



Patientsäkerhetsberättelse  
för 8105 Attendo Hemvård Norrtälje  
1  
År 2024



Datum: 2025-02-28

## Innehållsförteckning

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inledning</b> .....                                                                 | <b>4</b>  |
| <b>Sammanfattning</b> .....                                                            | <b>5</b>  |
| <b>Grundläggande förutsättningar för säker vård</b> .....                              | <b>6</b>  |
| <b>Engagerad ledning och tydlig styrning</b> .....                                     | <b>6</b>  |
| Övergripande mål och strategier .....                                                  | 6         |
| Organisation och ansvar .....                                                          | 7         |
| Samverkan för att förebygga vårdskador .....                                           | 9         |
| Informationssäkerhet .....                                                             | 9         |
| <b>En god säkerhetskultur</b> .....                                                    | <b>10</b> |
| <b>Adekvat kunskap och kompetens</b> .....                                             | <b>11</b> |
| <b>Patienten som medskapare</b> .....                                                  | <b>12</b> |
| <b>Agera för säker vård</b> .....                                                      | <b>14</b> |
| <b>Egenkontroll</b> .....                                                              | <b>14</b> |
| <b>Öka kunskap om inträffade vårdskador</b> .....                                      | <b>16</b> |
| <b>Tillförlitliga och säkra system och processer</b> .....                             | <b>20</b> |
| <b>Säker vård här och nu</b> .....                                                     | <b>25</b> |
| Riskhantering .....                                                                    | 25        |
| <b>Stärka analys, lärande och utveckling</b> .....                                     | <b>28</b> |
| Avvikelser .....                                                                       | 29        |
| Klagomål och synpunkter .....                                                          | 30        |
| Kvalitetsregister .....                                                                | 31        |
| <b>Öka riskmedvetenhet och beredskap</b> .....                                         | <b>32</b> |
| <b>Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år</b> ..... | <b>33</b> |

## 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

Under 2024 har det skett förändringar i verksamhetens ledningsgrupp. En ny verksamhetschef kom under augusti efter tf verksamhetschef och hjälp verksamhetschefer från andra verksamheter. En biträdande verksamhetschef tillsattes också. Sjuksköterska gruppen har under året varit lågt bemannande stärkts upp av mobila teamets och hyr sjuksköterskor. I oktober bemannades sjuksköterskorna till fullo och den nya hälso- och sjukvårdsansvarig sjuksköterskan kunde på allvar ta tag i sitt uppdrag.

Målen satta för 2024 har delvis uppfyllts. Registrering i senior alert uppnåddes inte till fullo kvarstår som som prioriterat mål 2025. Munvårdsutbildningen har utförts av extern aktör. Internutbildning av omvårdnadspersonal av sjuksköterskor samt rehab personal utföres regelbundet. Ny rutin för delegering med stickprovskontroller genomförs.

## 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 §**

Uppnå registreringar i Senior Alert 100% för de patienter i hemsjukvården som samtycker till att delta i kvalitetsregister. Målet nås genom att vi säkerställer att sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal har en rimlig arbetsbelastning. Rehabiliteringspersonal ska även bli mer delaktiga i sitt område för fall.

- Munvårdsutbildning
- Erbjuder intern basutbildning av sjuksköterska ska utföras 2 gånger per termin för att säkerställa kompetensen hos omvårdnadspersonalen. Utbildning ska kunna ledas av samtliga anställda sjuksköterskor.
- Under 2024 är målet att vi ska uppnå godkänt resultat på dokumentations- granskningen, strategier som satts in för att göra det möjligt är att verksamheten tillsammans går igenom senaste granskning, HSL ansvarig har utfört intern granskning och återkopplat till respektive medarbetare, fortsatt arbete med att tillämpa checklista vid inskrivning av ny patient samt MAS och MAR i kommunen har bokats in för möte i syfte att säkerställa gemensamma arbetssätt såsom att text dokumenteras under rätt term i journalen.
- Ny rutin är att varje sjuksköterska ska följa upp alla medarbetare som har en delegering, genom att utföra regelbundna stickprovskontroller där sjuksköterska kontrollerar praktiskt medarbetaren vid läkemedelsadministrering. Målet för 2024 är att detta ska utföras 1gång i månaden hos utvald medarbetare, och säkerställs genom att skriva ned i ett gemensamt dokument när detta utförts. En punkt på gemensamma sjuksköterskemöten för detta kommer också att sättas in.

