tillsammans med sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och medarbetare på Teammöten minst 1g/månad

Målet för läkemedelsavvikelsena är att minska dessa i APPVA ska sjuksköterskorna kontrollera eventuella larm både förmiddag som eftermiddag där man enkelt kan se vem som missat och kan ta samtal direkt. För att öka kunskapen kring läkemedelshantering och skapa en större säkerhet och trygghet för personal, verksamhet och patienter kommer frivilliga omvårdnadspersonal genomgå utbildning i läkemedelshantering. Utbildningen kommer hållas av Apoteket AB för personal med delegering.

Kvalitetsgrupp har möte 1g/månad där vi tar upp samtliga avvikelser och arbetar med dessa. Avvikelse gällande läkemedel tas upp på HSL-mötet där man diskuterar åtgärder, Avvikelse på fall och medicintekniska hjälpmedel tas upp med arbetsterapeut/sjukgymnast på deras onsdagsmöten med sjuksköterskorna.

Registrering i nationella register, såsom Senior Alert, Palliativa registret, BPSD-registret skall göras kontinuerligt och vid behov. BPSD skall göras vid inflyttning och uppdateras var 6e månad och vid behov

Alla riskbedömningar med åtgärder i Senior Alert är under 2024 registrerats i Senior Alert men inte alla boenden, därför kommer detta att fortsätta vara ett målområde under 2025

Statistik i Svenska Palliativregistret visar att vi inte nå hela vägen och därför kommer det fortsätta att vara ett målområde under 2025. Vi har under år 2024 utbildat fler administratörer inom Palliativa registret. Fortsätter med det 2025.

Basala hygien och klädregler (BHK) har följts upp 4 g/år och vid behov.

Hygienrond har genomförts med hygiensjuksköterska från Vårdhygien i 2024.

Uppnått godkänt resultat i dokumentationsgranskningen för HSL efter små ändringar. Målet uppnåddes under 2024, men under 2025 kommer ett nytt journalsystem implementeras varför godkänt resultat i dokumentationsgranskning kommer fortsätta vara ett målområde under 2025.

Apoteksgranskning utfördes under 2024 med bra resultat efter små ändringar.

Den årliga egenkontrollen utfördes i verksamheten 2024.

Rehab tillsammans med sjuksköterskorna har under hela året fortsatt med teammöten på varje

avdelning varje vecka under 2024.

Medarbetare har genomgått obligatoriska webutbildningar under 2024.

Natt- och dygnsfastemätning har genomförts på samtliga patienter under 2024.

Verksamheten har under 2024 aktiva kvalitetsombud på varje avdelning.

Patienter och/eller närstående har erbjudits vårdplanering/Välkomssamtal inom 14 dagar efter inflytt samt minst 1 gång/år och vid förändrat hälsotillstånd.

Arbetet med att implementera gruppchefer i verksamheten har fortsatt och arbetssättet har börja sätta sig. Det har givit ett närmare ledarskap för omvårdnadspersonalen som nu ser det som en självklarhet.

Genom dagliga morgonmöten med en medarbetare närvarande från varje avdelning har vi effektivt kunnat uppmärksamma förbättringsområden, informera om viktiga händelser eller annat som rör medarbetare och/eller boende. Ledningsgrupp möte sker varje vecka och möten för kost-, och aktivitetsombud planerades och genomfördes vid ett flertal tillfällen under 2024 och fortsätter under 2025.

Vi har fortsatt arbetet med livskvalitetssamtal enligt ASCOT för att identifiera vad som gör skillnad för varje enskild patient och lyfta fram vad som behöver göras för att förbättra livskvaliteten hos våra patienter. Alla patienter kommer erbjudas samtal.

Medarbetarna rapporterar risker, tillbud och negativa händelser via elektroniskt system för avvikelser, Attendo ADD. De rapporterar även via team-möten & omvårdnadsmöten där risker identifieras.

Implementering "Demenskonceptet", Implementera SWEDEM. BPSD - samtliga registrerade patienter ska följas upp regelbundet. Följs upp kvartalsvis.

Implementering "Patientsäkerhetsprojektet".

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.

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 §

- Målet på Balders Båge var 2024 att fortsätta arbeta med att förbättra munhälsobedömning samt utföra smärtskattningar med validerat smärtskattningsinstrument under patientens sista levnadsvecka för att nå Socialstyrelsens uppsatta målnivåer inom dessa områden.

- 2023 målet var 90%, vilket blev 83.3%. 2024 målet var 90%, vilket blev 50%.

- Målet för 2024 är att dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan ska vara minst 90% och dokumenterad smärtskattning minst 100%.

-2023 målet var 90%, vilket blev 33.3%. 2024 målet var 90%, vilket blev 0%.

- Tandvårdsföretaget Flexident har haft utbildning i munvård samt bedömning enligt ROAG.

-Vilket utfördes hösten 2024 för samtliga personal.

Sjuksköterskorna kommer att visa statistik från svenska palliativregistret på APT för att visa hela arbetsgruppen om vi närmar oss målet och för att diskutera vad som behövs för att nå målet.

För att fortsätta uppnå godkänd nivå på HSL-dokumentationen ska årshjulet följas.

-Vilket blev godkänd 2024.

Registreringar med åtgärder ska göras i BPSD för att säkerställa att det blir gjort ska årshjulet följas.

Registreringar med åtgärder ska göras i Senior Alert för att säkerställa att det blir gjort ska årshjulet följas.

Övergripande mål och strategier för att säkra verksamhetens kvalitet rörande patientsäkerhetsarbetet är att göra all personal delaktig i arbetet och skapa förståelse för målen. Målen för patientsäkerhetsarbetet ska vara kommunicerade i verksamheten och för Attendo Balders Båge var följande mål planerade:

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet under 2024 har genererats ur Attendos Egenkontroll, HSL-uppföljning dels av KSONS MAS men även Attendos kvalitetsutvecklare, den regionala Punktprevalensmätningen avseende basala hygienrutiner och klädregler, granskning av HSL-dokumentation, Apotekets granskning av Läkemedelshantering samt aktuella kvalitetsregister.

- Sjuksköterskan ansvarar för att adekvata åtgärder vidtas i samråd med fysioterapeut, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal utifrån patientens riskbild.
- Sjuksköterskan ansvarar för att upprätta och följa upp hälsoplanen i patientens HSL-journal. Attendos standardvårdplan för fallrisk kan användas som hjälp vid bedömning och dokumentation.
- Godkänd HSL-dokumentation i Attendos egenkontroll.
- Förbättra kvaliteten i HSL-dokumentationen genom att följa årshjulet för HSL-dokumentationen.
- Förbättra personalens följsamhet till basala hygienrutiner genom att fördjupa arbetet med analyser av resultat från kollegiala granskningar av följsamheten till basala hygienrutinerna. Förbättra kvaliteten i vården och omvårdnaden i det palliativa skedet och generellt. Målet för 2024 var att samtliga boende skulle registreras i Senior Alert och samtliga dödsfall skulle registreras i Svenska Palliativregistret. Vilket vi kommer ha som mål 2025.
- Samtliga medarbetare har fått utbildning i Nationell Vårdplan för palliativ vård (NVP).

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschefen har haft det övergripande ansvaret för att skapa forum och förutsättningar för medarbetare inom verksamheten att arbeta med patientsäkerhetsarbete på alla nivåer. Samverkan med patientnämnden och IVO är också delar av verksamhetschefens arbete och ansvar. Då verksamhetschefen inte är HSL-utbildad har verksamhetschefen uppdragit vissa ledningsuppgifter till biträdande chef / sjuksköterska.

Biträdande verksamhetschef har ansvarat för att i samråd med verksamhetschefen till se att:

- HSL-rutiner finns är uppdaterade och aktuella i enlighet med lagstiftning.
- Årliga vaccinationer sker.
- Följsamhet till Basala Hygien och Klädregler (BHK) följs och kontrolleras regelbundet
- Förbereda och delta vid inspektioner, avtalsmöten, övriga kund/anhörig-möten
- Handlings och åtgärdsplaner upprättas efter uppföljningar, inspektioner, avtalsmöten, övriga kund/anhörig-möten
- Medverka i kvalitetsråd, HS- och HSL-möten
- Bistå VC i hantering och utredning av synpunkter, klagomål, rapporterade risker, avvikelser och allvarliga händelser.

- Patientsäkerhetsberättelsen upprättas
- Ansvarar för att det finns ssk som beställer basförråd och narkotika samt övrigt HSL-material
- Kontrollera att narkotikan blir räknad varje månad (ansvaret ligger på en av nattsjuksköterskorna)
- Ansvar att skriva ev. handlingsplan och åtgärder efter en apoteksgranskning som sedan verksamhetschefen ska ha till kvalitetstillsynen
- Dokumentationsstödjare för sjuksköterskor
- Dokumentationsgranskning
- Med vid Rekrytering av sjuksköterskor
- Ansvara över att nya sjuksköterskor ha samtliga behörigheter och inloggnings
- Ansvara över introduktionen till nya sjuksköterskor
- Ha det koll/ansvar för bemanning och semester till sjuksköterskegruppen, samt i samarbete med övriga Bitr VC ansvara för bemanning/schemaplanering för beredskap kvällstid.
- Samverkansmöte 1ggn/månad med biträdande Verksamhetschefer på övriga Attendo SÄBO

Sjuksköterska med ansvar för läkemedelsförrådet har ansvarat för att:

- Systematisk egenkontroll av läkemedel sker.
- Medverka vid Apotekares kontroll av verksamhetens läkemedelshantering.

Sjuksköterska med ansvar för dokumentation har ansvarat för att:

- Omvårdnadsdokumentationen följer Patientdatalagen samt de kvalitetskrav som ställs från Attendos KVVU och MAS från beställarorganisationen.

Sjuksköterska har ansvarar för att:

Är på plats alla vardagar 7-17 samt helger 7-16. Kvällstid (17-21 på vardagar och helger 16-21) ansvarar Mobilteamet för patientsäkerheten. Mellan 21-07 är det nattsjuksköterskan, som ansvarar för patientsäkerheten.