Attendo Hemvård Norrtälje har under år 2024 arbetat med att säkerställa en för äldre personer god omsorg och hälso- och sjukvård och skapa förbättringar och utveckling av verksamheten.

Genom återkommande regel bundna ergonomi och förflyttnings utbildningar i samarbete med rehab gruppen för att förbättra arbetsmiljön och arbetsvillkoren. Ett fall för teamet- att förebygga fallolyckor har genomförts återkommande. Genom att flera professioner möts i sammanhanget stärks även vi känslan och kommunikationen.

Vi har under året stärkt undersköterskornas kompetens genom utbildning fast omsorgskontakt och därmed även mer personcentrerad vård och omsorg av äldre personer. Övriga kompetenshöjande satsningar under året har varit dokumentation och palliativ vård.

Två utbildningstillfällen har under våren -24 stärkt kompetensen kring munhälsa hos äldre personer.

Under året har en större del av personalgruppen genomfört BPSD utbildning som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

Kompetensutveckling för HSL-gruppens medarbetare i senior alert även i syftet att säkra personcentrerad vård och omsorg. Två sjuksköterskor har under hösten 2024 genomfört en högskolekurs om 7,5 hp i förskrivning av förbrukningsartiklar vid inkontinens och diabetes för att få en närmare personcentrerad vård. En medarbetare har under hösten genomfört högskolekurs socialrätt-rättssäkerhet och kvalitet inom äldreomsorg 7,5 hp.

Även om året har givit stora möjligheter och nya kunskaper fortgår behoven av ständig utveckling. Attendo arbetar med framtidsresan för att stärka beteendeförflyttningar mot att öka kundnöjdheten för att få en ökad kontinuitet och tillgänglighet.

## Organisation och ansvar

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

Attendo Hemvård Norrtälje bedriver hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering på uppdrag av KSON Norrtälje. I Verksamheten arbetar en verksamhetschef, en tf.bit verksamhetschef, en hälso-och sjukvårdsansvarig sjuksköterska, två planeringsledare, en kvalitetssamordnare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, undersköterskor, kval. vårdbiträden och vårdbiträden med att systematiskt kvalitetssäkra arbetet. Ytterst ansvarig i verksamheten är verksamhetschefen, men verksamhetschef har uppdragit vissa ledningsuppgifter till en sjuksköterska då verksamhetschef inte har en hälso- och sjukvårdslegitimation. Tillsammans med kvalitetssamordnare och övriga yrkeskategorier ser verksamhetschefen till att rutinerna kring kvalitetsarbetet följs, vilket omfattar bland annat patientsäkerheten.

Kvalitetssamordnaren är den som leder kvalitetsarbetet inom verksamheten tillsammans med verksamhetschefen. Kvalitetssamordnaren sammankallar till kvalitetsmöten, leder kvalitetsmötet, sammanställer händelserapporter samt upprättar protokoll från kvalitetsmöten. Vid kvalitetsmötet diskuteras patientsäkerheten utifrån inkomna händelserapporter. Undersköterskor ansvarar för de arbetsuppgifter de fått delegering och instruktion för och arbetar då utifrån Hälso-och sjukvårdslagen. Undersköterskor/vårdbiträden har tillsammans med övriga yrkeskategorier ansvar för kundernas patientsäkerhet och rapporterar direkt till verksamhetscheferna, sjuksköterskor,

fysioterapeut och/eller arbetsterapeut när risker i patientsäkerheten uppdagas.