- Utifrån brukarens behov systematiskt leda, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet.
- Utföra riskbedömningar avseende omvårdnad, ställa omvårdnadsdiagnos, sätta upp mål och ordinera åtgärder samt följa upp dessa i enlighet med omvårdnadsprocessen i samband med inflyttning samt fortlöpande under vårdtiden.
- Utföra de behandlande åtgärder som läkare ordinerar inom ramen för sjuksköterskans kompetensområde.
- Arbeta i enlighet med lokala rutiner och riktlinjer från MAS
- Medverka i det systematiska kvalitetsarbetet
- Rapportera risker och avvikelser
- Bidra till att en hög patientsäkerhet uppnås

Fysioterapeut och arbetsterapeut har ansvarat för att:

Fysioterapeut och arbetsterapeut finns på plats onsdagar och torsdagar kl. 8-16.30

- Främja ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt
- Ta fram och vidareutveckla rutiner inom det egna kompetensområdet.
- Uppföljning av mål och resultat inom det egna kompetensområdet.
- Rapportera risker och avvikelser.
- Upprätta/uppdatera funktionsstatus och ADL-bedömningar

- Insatser för att bibehålla/öka funktioner och aktivitetsförmåga
- •Hjälpmiddelsutprovning
- Bedömning och åtgärder kring fall och fall prevention
- Kognitiva bedömningar i samband med demensutredning
- Handledning av personal
- Upprättande av rutiner
- Teammöten/Planmöten
- HSL-möten
- Fortbildning APT

Läkare:

Läkarbemanning köps in från Capio / Legesvisitten. Patientansvarig finns på plats en dag i veckan och är därutöver tillgänglig via telefon vardagar kl.08-17. Övrig tid finns jourläkare från Capio / Legesvisitten i tjänst.

Mas / Mar:

Ansvarar över att vårdgivarna följer deras övergripande riktlinjer som utgör ett ramverk och minimikrav för Ksons hälso- och sjukvårdsansvar. De anger inom vilka områden lokala rutiner ska finnas och anger lägsta nivå för vad som är en god och säker hälso- och sjukvård inom det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.

På Balders Båge arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut som ett team. Vi arbetar aktivt med kvalitetsarbete för att öka patientsäkerheten. Kvalitetsarbetet på Balders Båge är utformat att en gång per månad träffas kvalitetsråd som består av kvalitetssamordnare, sjuksköterska, undersköterska samt verksamhetschef.

Gruppchef:

- Det dagliga arbetet på respektive våningsplan fungerar.
- Introducera nya medarbetare på respektive våningsplan.
- Tillsammans med ansvarig sjuksköterska planera och se till att teammöten hålls regelbundet på respektive plan.
- Se till att alla boende på avdelningen har en kontaktperson och att kontaktmannaskapets arbetsuppgifter efterföljs.
- Välkomstsamtal genomförs.
- Kontrollbesöka rum innan inflyttning och kontakt med patient och närstående i samband med inflyttning.
- Tillvarata medarbetarnas synpunkter och förslag för att utveckla och förbättra verksamheten.
- Motivera arbetsgruppen och ge återkoppling inom omsorgsarbetet
- Medverka i verksamhetsplanering och uppföljning.
- Delta i kvalitetsmöten.

Planeringsledare

- Ansvarar för att bemanning av personal finns utifrån enhetens tjänstgöringsscheman.
- Ansvarar för att tillräcklig bemanning finns utifrån beläggning och upphandlingsavtal.
- Ansvarar för att i samarbete med sjuksköterskor tillgodose att det finns tillräcklig bemanning utifrån patientsäkerhet.

- Ansvarar för att i samarbete med sjuksköterskor planera in hälso- och sjukvårdsuppgifter till delegerad personal i planeringssystemet Epsilon.

Kvalitetssamordnaren har ansvarat för att:

- Leda den lokala kvalitetsgruppen, där verksamhetschef, bitr. verksamhetschef, sjuksköterskor och omvårdspersonal medverkar.

Undersköterskor samt icke legitimerade yrkesutövare har ansvarat för att:

- medarbetare med delegering är när de utför delegerade uppgifter hälso- och sjukvårdspersonal och ansvarar för att uppgiften utförs korrekt.
- Det praktiska omvårdnadsarbetet utförs på ett personcentrerat och patientsäkert sätt i samverkan med sjuksköterska.
- Medverka i framtagande, utvärdering och vidareutveckling av rutiner och arbetssätt.
- Rapportera risker och avvikelser samt eventuella missförhållanden till verksamhetschefen.
- Tillgodogöra sig relevanta kunskaper inom livsmedelshygien, basala hygien och klädregler.
- Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerlig medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Dietist

- finns inom Attendo, som ger stöd och vägledning vid behov i nutritionsfrågor

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Attendo Balders Båge samverkade både externt och internt för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador under 2024.

Samverkan externt

Attendo Balders Båge hade LOV-avtal med Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) samt med Upplands Väsby kommun under 2024. Samverkan med KSON sker genom regelbundna samverkansmöten, avtalsuppföljning samt kontakt med biståndshandläggare, boendesamordnare och avtalshandläggare genom journalsystemet LifeCare. Samverkan med Upplands Väsby kommun har skett genom telefonsamtal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar innehades av KSON:s MAS under 2024. Samverkan med MAS har skett i samband med MAS-möten, avtalsuppföljningar, samverkansmöten, utbildningar samt då behov uppstått i vardagen, via telefonsamtal och mejl.

Capio/Legevisitten ansvarar för läkarinsatser. Läkare är på plats en gång i veckan på boende samt vid akuta ärenden och läkare finns tillgängliga via telefon dygnet runt. Samverkansmöten mellan Attendo och Capio/Legevisitten sker två gånger per år eller vid behov. Samverkan med patientansvarig läkare har även skett via rondstödet Collabodoc.

Samverkan med Norrtälje Sjukhus har skett regelbundet då patienter på Attendo Balders Båge vårdats inlagda på sjukhuset eller besökt någon av sjukhusets öppenvårdsmottagningar. Samverkan har även skett vid samverkansmöten mellan Norrtälje sjukhus och de olika utförarna av

SÄBO inom Norrtälje Kommun. Fokus för dessa möten har varit säkra övergångar för patienter mellan de olika vårdinstanserna. I detta forum har också samverkan kring hur man kan ambulansens resurser nyttja på bästa sätt då det gäller patienter som skickas från SÄBO till akuten på Norrtälje Sjukhus.

Samverkan mellan Attendo Balders Båge och tandläkarorganisation inom Region Stockholm är Flexident. Dom erbjuder och utför fria munhälsobedömningar och utför tandvårdsinsatser, som skedde regelbundet under 2024.

All personal har gått även obligatorisk munvårds utbildning samt ROAG till samtliga SSK under 2024.

Samverkan har även skett med andra sjukhus inom regionen såsom Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus eller Södersjukhuset då boende på Attendo Balders Båge Norrtälje varit i behov av högspecialiserad vård.

Fotvårdsspecialist medicinsk fotvård har besökt på Attendo Balders Båge regelbundet och fanns tillgängliga under dagtid.

Vi samverkar med Sodexo när det gäller brukarnas hjälpmedel.

Samverkan med Apoteket, som kommer och gör en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering, en gång/år.

Fotvårdsspecialist kommer hit regelbundet och finns tillgänglig dagtid. Samverkan med verksamhetschef minst 2 gånger per år.

Avtal fanns med Vårdhygien Stockholm som genomför hygienrund på verksamheten. De finns även till hjälp för att få råd och stöd samt erbjuder utbildningar både webbaserat och lokalt.

Avtal med sodexo för extern kontroll av taklyftar och vårdsängar fanns och utförs en gång per år eller enligt föreskrivet intervall.

Legitimerad medarbetare har tillsammans med omsorgsmedarbetare kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Regelbundna avdelningsmöten hålls på varje avdelning med OAS, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och fysioterapeut. Eventuella fall och medicinska avvikelser tas upp under dessa möten som sker 1 g/månad.

Samverkan och informationsöverföring mellan HSL- och SoL-personal sker i första hand via dokumentationssystemen Procapita och Lifecare.

Samverkan internt

Samverkan sker regelbundet vid APT.

Samverkan sker dagligen vid morgonmöte.

Samverkan mellan HSL och SoL-personal har skett regelbundet vid team-och planmöten.

Samverkan inom sjuksköterskegruppen har skett kontinuerligt samt vid sjuksköterskemöten 1gg/månaden.

Samverkan med rehab personal sker onsdagar och torsdagar.

Samverkan har skett mellan biträdande verksamhetschefer för övriga Attendo-boenden i Norrtälje genom regelbundna möten.

Samverkan har även skett med sjuksköterskegrupper från övriga Attendo-boenden i Norrtälje genom

gemensamt sjuksköterskemöte.

Samverkan mellan arbetsterapeut och sjukgymnast på samtliga Attendo-boende i Norrtälje har skett vid regelbundna möten.

Ledningsgruppsmöten varje vecka består av Verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, gruppchefer samt samordnare.

Samverkan har även skett intern inom de olika ansvarsgrupperna som är aktiva på Attendo Balders Båge i Norrtälje.

- Kvalitetsråd
- Hygienrond
- Palliativ
- Kost
- Förbrukning
- Värderingscoacher
- BPSD
- Arbetsmiljö
- Planmöten
- Ledningsmöten
- Aktivitetsmöten
- Anhörigmöten
- Boenderåd
- Förbrukningsmöte

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

På Attendo Balders Båge Norrtälje krävs att varje medarbetare har en personlig inloggning för att komma in i datorn, efter det krävs antingen personlig inloggning, SITHS-kort eller e-legitimation för att nå verksamhetens dokumentationssystem Pro Capita och Life Care.

Alla som får tillgång, läser och skriver sedan under dokumentet "Behovs och riskanalys för behörighet till journalsystem".

Riskbedömning även tillsvidarepersonal samt tystnadsplikt all personal på Attendo Balders Båge Norrtälje har skrivit på sekretessavtal vid anställningens start. Inhämtar samtycke för utlämnade av journalhandling,

Rutin för dokumentation angående kvalitetsregister, sändning och mottagning av sekretessuppgift. Skyddande av personuppgift enl dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser.

Loggkontroll av användare av digitalt journalsystem görs loggkontroll varje kvartal av

verksamhetschefen. Loggkontrollerna visade att inga medarbetare har tagit del av journaler där det inte föreligger en vårdrelation.