Undersköterskor och vårdbiträden samverkar även med övriga yrkeskategorier för att bibehålla en god patientsäkerhet. Legitimerad personal ansvarar utifrån sin legitimation för de hälso-och sjukvårdsåtgärder de utför, HSL 2017:30. Sjuksköterskorna har den samordnande och övergripande rollen vad gäller patientsäkerheten kring våra patienter. Sjuksköterskan är den som tillsammans med övriga yrkeskategorier ansvarar för omvårdnadsplaneringen vilket omfattar bland annat omvårdnad, medicinsk omvårdnad, skyddsåtgärder etc. utifrån sin yrkesprofession. Sjuksköterskan har även en arbetsledande funktion då verksamhetscheferna inte är i tjänst. Sjuksköterskan rapporterar direkt till verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och/eller arbetsterapeut när risker i patientsäkerheten uppdagas. Fysioterapeut/arbetsterapeut är de som tillsammans med övriga yrkeskategorier ansvarar för planeringen vad gäller mobilisering, hjälpmedel, rehabilitering etc. utifrån sin yrkesprofession. Fysioterapeut och arbetsterapeut rapporterar direkt till verksamhetscheferna, medicinskt ansvarig för rehab samt sjuksköterskor, när risker i patientsäkerheten uppdagas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att det finns riktlinjer för:

- Patientens vård och behandling
- Samverkan med personal i andra organisationer
- Läkemedelshantering
- Dokumentation
- Delegering
- Medicinskt tekniska hjälpmedel

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Attendo har en regelbunden kontakt med verksamhetscheferna samt sjuksköterskorna ute i verksamheten. Detta genom såväl fysiska möten som kontakt per telefon och e-post. Sjuksköterskor och verksamhetschefer vänder sig direkt till MAS när risker i patientsäkerheten uppdagats samt att MAS även är en stödjande funktion när exempelvis rutiner vad gäller patientsäkerheten upprättas. MAS är den som årligen granskar HSLdokumentationen i omvårdnadsjournalen.

Medicinskt ansvarig för rehab (MAR) i Attendo är en stödjande funktion till såväl verksamhetschefer som fysioterapeut och arbetsterapeut ute i verksamheterna. Detta genom såväl fysiska möten som kontakt per telefon och e-post. Fysioterapeut, arbetsterapeut, och verksamhetscheferna vänder sig direkt till MAR när risker i patientsäkerheten uppdagats samt att MAR även är en stödjande funktion när exempelvis rutiner vad gäller patientsäkerheten upprättas. Verksamhetscheferna ska säkerställa att patientens behov av vård, rehabilitering, trygghet, kontinuitet och samordning i vården tillgodoses, SFS 201:659,3 kap och SOSFS 201:9,7. 2§, p 1.

Verksamhetschef och legitimerad personal ansvarar för att MAS och MAR får information vid allvarliga händelser. MAS och MAR ansvarar för att allvarlig händelse eller vårdskada utreds och anmäls till IVO. MAR ansvarar för att negativ händelse och tillbud med medicintekniska hjälpmedel anmäls till Läkemedelsverket och IVO ska arbeta för att inträffade händelser inte ska hända igen, vilket kan ta längre tid än en månad.



## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Verksamheten samverkar med både interna och externa aktörer i syfte att förebygga vårdskador. Exempel på aktörer som verksamheten samverkar med är Norrtälje sjukhus, Vårdcentraler i Norrtälje kommun där patient är listad, dietist på Tiohundra, MAS i Norrtälje kommun, MAR i Norrtälje kommun, biståndshandläggare i kommunen, Trygghetsjouren, provtagningsenheten, Sodexo hjälpmedelscentral, Strokevårdskedjan i Tiohundra, ASIH i samband med palliativa insatser.

Sjuksköterska finns på plats måndag till söndag 07.00-17.00 övrig tid kan omvårdnadspersonalen alltid komma i kontakt med journalsjuksköterska via telefon. Om sjuksköterska bedömer att behov av tillsyn är nödvändigt så åker hen ut till verksamheten. Vardagar 08.00-16.00 når sjuksköterskan ansvarig husläkare och distriktssköterska på vårdcentralen som verksamheten har fått tilldelat via direkttelefon eller genom kommunikation i Lifecare SP.