Signeringsverktyget Appva - sjuksköterskor använder SITHS-kort vid inloggning i dator, vid inloggning i mobila enheter används tvåfaktorsidentifiering.

Kommunikationsstöd Collabodoc - används för kommunikation mellan läkare på Capio Legevisitten och sjuksköterska. Vid inloggning används SITHS-kort.

Kvalitetsregister - SITHS-kort används för inloggning.

Planeringsverktyget Epsilon krävs tvåfaktorinloggning, som har implementerats under året. Innan dess användes lösenord.

En god säkerhetskultur



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

Det krävs att verksamhetsledningen har en positiv inställning och har öppna dialoger där medarbetare är delaktiga och får aktivt delta i att förbättra brister och risker.

All personal jobbar för de boendes säkerhet och välmående genom att göra riskbedömningar och händelserapporteringar som sedan tas upp till diskussion på teammöte och APT. Patientsäkerhet är en stående punkt på APT. Där finns möjlighet för diskussion och reflektion över vad som hänt och att ta fram strategier för att det inte ska hända igen.

Genom att skapa god arbetsmiljö för personalen så främjar det ett bra säkerhetsarbete för de boende. Att ge personalen tid för reflektion och diskussion om sitt arbete och situationer de ställs inför.

Att ha en inbjudande kultur till patienter och deras närstående, att komma med förbättringsförslag så att vården utvecklas främjar en god säkerhetskultur.

Verksamheter som bedriver socialtjänst finns skyldighet att ta emot och utreda avvikelser samt klagomål och synpunkter som rör verksamhetens kvalitet. Verksamheten är också skyldig att rapportera och utreda, avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande (Lex Sarah). Denna utredningsskyldighet kräver att verksamheten har ett system för att systematiskt rapportera, utreda och analysera de avvikelser som sker i verksamheten för att få kunskap om hur vi ska förebygga att allvarliga avvikelser inträffar i våra verksamheter. Analysarbetet syftar till att bidra till en god säkerhetskultur som ska kännetecknas av ett förebyggande arbetssätt, att dra lärdom av avvikelser som inträffat och att arbeta aktivt med risker.

Risker och avvikelser rapporteras i interna avvikelssystem ADD, fram till mitten av mars rapporterades avvikelser i Centuri, kvalitetssamordnare och verksamhetschef tilldelas avvikelserna. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp.

Lex Maria, eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah, kontaktas verksamhetschef samt MAS. Utredning, av person utsedd av Attendo, genomför skyndsamt utredningen som kvalitetssäkras av Attendos MAS som därefter genomför ställningstagande om händelsen ska rapporteras vidare till IVO. Alla avvikelser sammanställs månadsvis och analyseras i ett kvalitetsteam. Resultat analyseras för att kunna se olika mönster och trender. I kvalitetsteamet ingår:

- Verksamhetschef
- Biträdande verksamhetschef/HSL-ansvarig sjuksköterska
- Samordnare
- Gruppchefer

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.

Varje enskild medarbetares kompetensnivå och behov av utbildning (utbildningsplan) och utveckling går igenom vid medarbetarsamtal med medarbetare samt verksamhetschef varje år för att säkerställa att personal har adekvat kunskap och kompetens. Attendo Talents har ett brett webbutbildningssystem som all personal har tillgång till.

Personalens kunskaper och kompetens fördelas jämt över hela huset. Närmare 80% av personalgruppen är utbildade undersköterskor. Vid sårbara perioder såsom sommarsemestrarna har verksamhetens planeringsledare strävat efter att fördela personalen på ett sätt som säkerställer att det finns kompetent personal på plats under dygnets alla timmar som stöd till mindre erfarna kollegor och vikarier.

Obligatoriska utbildningar via Attendo talents, Basal hygien utbildning, livsmedelshygien. Diplom skrivs ut. Rehabiliteringspersonalen utbildar i lift och lyftselar, förflyttningsutbildning, drag och glidlakan, position, trycksår och ledvårdsutbildning. Detta säkerställer via närvarolistan. Obligatorisk för all personal.

Attendo Balders Båge har haft sjuksköterskor på plats mellan 07.00-17.00 alla vardagar samt mellan 07.00-16.00 på helgdagar. Sjuksköterska från Mobilteamet har funnits tillgänglig på telefon mellan

17.00-21.00 på vardagar och mellan 16.00-21.00 på helgdagar. Natttid, mellan 20.45-07.15 har sjuksköterska som fördelar sin tid mellan fyra stycken Attenboenden funnits på plats.

Sjukgymnast och arbetsterapeut har funnits på plats 2 dagar i veckan onsdagar och torsdagar från Attendo Hamnparken. Andra dagar är dom även tillgängliga via telefon om behov uppstår.

Patientansvarig läkare från Caphio Legevisitten har funnits tillgänglig för rond på plats en eftermiddag tisdagar samt på telefon, måndag till fredag 08.00-17.00. Övrig tid har Caphio Legevisitten SÄBO-jour haft ansvaret.

5 omsorgspersonal och 1 sjuksköterska har genomgått Palliativt Kunskapscentrums (PKC) utbildning till palliativombud. Sedan tidigare finns det 4 omsorgspersonal, som gått den utbildningen.

1 sjuksköterska har gått utbildning i Läkemedelshantering, diabetes samt äldre och läkemedel som getts av Apoteket AB via KSON.

Alla sjuksköterskor är legitimerade. Alla sjuksköterskor har yttersta ansvaret för sitt plan. Vilket säkerställer och ger trygghet för både personal och boende. Obligatoriska utbildningar via Talents.

Sjuksköterskorna håller i internutbildningar beroende på vilket behov som uppstår i verksamheten, för att öka patientsäkerheten. Det kan vara utbildning i vitalparametrar, nutrition och basal hygien. En arbetsterapeut och sjukgymnast finns tillgänglig för att boka förflyttningsutbildning i verksamheten. Under året har förflyttningsutbildning genomförts med extern arbetsterapeut, utbildning i hjälpmedelshantering och förflyttning har gjorts löpande efter behov på avdelningarna i patientnära arbete.

För att skapa systemförståelse och kunskap kring förbättrings- och implementeringsarbete involveras medarbetarna i planeringen av nya rutiner och arbetssätt, vi går tillsammans igenom stegen för förbättringsarbete och handlingsplaner på t.ex. kvalitetsmöte, arbetsplatsträffar och avdelningsmöten.

Sjuksköterskorna följer upp läkemedel och hälso- och sjukvårdsinsatser dagligen i MCSS APPVA och återkopplar till avdelning och medarbetare om något avviker.

2 vårdbiträde blev under 2024 färdig undersköterska och 1 undersköterska har utbildat sig till specialistundersköterska inom demensvård.

Samtlig personal på Attendo Balders Båge har gått utbildningen lågaffektivt bemötande och besvärliga människor samt tillit till teamet.

Samtliga personal har gått utbildningen NVP, Nationell vårdplan för palliativ vård.

I

Patienten som medskapare



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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vårdplanering sker i samband med när patienten flyttar in. Patienten och dess närstående, kontaktman och omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar. Vid behov är verksamhetschef, fysioterapeut och/eller arbetsterapeut med. Välkomstsamtal genomförs inom två veckor. Patienten görs delaktig i sin planering av vård och omsorg i hälsoplaner och i genomförandeplanen. För att säkerställa den äldres behov av vård och omsorg arbetar enheten i tvärprofessionella team. Med patientens medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande till närstående

Vid förändrat hälsotillstånd, hos patienten, erbjuds vårdplanering, där patienten och/eller närstående deltar. Vid vård i livets slutskede erbjuds brytpunktssamtal med läkaren där patient och dess närstående erbjuds att vara delaktiga.

I verksamheten anordnas boenderåd regelbundet.

Nyhetsbrev skickas ut till närstående, från verksamhetschefen, en gång per månad.

Närståendeträff har skett 1 gång under 2024.

Verksamheten samarbetar även med patienter och närstående via resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning, Attendos egen kundundersökning samt inkomna synpunkter och klagomål.

Arbetet på Balders Båge är personcentrerat. Alla patienter har en kontaktman i personalgruppen samt en omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Vid klagomål och synpunkter avseende HSL, hänvisas patienten eller närstående direkt till omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vid allvarigare synpunkter eller klagomål, kontaktas verksamhetschefen.

När medarbetarna tar emot klagomål eller synpunkter, kontaktar de sjuksköterska eller verksamhetschef.

Verksamhetschef återkopplar snarast efter inkommen synpunkt till den som lämnat synpunkten, antingen muntligen eller skriftligt. Synpunkterna hanteras i kvalitetsgruppen på samma sätt som en händelse/avvikelse.

Vid årets slut sammanställs alla synpunkter och analyseras för att identifiera eventuellt mönster.

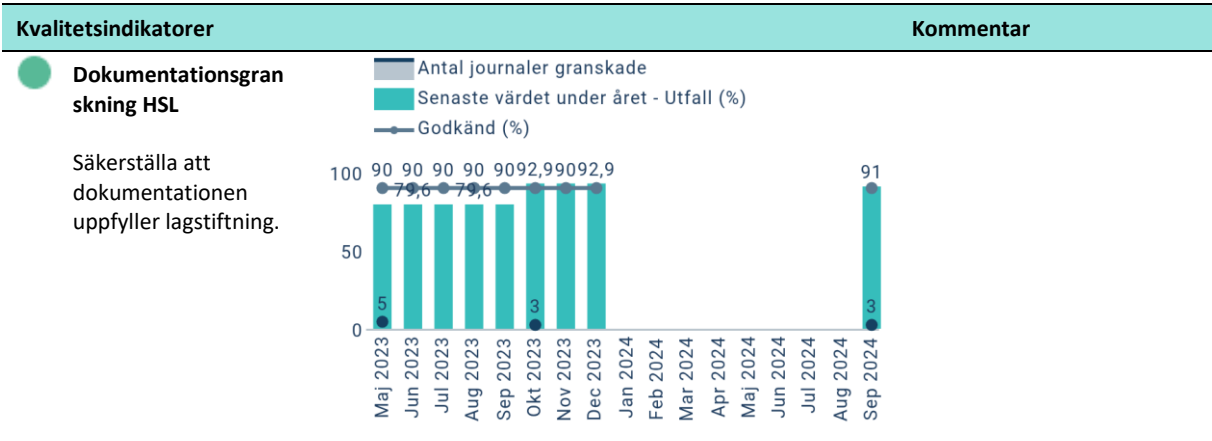
Agera för säker vård



Egenkontroll

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.



Status	Åtgärder	Slutdatum
✓ Avslutad	Det finns aktuella anteckningar under alla sökord, dock behöver de bli fylligare och beskriva mer av det ssk bedömt. Lättare att förstå anteckningarna vad man har skrivit under omvårdnadsstatus.	2024-02-12
✓ Avslutad	Följ upp ordinerade åtgärder	2024-01-15

Status	Åtgärder	Slutdatum
✓ Avslutad	För in ROAG i patientjournalen det räcker inte att det finns i senior alert, eftersom det inte är ett journalsystem.	2024-02-07
✓ Avslutad	Lägg till datum för när anteckningen i TakeCare skrevs Lägg till datum för när anteckningen i TakeCare skrevs, så att det går att härleda varifrån uppgiften tagits	2024-01-15
✓ Avslutad	Avsluta icke-aktuella anteckningar Lättare att förstå vad som är aktuellt för patienten	2024-01-15

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 prioritering av insatser.

Verksamhetschefen uppmuntrar all personal att skriva händelserapporter då de upplever patientsäkerhetsrisker/brister i vården. Verksamheten bedömer alla inkomna händelser inklusive inkomna patientklagomål. Flera händelserapporter har lett till förbättringsåtgärder. En vanlig åtgärd är att händelsen lyfts på APT och/eller temamöten för samtliga i verksamheten för att öka engagemang och dialog kring patientsäkerhetsfrågor.

Allvarligare händelser med misstänkt vårdskada som följd utreds med en Händelse analys. Resultatet av analysen ska alltid presenteras till alla på enheten för att all personal ska få kunskap och få vara delaktiga i att förbättra patientsäkerheten på våra enheter framåt. Resultatet från Händelse analys leder till en handlingsplan där förbättringsåtgärder listas inklusive vem/vilka som är ansvariga för genomförande och uppföljning samt tidsplan för implementering av åtgärder. Kvalitetsmöte 1 g/månad

Händelser som har medfört eller som hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp enligt följande:

1. Övontad allvarlig händelse sker t.ex. missförhållande eller vårdskada. Alla klagomål som kommer från beställare utreds som allvarlig händelse.
2. Omedelbara åtgärder vidtas för att avbryta missförhållande. Därefter sker rapportering till verksamhetschef och händelserapport görs i händelserapporteringssystemet Centuri. Detta

dokumenteras sedan i patientens journal.

3. Verksamheten är skyldig att utreda händelser som har eller skulle kunna härleda till vårdskada (Lex Maria). Utredning görs enligt händelseanalysmodellen. Kvalitetssäkring och ställningstagande görs tillsammans med kvalitetsutvecklare (KVU) eller MAS. Mas gör en eventuell anmälan till IVO enligt Lex Maria.
4. Uppföljning av åtgärdsplan görs av verksamhetschef. Verksamhetschef ansvarar för att kommunicera utredning till beställare, myndighet, kund och närstående.
5. Eventuell ytterligare åtgärder innan avslut utifrån beslut från IVO.

Ansvar

Alla medarbetare har skyldighet att rapportera händelser i verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att alla medarbetare känner till sin rapporteringsskyldighet. Regionchef ansvarar för att utse utredare och formulera uppdrag och uppföljning av åtgärdsplan. KVU och MAS ansvarar för att kvalitetssäkra utredningen och eventuell anmälan till IVO.

under 2023 har vi haft en avvikelse, allvarlig händelse, som utred med inriktning mot Lex Sarah då anhörig ser bristande tillsyn som orsak. Ärende är avslutat.

under 2024 har vi inte haft vårdskador, som har bedömts som allvarliga.

Alla allvarliga händelser utreds av RC/VC/BVC från andra Attendo boenden.

Vårdskador till exempel trycksår upptäcks i god tid av personal vilket dom rapporterar direkt till ansvarig sjuksköterska. Personalen antecknar detta i boendes SOL-journal och sjuksköterska gör en ordination och dokumenterar detta i HSL-journal samt informerar personal.

All personal har gått utbildning basala handhygien som är obligatorisk även obligatoriska förflyttningsutbildningar ges 2 gånger/år för samtliga medarbetare.

Till alla sommarvikarier ges en ergonomi/förflyttningsutbildning innan dom börjar.

Tillförlitliga och säkra system och processer



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

Läkemedelsgenomgångar

De årliga läkemedelsgenomgångarna syftar till att optimera patientens behandling och då det är befogat seponera onödig läkemedelsbehandling. Som grund till läkemedelsgenomgången ligger analys av blodprover samt bedömning enligt PHASE-20 vilket är en symtomskattningsskala som identifierar symtom av eventuella biverkningar eller interaktioner. Läkare och sjuksköterska genomförde tillsammans med kontaktman läkemedelsgenomgångar för samtliga patienter under 2024.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

BHK syftar till att förhindra spridning av eventuella smittor. Arbetet med BHK har varit pågående under hela året enligt ett årshjul som arbetades fram i hygiengruppen. Hygiengruppen på Attendo Balders Båge Norrtälje består av Biträdande Verksamhetschef, en sjuksköterska med ansvar för hygien samt ett hygienombud från varje avdelning. Aktiviteter som skett under året har varit hygienronder, självskattningar och punktprevalensmätningar. Aktiviteterna har givit en tydlig bild av vad verksamheten behöver satsa på inom hygienområdet och insatser och utbildningar har planerats utifrån resultaten. De huvudsakliga insatserna under året har varit en hygienutbildning för samtliga hygienombud samt e-utbildning för omvårdnadspersonalen.

Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder syftar till att skydda våra boenden från skada, skyddsåtgärder kräver riskbedömning samt samtycke från patienten. Inför varje beslut om skyddsåtgärd har en riskanalys utförts och ett samtycke inhämtats. Vid egenkontroll framkom att omvårdnadspersonalen hade bristande insikt och förståelse för arbetet kring skyddsåtgärder och att det var i huvudsak sjuksköterskan som ansvarade för skyddsåtgärder. Detta föranledde ett arbete med att tydliggöra det gemensamma ansvaret avseende skyddsåtgärden, att hela teamet har ett ansvar. Alla beslut kring skyddsåtgärder fattas i team, det skall vara minst en SoL och en HSL personal med. Alla ordinationer av en skyddsåtgärd har föregåtts av en riskbedömning inom teamet, riskbedömningen har följt en checklista och resultatet har dokumenterats enligt en standardiserad vårdplan som tagits fram inom sjuksköterskegruppen. Alla skyddsåtgärder har föregåtts av ett samtycke. Skyddsåtgärder har alltid varit tidsbegränsade och har följts upp var tredje månad samt vid behov då det har uppstått.

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Delegering av HSL-uppgifter och administrering av läkemedel har varit nödvändigt i verksamheten. Delegering av läkemedelsadministrering samt HSL-uppgifter har föregåtts av utbildning samt kunskapskontroll. Under 2024 har e-utbildningen "jobba säkert med läkemedel kunnat användas", utbildningen har innehållit ett kunskapstest, Attendo kräver dock även ett skriftligt kunskapstest vilket verksamhetens sjuksköterskor har använt som ett ytterligare komplement. Vid delegering av HSL-uppgifter har sjuksköterskan försäkrat sig om att omvårdnadspersonalen har den praktiska färdigheten som krävts för att utföra åtgärden. Samtliga delegeringar följs upp efter delegeringstillfället och omprövas årligen. HSL-åtgärder som delegeras har varit exempelvis kontroll av vitalparametrar, att ta på stödstrumpor och okomplicerade sårömläggningar. Samtliga avancerade sår hanteras av sjuksköterskor.

Dokumentation

Dokumentationen har utgjort en central del i patientsäkerhetsarbetet på Attendo Balders Båge Norrtälje, rätt information skall finnas tillgänglig vid rätt tid och under korrekt term i den digitala journalen. Dokumentationen har skett i dokumentations-systemet Procapita (HSL). Tydlig rutin har funnits för vad som skall dokumenteras och hur ofta informationen skall följas upp. Informationen i journalen har uppdaterats då patientens tillstånd och behov förändrats men för att säkerställa att

inget missas har en översyn av status och vårdplaner skett enligt ett årshjul för HSL-dokumentation. Stickkontroller har utförts av Biträdande Verksamhetschef och återkoppling har lämnats till sjuksköterskegruppen.

Vid vård av patient i livets slutskede och efter beslut av ansvarig läkare, har vårdplan upprättats och dokumentation skett enligt NVP (Nationell Vårdplan för Palliativ vård) utbildningen skett under 2024 för omvårdnadspersonal.

Driftstopp

I varje journalpärm har funnits utdraget allmänna uppgifter, anamnes och kontaktuppgifter för patienten. Vid inflyttning har tjänstgörande sjuksköterska ansvarat för att dessa skrivs ut och sätts in i pärmen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har sedan tillsett att dessa är aktuella. Vid planerade driftstopp har även aktuell status samt aktuella omvårdnadsordinationer skrivs ut och förvaras i patientens läkemedelsskåp.

Under driftsstoppet har dokumentation skett på "Journalblad vid driftstopp" och iförts in i Procapita senast inom 48 timmar.

Under 2024 hade vi ingen driftstopp på Balders Båge.

Inkontinenshjälpmedel har förskrivits individuellt av sjuksköterska efter inkontinensutredning. Uppföljning och utvärdering ska göras i omvårdnadsdokumentationen vid förändringar, dock minst 2 gång/år av omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med patienten och kontaktmannen. Inkontinenssäkring görs alltid vid inflyttning av ny boende och ska alltid tas upp på vårdplaneringsmöten/teamträffar. Som stöd i utredningen användes Attincare.

Läkarkontakt

Läkarkontakt har skett kontinuerligt under dygnets alla timmar via telefonsamtal.