Samverkan med medicinsk ansvarig läkare görs på vårdcentraler där patienten är listade. Samverkan utförs i form av rond varje vecka utifrån bedömt behov av patientansvarig sjuksköterska. Vid behov utförs även gemensamma hembesök med sjuksköterska och husläkare från vårdcentral.

Om patient behöver skickas in till sjukhuset kontaktas 112. När patienten kommer in till sjukhuset läggs denne upp i Lifecare SP, ett kommunikationssystem som möjliggör att vårdaktörer kan kommunicera med varandra på ett säkert sätt gällande patienten. Sjuksköterska eller rehabiliteringspersonal i vår verksamhet kan då läsa i Lifecare SP vad patienten har behandlats för, följa vårdförloppet och svara på frågor som rör den enskilda patienten. Rapport mellan legitimerad personal i samband med utskrivning kan även kompletteras via telefon.

Inom verksamheten har det under året sammankallats till teamträffar där olika yrkeskategorier gemensamt mötts kring kund, erfarenhetsbyte och möjlighet att ta tillvara hela arbetsgruppens samlade kompetens. Under dessa teamträffar identifieras och analyseras eventuella risker för kunder och vid behov upprättas riskanalyser och handlingsplaner. Legitimerad personal deltar vid omsorgspersonalens arbetsplatsträffar samt under dagliga morgon och - kvälls rapporter. Varje vecka sker avstämningar inom verksamhetens lokala ledningsgrupp som leds av verksamhetschef och HSL ansvarig sjuksköterska. Övrig legitimerad personal deltar tillsammans med planeringsledare och kvalitetssamordnare. Under dessa möten behandlas genomgång av nya/avslutade patienter, genomgång av händelser från veckans kvalitetsmöten, resultat av genomförda teamträffar samt behov av kompetensutveckling för omvårdnadspersonalen.

För att patienter ska få de läkemedel som ordinerats finns samverkan med Apotek och Apotekstjänst. När apoteket fått in ifyllt blankett från patienten, utför personal med fullmakt patientens apoteksärenden. Apotekstjänst packar och levererar dosrullar till verksamheten var 14e dag. Samt då ansvarig husläkare gör en akut beställning. Kommunikation med Apotekstjänst utförs i Pascal. För att förstärka samverkan mellan verksamhetens legitimerad personal finns HSL arbetsplatsträff en gång per månad. Syftet är att öka samarbetet kring kunder, riskanalyser och bedömningar för att säkerställa patientsäkerheten. Samt även diskutera och identifiera behov av kompetensutveckling för omvårdnadspersonalen.

## Informationssäkerhet

### **HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §**

Verksamheten arbetar aktivt med att säkra den information som rör patienten. Alla medarbetare anställda i verksamheten är införstådda med vad tystnadsplikt innebär och det finns en rutin för att skriva under blanketten för tystnadsplikt när de påbörjar sin anställning. Rutin för inhämtande av samtycke vid utlämnande av journalhandling finns och är känd i verksamheten.

När patienten skrivs in i hemrehabilitering eller hemsjukvård lämnas en blankett för samtycke till informationsöverföring ut. Patienten får då ange om anhöriga och i så fall vilka anhöriga som får ta del av uppgifter som rör insats, vård och omsorg. Patienten får även lämna samtycke till om eventuell god man, biståndshandläggare, kommunens hemsjukvård, läkarorganisation och tandvård får ta del av dessa uppgifter. Patienten får även välja om verksamheten får ta del av patientuppgifter hos annan vårdgivare via så kallad sammanhållen journal/nationell patientöversikt. För att säkra att obehörig användning av journalsystemet ej sker görs en slumpmässig loggkontroll var tredje månad av verksamhetschef enligt rutin, under 2024 har ingen obehörig loggning identifierats. Innan behörighet till journalsystem tilldelas utför verksamhetschef en behovs och riskanalys för medarbetaren. Verksamhetschef ansvarar för att samtliga behörigheter avslutas då någon personal avslutar sin tjänst inom verksamheten. Vid sändning och mottagande av sekretesshandling via e-post används godkänt system Lifecare. Verksamheten följer den gemensamma lagstiftningen i Sverige och EU som reglerar hur företag får behandla personuppgifter, GDPR. Personuppgifter får samlas in för rättsliga förpliktelser, avtal och vid samtycke från patienten.