Under 2023 har kommunikationsstödet Collabodoc implementerats av läkarorganisationen. Collabodoc har inneburit att sjuksköterskorna på Attendo Balders Båge Norrtälje har kunnat kommunicera icke akuta ärenden till läkaren som har kunnat hantera dem och återkopplat utan onödiga telefonsamtal. Collabodoc har inneburit att tid har frisatts för patientbesök i samband med rond då mindre icke akuta ärenden hanteras kontinuerligt under veckans alla dagar.

Alla akuta ärenden har hanterats via telefonsamtal mellan sjuksköterska och läkare.

Läkemedel

Alla patienter utom en (som har dosett) på Balders Båge har läkemedel via dospåse, d.v.s. från apoteket dosdispenserade läkemedel, som levererats varannan vecka. Rullar med dosdispenserade läkemedel tas emot och kontrolleras av sjuksköterska och fördelas i patientens läkemedelsskåp av sjuksköterska.

Viss dosettdelning har förekommit för läkemedel som inte kunnat dispenserats i dospåse och vid behandling med antibiotika. Dosetter har delats av tjänstgörande sjuksköterska och lämnats i patientens läkemedelsskåp av sjuksköterska. Dosetter har lämnats ut en vecka i taget för att undvika dubbla dosetter i skåpet. Torsdagar dosettdelning och lämning av dosett söndagar av sjuksköterska.

Originalförpackningar förekommer.

Signering av läkemedel sker i det digitala signeringsstödet Appva, som vi har startat 2023 oktober.

2 sjuksköterska har varit ansvarig för basförråd, att beställa hem och kontrollera utgångsdatum.

Riskbedömningar för psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett stort problem för många personer över 65 och delvis dolt då det slentrianmässigt har setts som en naturlig del av åldrandet. På Attendo Balders Båge Norrtälje har riskbedömningar för psykisk ohälsa skett i samband med inflytt, om behov uppstår samt i samband med läkemedelsgenomgången.

Riskbedömningar på verksamhetsnivå görs kvartalsvis.

Riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa görs vid inflytt av nya patienter. För patienter med risk inom något av ovan nämnda områden sätts åtgärder in för att förebygga och förbättra, dessa följs upp av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Riskbedömningar för undernäring görs sedan kvartalsvis och för övriga områden varje halvår eller oftare vid behov. Riskbedömning mynnar ut i en hälsoplan.

utöver har vi hygienrond 4 g/år, internrond 1 g/år Attendos, apoteksgranskning 1/per år, vi arbetar med skyddsåtgärder där vi följer upp efter en månad och sen var tredje månad, Nattfastemätning är 2 g/år, tre frågor för att förebygga undernäring. Medicinsk fotvård var 3:e månad eller vid behov.

Identifiera riskområden

Ett trycksår räknas som en vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat vidta adekvata åtgärder för att förhindra trycksåret men så inte har skett och patienten har drabbats av en skada, ett lidande eller en sjukdom alternativt har avlidit till följd av det.

Samtliga patienter som flyttar in på Balders Båge riskbedöms gällande trycksår med hjälp av riskbedömningsinstrumentet Norton, inom 14 dagar efter inflytt. För patienter som visare sig ha en risk för att utveckla trycksår skapar teamet (omvårdnadsansvarig sjuksköterska, omvårdnadspersonal, fysioterapeut, arbetsterapeut och patienten själv) en omvårdnadsplan med hälsofrågeställning, omvårdnadsåtgärder samt mål för att minska risken för att utveckla trycksår. Omvårdnadsplanen följs upp regelbundet och revideras vid behov. Riskbedömning görs inom 14 dagar efter inflytt och därefter var sjätte månad samt vid förändrat hälsotillstånd hos patienten.

Säker vård här och nu



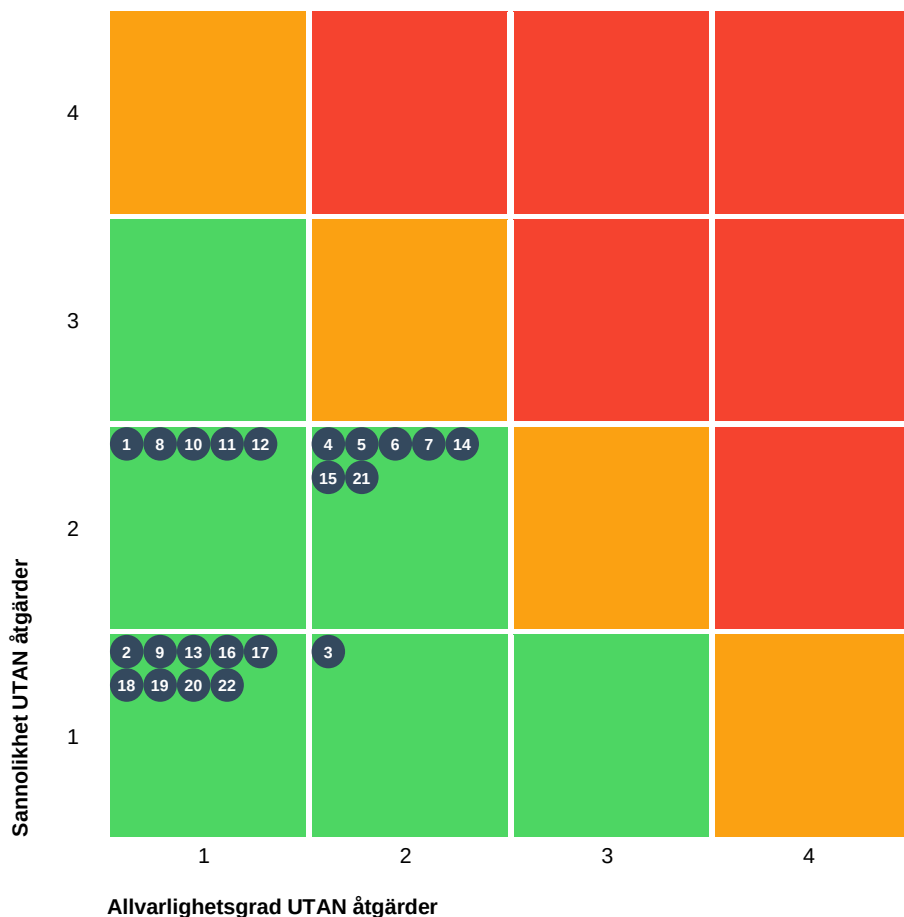
Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

- Under 2024 har det till viss del varit svårt att rekrytera omvårdnadspersonal. Detta grundar sig till viss del på hög konkurrens i Norrtälje men även på en brist av utbildad personal. Attendo Balders Båge har till viss del löst problematiken genom att erbjuda vårdbiträden utbildning till undersköterskor på arbetstid genom finansiering av äldreomsorgslyftet. 5 vårdbiträde har anmält sig till undersköterska utbildningen under 2024.
- Inom Attendos verksamheter i Norrtälje har det sedan flera år funnits ett väl grundat samarbete avseende att hjälpa varandra med material och läkemedel. Gemensam lagerhållning har funnits för material som sällan används. Vid behov av material som varit restnoterat eller behövts med kort varsel har Norrtälje Sjukhus varit behjälpliga.
- Under året har nätverket i verksamheten visat sig ha utmaningar. Nätverksutmaningarna leder till missade signeringar av läkemedel i Appva samt till utmaningar att logga in i Epsilon via mobilen. Kommunikationen kring dessa utmaningar har avsevärt förbättrats under året vilket leder till att informationsbortfallet kring läkemedelssigneringar samt dokumentation är minimalt, utmaningen ligger i att nätverksproblemen tar tid från respektive teammedlem.
- Det har varit en hög personalomsättning under året, ett par långtidssjukskrivningar och vakanta tjänster. Vid stor andel timanställd omsorgspersonal i verksamheten i samband med semestrar eller vakanta tjänster kan det påverka patientsäkerheten negativt. Timvikarier som är på olika avdelningar olika arbetspass har inte samma kunskap som en tillsvidareanställd medarbetare, om enbart timvikarier arbetar ett pass en dag kan det vara en risk för patientsäkerheten.
- Omsättning i sjuksköterskegruppen. Att ständigt förlora kompetens om både verksamhet och patienter påverkar i allra högsta grad patientsäkerheten negativt. Utan en stadig HSL-grupp finns det ingen som har överblicken, inte heller kunskapen om verksamheten och patienterna, vilket ökar risken för misstag som påverkar patientsäkerheten negativt. Under 2024 har det varit brist på sjuksköterskor.
- Driftstopp, vilket påverkar möjligheten att läsa journal samt dokumentera i journal. Varje patient har en HSL-pärm där det viktigaste så som kontaktuppgifter, anamnes och status finns i pappersform. Det är svårt att förutse när ett driftstopp kommer inträffa och det är därför viktigt att alltid arbeta som om det kommer ett driftstopp här och nu, vilket innebär att sjuksköterskorna ständigt måste tillse att aktuella papperskopior finns i patienternas HSL-pärmar, vilket också görs.
- Skyddsåtgärder är dokumenterad i genomförandeplan som finns utdragen i boendes pärm på avdelningskontor.
- Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor som jobbar på timmar i samband med oväntad sjukfrånvaro eller semester. Främst under sommarmånaderna.
- Leveransproblem av produkter som näringsdryck, mat, förbrukningsvaror, sondmat, sjukvårdsmaterial och läkemedel. Det är idag en stor risk för restnoterade produkter, alltifrån mat till läkemedel och förbrukningsartiklar. Skyddsutrustning kan beställas förebyggande, men varor som näringsdryck, sondmat, sondmatpumpar och vissa sjukvårdsmaterial som varierar i förbrukning är svårt att förutse åtgången och är således väldigt svårt att lagerhålla, likaså läkemedel. Försenas leveransen av sådana produkter och ersättningsprodukter inte erhålls kan det påverka patientsäkerheten negativt.

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.



22 Låg | Totalt: 22

Hög
Medium
Låg

	Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
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	 medarbetare är inloggad i och läser ärenden gällande patienter som det inte har en vårdrelation till Beskrivning risk för okunskap Konsekvensbeskrivning risk för bristande rutin	 Loggkontroller  Loggkontroller medarbetare är inloggad i och läser ärenden gällande patienter som det inte har en vårdrelation till	2024-12-28 2024-12-27
2	 Risk för vårdskada om händelser inte journalförs korrekt Beskrivning tidbrist gör att ssk inte journalför. Konsekvensbeskrivning risk för vårdskada om man inte journalförs korrekt		
3	 Risk för att akuta händelser skrivs i rondplattformen och inte hanteras direkt. Konsekvensbeskrivning patienten riskeras att få en vårdskada om en akut händelse inte hanteras direkt		
4	 Administrering Beskrivning •Säkerställ att personalens rutiner vid administrering överensstämmer med gällande föreskrift. Ett antal kontroller ska göras mot aktuell läkemedelslista. •Vid administrering av dospåse ska antalet tabletter i varje påse alltid räknas och jämföras mot det antal som framgår på läkemedelslistan. Konsekvensbeskrivning Risk för fel antal tabletter	 Rutin för administrering Säkerställa en god-och säker läkemedelshantering	2023-11-30
5	 Delegering av läkemedelshantering	 Rutin för delegering av läkemedelshantering skrivs	2023-12-20

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	Beskrivning •Följ upp att den delegerade arbetsuppgiften utförs korrekt och dokumentera uppföljningen. I den nya föreskriften är det förstärkt krav för delegering. •Rekommenderar att personalen gör de skriftliga kunskapstesten (såsom Jobba säkert med läkemedel) på arbetsplatsen under överinsyn av någon sjuksköterska. Konsekvensbeskrivning Säkerställa rätt kunskap	Säkerställa delegering utifrån rutinen	
6	Förvaring i kylskåp Beskrivning •Förvara endast läkemedel som kräver kylförvaring i kylskåpet. Det står alltid angivet på förpackningen om läkemedlet kräver kylförvaring. •Säkerställ att alla sjuksköterskor vet vilken termometer som ska läsas av (dvs den som ligger inne i kylskåpet, inte siffran på själva kylskåpet som endast visar vilken temperatur kylan är inställd på). Konsekvensbeskrivning Säkerställa rätt information	 Rutin för förvaring i kylskåp Säkerställa rätt förvaring av läkemedel	2023-11-30
7	Generika Beskrivning •Säkerställ att alla sjuksköterskor följer den uppsatta rutinen om generiskt utbyte. Det ska dokumenteras på signeringslistan när läkemedel blivit utbytt enligt generisk substitution, tex genom att dokumentera namnet på ordinerat läkemedel, snedstrecka och därefter skriva namnet på läkemedlet som ska administreras. Det måste vara tydligt för personalen vilket läkemedel det gäller samt det är dessutom krav på spårbarhet.	 Rutin för generiskt utbyte skrivs Säkerställa en god- och säker läkemedelshantering	2023-12-28

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	Konsekvensbeskrivning Ge fel läkemedel		
8	 Genomgång och städning av patientskåp Beskrivning Utför hållbarhetskontroll regelbundet. Plocka bort och kassera utgångna läkemedel. Utgångna läkemedel påträffas under granskningen. Konsekvensbeskrivning Sämre läkemedelspåverkan	 Rutin för städning av patienssåd Säkerställa hållbarhet av läkemedel	2023-09-28
9	 Iordningställande Beskrivning •Uppdatera rutinen avseende iordningställande av dosrullar. Det ska framgå hur sjuksköterskan kontrollerar och dokumenterar iordningställande. Den kontroll Apotekstjänst utför av dosrullar utesluter inte sjuksköterskans kontroll. Konsekvensbeskrivning förhindra fel läkemedelsdelning	 Rutinen för iordningställande åtgärdat Säkerställa god-och säker läkemedelshantering	2023-12-28
10	 Sjuksköterskorna åker med egen bil till apoteket för att Kassera läkemedelsavfall samt stickavfall Beskrivning Idag transporterar sjuksköterskorna avfallet till ett närliggande apotek i sina egna bilar. Avtal med apoteket ang hämtning av dessa vore önskvärt. Konsekvensbeskrivning Det är olämpligt både med hänsyn till arbetsmiljö och säkerhet samt dessutom tidsödande	 Inga åtgärder endast förslag från apoteket och inget krav.	2023-12-13
11	 Kontroll och skötsel av läkemedelsförråd Beskrivning •Ta fram tydlig städrutin. Det ska framgå vem som gör rent, kontrollerar utgångsdatum och sorterar bort läkemedel som är inaktuella samt hur ofta detta	 Städrutin för skötsel av läkemedelsförråd skrivs Säkerställa en god-och läkemedelshantering	2023-12-30

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	ska göras. •Ta fram listor att dokumentera utförd städning/genomgång på. Konsekvensbeskrivning Sämre läkemedelspåverkan		
1 2	Kvalitetsarbete Beskrivning •Fortsätt arbetet med att skriva avvikelser då ni inte får tillräcklig/rätt information då boende kommer tillbaka från annan vårdenhet. Om ni ej får svar från registratorn på avvikelser till sjukhusen vill MAS Anna Wahlgren ha kännedom om detta. Konsekvensbeskrivning risken finns att avvikelserna inte hanteras	✓ externa avvikelserna skrivs till registratorn Förbättra kvalitetsarbete	2023-12-21
1 3	Lokala rutiner för läkemedelshantering Beskrivning •Lokal instruktion finns men behöver uppdateras och kompletteras med några detaljer, förslag följer nedan i rapporten. •Uppdatera texten avseende dosleverantör: ni har inte längre Svensk Dos utan Apotekstjänst. •Säkerställ att de delar av kvalitetsdokumenten som berör personalen är tillgängliga och kända (tex genom att de får signera på en tagit-del-av lista eller, om rutinen ligger elektroniskt, genom loggkontroll). Konsekvensbeskrivning Risk fel information	✓ Rutin för läkemedelshantering uppdaterad Säkerställa en god- och säker läkemedelshantering	2023-12-20
1 4	Läkemedel utanför låst patientskåp Beskrivning •Om det förekommer att vissa läkemedel förvaras utanför låst skåp så ska det dokumenteras i en lokal rutin. Ange vilka läkemedel det får vara, var de	✓ Läkemedel utanför låst patientskåp. Rutin skrevs Säkerställa en god-och säker läkemedelshantering	2023-12-20

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	förvaras och om det finns avdelningar där detta inte får förekomma. Konsekvensbeskrivning riks för fel användning		
1 5	Calici Beskrivning Gastroenteritutbrott orsakade av calicivirus ger varje säsong upphov till stora problem inom i särskilda boenden. Utbrotten leder inte bara till ökat lidande för patienterna utan även till organisatoriska problem på grund av, utlokalisering av patienter, sjukskrivning av personal och höga kostnader. Förutom detta länsövergripande handlingsprogram kan det vid behov finnas en lokal plan utifrån enhetens förutsättningar med kända tydliga rutiner för hantering av calicivirusorsakad gastroenterit. Konsekvensbeskrivning . Tarminfektioner orsakade av calicivirus smittar ofta både patienter och personal inom en vårdenhhet	Rutin för Calici Minska eller stoppa smittspridning	2023-09-20
1 6	Läkemedelslista Beskrivning •Beskriv i rutinen vad ni använder som ordinationshandling om inte patienten är ansluten till Pascal. •Säkerställ att det alltid finns en aktuell läkemedelslista ute i patientskåpen. Rekommenderar att förnya listorna hos samtliga patienter vid ett par tillfällen per år för att vara på den säkra sidan. Signeringslistan ska alltid gå att härleda till läkemedelslistan för att personalen ska kunna göra de kontroller som föreskriften kräver. •Rekommenderar att sätta upp läkemedelslistan på insidan av	Rutin för läkemedelslista Säkerställa en god- och säker läkemedelshantering	2023-12-28

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	dörren till patientskåpet (gärna i en ringpärm) för att göra den väl synlig och lätt tillgänglig för personalen. Konsekvensbeskrivning förhindra fel läkemedelsdelning		
1 7	Narkotika - kassation Beskrivning •Dubbelmarkera alltid vid kassation av narkotika. Noterade att narkotika hade kasserats ute hos patient som endast signerats av en sjuksköterska (det går utmärkt att den andra personen är en undersköterska, men det ska alltid vara två). Konsekvensbeskrivning att inte narkotika hamnar i rätt ställe	Uppdatera rutin för kassation Säkerställa en god-och säker läkemedelshantering	2023-12-20
1 8	Narkotikaansvarig Beskrivning •Nedteckna en roll-ansvarsbeskrivning för narkotikaansvarig sjuksköterska. Det ska finnas en namngiven narkotikaansvarig sjuksköterska. Nattsjuksköterskan kan fortfarande kontrollräkna, men då ska det vara i tät dialog med narkotikaansvarig sjuksköterska, som har ansvaret på papperet. •Utse ansvarig för kontrollräkning på de olika våningsplanen. Om det inte ingår i narkotikaansvarigs ansvar ska det vara tydligt definierat vem som ansvarar för vilken våningsplan. Konsekvensbeskrivning kan bli fel på kontrollräkningen	Uppdatera rutin för narkotikaansvarig Säkerställa en god-och säker läkemedelshantering	2023-12-21
1 9	Narkotikakontroll Beskrivning •Säkerställ att avvikelser i behållning utreds och dokumenteras i en avvikelserapport. Fråga nattsjuksköterskan som för	Rutin för narkotikakontroll skrivs Säkerställa en god-och säker läkemedelshantering	2023-12-21

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	närvarande kontrollräknar hur hon hanterar de avvikelser som detekteras idag. •I samband med narkotikakontroll ska stickprov göras mot följesedlar. Om ni inte är två personer vid inleverans av narkotika ska stickprov utföras vid några tillfällen per år av narkotikaansvarig, för att säkerställa att rätt mängd förs in i journalen jämfört med det som står på följesedeln. •Rensa ur gamla, fulltecknade förbrukningsjournaler och arkivera. Konsekvensbeskrivning risk för fel antal narkotika		
2 0	 Narkotikaplåster åter för kassering Beskrivning •Säkerställ att använda plåster alltid kommer tillbaka till sjuksköterskan. Om möjligt bör sjuksköterskorna hantera narkotikaplåstren för att slippa all administration kring insamling av gamla plåster mm. Konsekvensbeskrivning Förhindra narkotikasvin	 Rutin för narkotikaplåster åter för kassering skrivs Säkerställa att plåster kommer tillbaka till ssk	2023-12-21
2 1	 Behovsläkemedel boendes medicinskåp Beskrivning Medarbetarna tillsammans med sjuksköterskan skall kontrollera att vid behovs medicin finns i boendes medicinskåp. Varje torsdag skall medarbetarna kontrollera att vid behovsmedicinen finns i skåpet, detta registrerar medarbetarna i APPVA: Sjuksköterskan skall kontrollera varannan onsdag i samband med APO.-dos utlämning. Konsekvensbeskrivning Glömmer man kontrollera v.b medicinen så fylls det inte på i skåpet	 Rutin för vid behovsmedicin skrivs Säkerställa en god-och säker läkemedelshantering	2023-12-13

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
2 2	Läkemedelsbeställning Beskrivning •Samtliga sjuksköterskor som har behörighet att beställa läkemedel till basförrådet ska vara namngivna i den lokala rutinen. Konsekvensbeskrivning Att man kan glömma att kontrollera att läkemedelsbeställningen har gått igenom	Rutin för läkemedelsbeställning skrivs Säkerställa att rutinen är rätt	2023-12-21

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.