## En god säkerhetskultur



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

En god säkerhetskultur Vi skapar en god säkerhetskultur genom att arbeta systematisk med att identifiera risker och åtgärda dem. Alla medarbetare rapporterar avvikande händelser som tex brister i läkemedelshanteringen, fall, brister i omvårdnaden och händelser som innefattar medicintekniska produkter. Rapporterna går direkt till verksamhetschef. Verksamheten har veckovis kvalitetsmöten där rapporter som inkommit en vecka bakåt analyseras och åtgärder vidtas på verksamhetsnivå samt identifierar bakomliggande orsaker och gör en riskbedömning. Skulle händelsen utgöra en risk för vårdskada /vårdskada så startar verksamhetschef en "allvarlig händelse" i vårt digitala system för händelsehantering. Regionchef utser lämplig utredare och utredning enligt lex Maria startas. Rapporter från medarbetare återkopplas efter att dessa har behandlats under verksamhetens kvalitetsmöte, på arbetsplatsträffar. Verksamheten jobbar aktivt med det systematiska arbetsmiljöarbetet. På verksamhetens arbetsplatsträffar diskuteras aktuella händelser i verksamheten och hur vi skall jobba för att förebygga dessa. Vi tar även upp exempel på allvarliga händelser som har utretts för att synliggöra vad som kan hända och varför det är viktigt att jobba för en god patientsäkerhet. Medarbetare får också information om att händelser och risker som rapporteras inte ska användas i syfte att anklaga någon enskild utan i första hand riktas mot vad vi

tillsammans kan göra för att förbättra och säkerställa patientsäkerheten. Dagligen finns tid för dialog mellan omsorgspersonal och legitimerad personal under morgon- och kvällsrapport med fokus kring frågor som rör omvårdnad av patienter, syftet är att ge alla medarbetare möjlighet att diskutera arbetet och främja en öppen kommunikation kring olika arbetsmoment. Vid teamträffar deltar legitimerad personal, planeringsledare och omvårdnadspersonal, under dessa träffar bjuds personal in till att vara delaktiga i arbetet med riskanalyser och uppföljning av kvalitetsregister.

Dagliga morgonavstämning som främjat samarbetet och förstärkt patientsäkerheten för verksamheten. Under dessa morgonavstämningar tas relevanta saker upp som rör patientens vård och förändringar det senaste dygnet, såsom inläggning på sjukhus, fall i hemmet, behov av samordnande insatser i teamet. Legitimerad personal samt planeringsledare och chefer stöttar medarbetare i samband med om något allvarligt har inträffat och ger utrymme för samtal och reflektion kring händelsen. Under året har verksamheten haft särskilda reflektionsträffar för omvårdnadspersonalen i syfte att förstärka lärande och bidra till utveckling i arbetet. Verksamheten arbetar också med roller som värderingscoach och kundnöjdhetsombud i syfte att tydliggöra värderingar och synsätt inom arbetet i vården samt säkerhetsställa att kunders synpunkter alltid tas med i planeringen av omvårdnadsinsatser.

## 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.

### Bemanning, kompetensutveckling, schemaläggning

I arbetet med schemaläggning och bemanning utgår verksamheten både utifrån avtalet med beställaren samt ett patientsäkerhets och arbetsmiljöperspektiv. Behov av yrkeskompetens för respektive schemarader fastställs av verksamhetschef och biträdande verksamhetschef tillsammans med legitimerad personal.