- Händelserapportering är egentligen ett förbättringsarbete vilket verksamhetsledningen kommunicerar ut till medarbetarna samt försöker skapa en positiv inställning till att rapportera risker för vård skador samt händelser som hade kunnat medföra en vårdskada.
- Genom regelbundna journalgranskningar av HSL-dokumentationen identifieras eventuella förbättringsområden i syfte att öka patientsäkerheten.
- Verksamheten registrerar i BPSD-registret, palliativa registret och Senior Alert, 2024 har resultatet i registren börjat användas för att utvärdera hur arbetet fortskrider kopplat till patientsäkerhet, men behöver göras mer systematiskt i utvecklingsarbetet för BPSD samt Palliativa. Granskningar av gjorda registreringar i Svenska palliativregistret har visat på att Balders Båge inte når upp till Socialstyrelsens satta målnivåer för den palliativa vården.
- Vid Lex Maria är det av största vikt att förankra åtgärdsplanen baserat på identifierade orsaker till händelsen i hela verksamheten, det görs på kvalitetsmöte, APT och morgonmöte så fort det registreras som en allvarlig händelse som utreds enligt Lex Maria. På så vis blir det levande och fler drar lärdom inför framtiden.
- Riskbedömningar och åtgärder dokumenteras i Hälsoplaner i Procapita. Åtgärderna tas fram utifrån fyndet från riskbedömningen och förankras i teamet. Uppföljning av åtgärder planeras i Procapita. Sjuksköterskan utgår alltid ifrån patientsäkerhet i sitt arbete. Vi arbetar förebyggande genom att belysa för omvårdnadspersonal att det är viktigt att de lyfter för

sjuksköterskan när förändring i mående uppkommit. Vi utför riskbedömningar kontinuerligt.

Avvikelser

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

	2024	2023
Fall ej skada	58	13
Larm	10	10
Hot och våld	5	5
Information	2	2
Kost och mathantering	1	4
Läkemedel	52	116
Medicinteknisk produkter	2	1
Omvårdnad	29	43
Trycksår	0	1
Övrigt	7	17
Synpunkter och klagomål	4	7
Totalt	170	219

- Avvikelser kring läkemedel har minskat, detta med hjälp av stickprover från sjuksköterskan och kontinuerliga kontroller och uppföljningar. Genom digitala signeringssystemet Appva har sjuksköterskorna lättare kunna följa vem av den delegerade personalen som bär avvikelserna och direkt kunnat informera och ge stöd och utbildning så att avvikelserna inte uppstår igen. Antalet läkemedelsavvikelser var 2023 116 och har sjunkit till 52 under 2024.
- Avvikelser för fall har ökat under 2024 jämfört med 2023. Kan härledas till många boenden med kognitiv svikt. Vid risk för fall finns åtgärder.
- Det har varit ett stort arbetet med att uppmuntra medarbetare att rapportera in avvikelser. Vid introduktion av nyanställda går verksamhetschefen igenom vikten av avvikelse samt vad avvikelse innebär. Uppmuntran ges även på morgonmöte samt APT och kvalitetledningsmöte. På kvalitetledningsmötet har varje månads avvikelser sammanställts och analyserats i kvalitetsgruppen.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående.

Alla synpunkter/klagomål tas upp på kvalitetsmöten varje månad och dokumenteras i kvalitetsmötesprotokollet samt som en händelse i Attendo ADD. Synpunkter/klagomål sparas hos verksamhetschefen. Verksamhetschefen ska informera beställaren kontinuerligt om de

synpunkter/klagomål som inkommer till verksamheten.

Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter/klagomål utreds och följs upp löpande samt återkopplas till patient/närstående.

Under 2023 rapporterades 7 klagomål/synpunkter in till verksamheten att jämföra med 1 stycken under 2024.

Vi har under året 2024 haft 1 negativ klagomål och synpunkter från myndighet.

Åtgärder är vidtagna och ärende är avslutat.

Inga klagomål har kommit till verksamheten via patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Synpunkter som kan påverka patientsäkerheten är bristande städ, synpunkter på maten och lång svarstid på larm.

Bristande städ kan delvis bero på att det har funnits färre kontaktpersoner i samband med vakanta tjänster/längre sjukfrånvaro under året. Gällande matens smak har en del maträtter inte varit omtyckta av en del personer och det är varierande kunskapsnivå i tillagning/kryddning av mat, när maten har varit kall har värmehanteringen under måltider inte varit tillfredsställande.

Svarstiden på larm har förbättrats under året, men det har inträffat att boende har fått vänta på larm längre än förväntat, det har varit fortsatt uppföljning av larmordinationer och att de följs så att inte t.ex. rörelselarm står framme när de inte ska och larmar trots att det inte ska gå larm.

Synpunkter och klagomål från myndigheter och organisationer beaktas som allvarliga. När sådant klagomål kommer verksamheten tillhanda läggs den som en allvarlig händelse. VC kontaktar MAS i verksamheten, avvikelsen läggs in som en allvarlig händelse i vårt avvikelssystem och en utredning startas upp av Regionchef och ansvarig utredare bestäms. Beroende på vad klagomålet handlar om blir avgörande för hur lång utredningen blir.

När utredningen är klar kontaktas respektive organisation beroende på vad det är för krav från avsändaren. Beroende på händelse så kan det vara aktuellt att kund och närstående deltar. När utredningen är klar meddelas de aktuellt berörda av detta klagomål och resultatet av utredningen.

Kvalitetsregister

På Attendo Balders Båge registreras det i tre kvalitetsregister:

- BPSD-registret
- Senior Alert
- Svenska palliativregistret

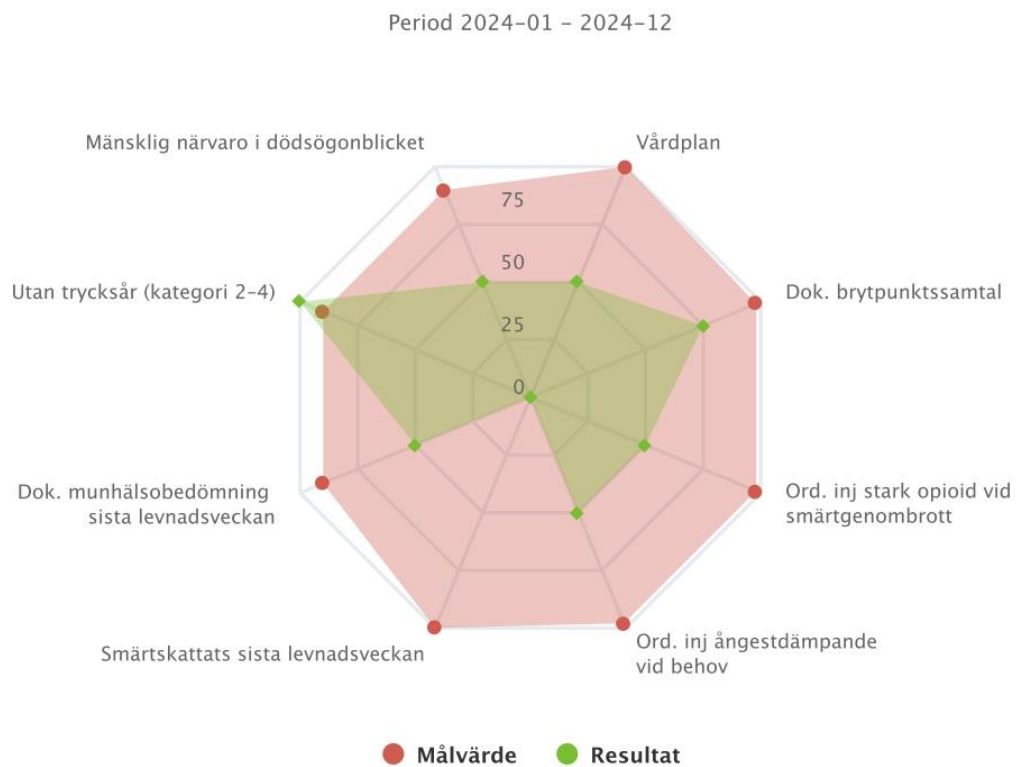
Palliativregistret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet med registreringen är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Sjuksköterskorna ansvarar för att besvara en enkät som handlar

om hur vården varit sista veckan i livet, fördel är att någon annan i teamet som varit delaktig i vården är med för att få en mer nyanserad bedömning.

Spindeldiagram över hur det ser ut på enheten under 2024:

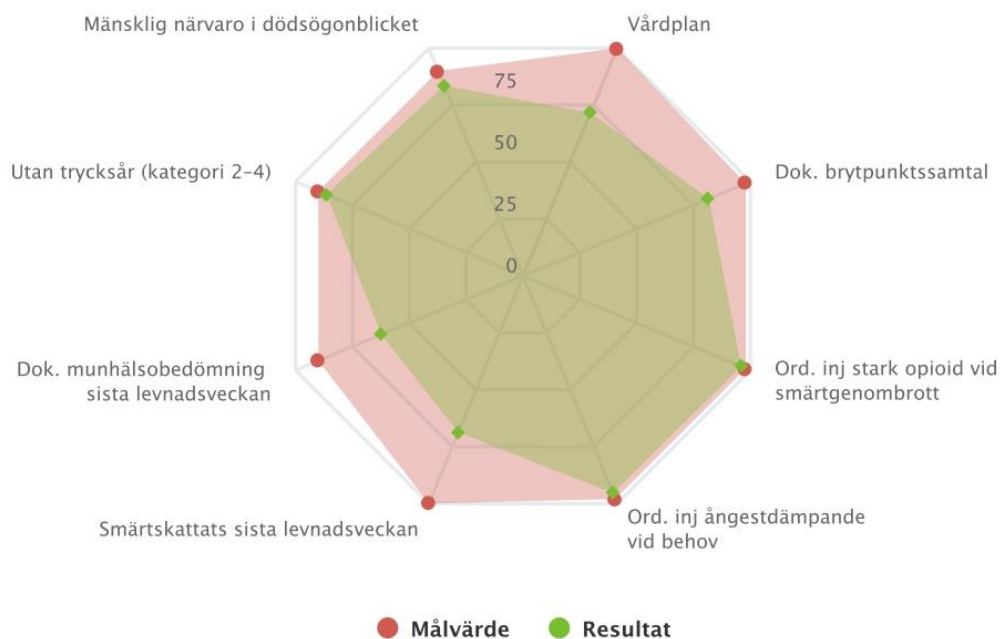
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över hur det ser ut i hela Sverige under 2024:

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 – 2024-12



2024

Kvalitetsindikator

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	50	100	2	
Dok. brytpunktssamtal	75	98	3	
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	50	98	2	
Ord. inj ångestdämpande vid behov	50	98	2	
Smärtskattats sista levnadsvecka	0	100		
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	50	90	2	
Utan trycksår (kategori 2–4)	100	90	4	
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	50	90	2	

2023

Kvalitetsindikator

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Vårdplan	100	100	6	
Dok. brytpunktssamtal	100	98	6	
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	98	6	
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100	98	6	
Smärtskattats sista levnadsvecka	33,3	100	2	
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	83,3	90	5	
Utan trycksår (kategori 2–4)	100	90	6	
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	100	90	6	

Svenska palliativregistret

Flera omvårdnadspersonal har gått utbildningen för palliativombud vid Palliativ Kunskapscenter (PKC) under 2024. Fokus kommer fortsätta ligga på att dessa områden förbättras under 2025, för att enheten ska uppnå Socialstyrelsens uppsatta målnivåer. Statistik från registret kommer att följas på HSL-möte varje månad samt på palliativombudsmöten varje kvartal.

Enheten behöver 2025 arbeta mer aktivt med kvalitetsindikatorerna som palliativa registret har. Varje kvalitetsindikator har ett målvärde och enheten behöver arbeta för att nå målvärdena

2023

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Vis
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Attendo Balders bäge	47	92%  67 av 73	97%  65 av 67	99%  66 av 67	73%  41 av 56	5  3 personer	20  personer	2  personer	31  personer	
Balders bäge Attendo Sverige AB	47	92%  67 av 73	97%  65 av 67	99%  66 av 67	73%  41 av 56	5  3 personer	20  personer	2  personer	31  personer	
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %					
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %					
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %					

2024

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Attendo Balders båge	39	91% 43 av 47	91% 39 av 43	98% 42 av 43	81% 28 av 32	8 4 personer	14 personer	0 0 personer	19 personer
Balders båge Attendo Sverige AB	39	91% 43 av 47	91% 39 av 43	98% 42 av 43	81% 28 av 32	8 4 personer	14 personer	0 0 personer	19 personer

Riskbedömningar i Senior Alert

Riskanalyser sker bland annat på individnivå genom att använda kvalitetsregistret Senior Alerts riskbedömningar. Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att bistå vårdprevention och teamarbete. Under året har vi följt utvecklingen av riskområde genom att ta fram rapporter och analysera dessa tillsammans på HSL-möte. Fynd från analys har delgetts omvårdnadspersonalen på teammöte.

Mål: Att öka registreringar av riskbedömningar i Senior Alert för att kunna se mönster kring risker och arbetssätt samt öka engagemanget i teamet genom utbildningsinsatser och aktivt arbete.

Resultat: Vid en jämförelse i Senior Alert inom verksamheten mellan år 2023 och 2024 ses följande:

Bakomliggande orsaker vid risk: **97%** (2023) **91%** (2024)

Åtgärdsplan vid risk: **99%** (2023) **98%** (2024)

Utförda åtgärder vid risk: **73%** (2023) **81%** (2024)

Analys av resultat: Vi ska bli bättre att registrera alla boenden, som är ett mål 2025. Fortsatt arbete krävs för öka följsamheten till att registrera i systemet. Analysen visar även att vi är bra på uppföljning av åtgärder och att åtgärder visar god effekt.

Vi ska fortsätta arbetet med registrering i BPSD. Vi har inte nått målet med 100 % registrering i BPSD pga att utbildade administratörer har bytt jobb. Vi ska fortsätta arbetet med att utbilda nya administratörer för att nå målet med 100 % registrering i BPSD.

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.

Verksamheten registrerar i BPSD-registret, palliativa registret och Senior Alert, 2024 har resultatet i registren fortsatt användas för att utvärdera hur arbetet fortskrider kopplat till patientsäkerhet.

Målet är att minska antalet läkemedelsavvikelser jämfört med 2024.

Sjuksköterskor i tjänst fortsätter ha daglig uppföljning i MCSS APPVA. Planera in regelbundna stickprovskontroller praktiskt vid läkemedelsadministrering som en del i uppföljning av delegering.

För att säkerställa korrekt hantering av läkemedel kommer årliga kunskapstester genomföras där kompetensen hos respektive medarbetare kartläggs på ett strukturerat sätt. För att betona vikten av att göra rätt hela vägen vid administrering av läkemedel, bland annat signera insatser i tid utan påminnelse från sjuksköterska, kommer det införas ett trevarningssystem där omsorgspersonal med delegering för indragen delegering och göra om delegeringsförfarandet efter tre varningar.

Driftstopp, vilket påverkar möjligheten att läsa journal samt dokumentera i journal. Varje patient har en HSL-pärm där det viktigaste så som kontaktuppgifter, anamnes och status finns i pappersform. Det är svårt att förutse när ett driftstopp kommer inträffa och det är därför viktigt att alltid arbeta som om det kommer ett driftstopp här och nu, vilket innebär att sjuksköterskorna ständigt måste tillse att aktuella papperskopior inklusive läkemedelslistor finns i patienternas HSL-pärmar, vilket också görs.

Dokumentation av läkemedel i förrådet sker på pappersform/listor, som förvaras i låsta läkemedelsrummet.

Skyddsåtgärder är dokumenterad i genomförandeplan som finns utdragen i boendes pärm på avdelningskontor.

Dokumentation av SOL-journalen görs i boendes pärm, som finns respektive avdelnings låsta kontor vid driftstopp.

Öka kompetensen inom basala hygienrutiner. Samtliga anställda skall gå basala hygienrutiner samt skall arbetsgrupp införas med sjuksköterska och omsorgspersonal som finns som stöd i verksamheten och kan stärka upp och utbilda personal.

Egenkontroller som finns inom Attendo och KSON under ett år ska utföras för att få en bedömning av hur säkerhetsarbetet fortskrider och utvecklas inom enheten.

Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år

Under 2025 kommer Balders Båge fortsätta arbeta med att förbättra:

- För att fortsätta uppnå godkänd nivå på HSL-dokumentationen ska årshjulet följas. Vi var godkända 2024 vilket är målet att bli godkända 2025.
- Registreringar med åtgärder ska göras i BPSD för att säkerställa att det blir gjort ska årshjulet följas.
- Registreringar på samtliga boende med åtgärder ska göras i Senior Alert för att säkerställa att det blir gjort ska årshjulet följas.
- Att vi på Balders Båge ska registrera i palliativa register uppsatta mål vid förväntat dödsfall, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och vi hade 0%. 90% ska ha en dokumenterad munhalsbedömning under sista levnadsveckan och vi hade 50%. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal och vi hade 75%. Vårdplan ska vara 100% och vi hade 50%. Utan trycksår 90% och vi hade 100%. Mänsklig närvaro i dödsögonblick ska vara 90% och vi hade 50%. Ordination injektion av stark opioid vid smärtgenombrott ska vara 98% och vi hade 50%. Ordination ångestdämpande vid behov ska vara 98% och vi hade 50%. Detta ska tas upp regelbundet på avdelningsmöten för att påminna alla vikten av dokumenterade bedömningar.
- Fortsätta följa och förbättra efterlevnaden av basala hygienrutiner genom utbildning och praktiska stickprovskontroller.
- Uppföljning av digital läkemedelssignering i Appva med målvärde för året på 95% signeringar i tid. Sjuksköterskor ansvarar för löpande uppföljning av målvärdet.
- Kvartalsvis uppföljning av utfärdade delegeringar i form av stickprov på utförd läkemedelsadministration som sjuksköterska ansvarar för. Genomförande av Apotekets kunskapstest läkemedel för alla fasta omvårdnadsmedarbetare samt för långtidsvikarierande omvårdnadsmedarbetare, oavsett om medarbetaren har en aktuell delegering, genomförs vid ett tillfälle. Genomfört kunskapstest för delegering av läkemedel för omvårdnadsmedarbetare en gång per år.
- Läkemedelsgenomgång med ansvarig läkare och sjuksköterska 1 gång per år för alla boende.
- Erbjuder fortbildning inom områden som förflyttningsteknik och läkemedelshantering.
- Loggkontroll i dokumentationssystem kommer utföras och dokumenteras kvartalsvis av verksamhetschef.
- Öka registreringen av avvikelser för att säkerställa att fler incidenter rapporteras och analyseras.
- Säkerställa korrekt och enhetlig dokumentation i det nya Epsilon-systemet genom regelbundna utbildningar och uppföljningar.
- Genomföra kvartalsvisa hygienronder med målet att samtliga ska vara godkända.
- Implementering "Demenskonceptet", Implementera SWEDEM.
- Implementering "Patientsäkerhetsprojektet".