Verksamhetens planeringsledare bemannar verksamheten via ett digitalt planeringssystem. Hen kan då säkerställa att det finns tillräcklig kompetens för varje insats hos patienten. Planeringsledaren har en väl utarbetad rutin vad gäller planering av bemanning, tar tex i beaktning om medarbetaren har delegering, är nyanställd samt om hen har tidigare erfarenhet av arbetsuppgifterna. Varje morgon och eftermiddag håller planeringsledare/helgansvarig ett kort morgonmöte tillsammans med hälften av medarbetarna. Under mötet går de igenom dagens planering, eventuell omplanering pga sjukfrånvaro osv. Detta görs för att skapa en större förståelse för verksamhetens resursplanering. På mötet finns även möjlighet att nå ut med specifik information som rör dagens arbete.

Under 2024 har två undersköterskor arbetat i nära samverkan med sjuksköterskorna med mer avancerad delegerade insatser. Dessa insatser har planerats ut av sjuksköterskorna.

Genom återkommande regel bundna ergonomi och förflyttnings utbildningar i samarbete med rehab

gruppen för att förbättra arbetsmiljön och arbetsvillkoren. Ett fall för teamet- att förebygga fallolyckor har genomförts återkommande. Genom att flera professioner möts i sammanhanget stärks även vi känslan och kommunikationen.

Vi har under året stärkt undersköterskornas kompetens genom utbildning fast omsorgskontakt och därmed även mer personcentrerad vård och omsorg av äldre personer. Övriga kompetenshöjande satsningar under året har varit dokumentation och palliativ vård.

Två utbildningstillfällen har under våren -24 stärkt kompetensen kring munhälsa hos äldre personer.

Kompetensutveckling för HSL-gruppens medarbetare i senior alert även i syftet att säkra personcentrerad vård och omsorg. Två sjuksköterskor har under hösten 2024 genomfört en högskolekurs om 7,5 hp i förskrivning av förbrukningsartiklar vid inkontinens och diabetes för att få en närmare personcentrerad vård. En medarbetare har under hösten genomfört högskolekurs socialrätt-rättssäkerhet och kvalitet inom äldreomsorg 7,5 hp.

Fortlöpande utbildas flera genom äldreomsorgslyftet större delen till undersköterskor men även kortare utbildningar som Psykisk hälsa och suicidprevention med inriktning på äldre personer.

Fast omsorgskontakt är i dag utbildade undersköterskor.

## 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 §**

#### **Medverkande och delaktighet i vården**

Alla omvårdnadsinsatser ska ske i samråd med patienten. Vid inskrivning av ny patient i hemsjukvården och hemrehabilitering får de övergripande information om hur verksamheten ser ut och vilka olika yrkeskategorier som finns att tillgå, informationen finns även att finna i en pärm som lämnas ut. Patienten tilldelas en patientansvarig sjuksköterska/ rehabiliteringspersonal. Sjuksköterskan/rehabpersonal ansvarar där efter för att patienten involveras i sin egen vård dvs. att patienten om möjligt själv får vara med i utformningen av hälsoplaner, riskbedömningar gällande skyddsåtgärder etc. Patienten får även ge sitt samtycke genom en skriftlig blankett där det även ska framgå vilken anhörig och kontaktuppgifter till hen som patienten önskar ska vara delaktig i vården. Anhöriga/närstående bjuds alltid in att medverka vid vårdplaneringar i det fall patienten samtycker till detta.

Patienten erbjuds en medicinsk genomgång en gång årligen tillsammans med patientansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare.

Patienter och närståendes synpunkter ses som viktiga inom verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål finns och lämnas ut i pärmen vid första besök. Alla inkomna synpunkter/klagomål både skriftliga och muntliga läggs in i verksamhetens avvikelssystem för uppföljning och återkoppling. Synpunkter och klagomål hanteras och rapporteras även i den lokala kvalitetsgruppen och sammanställs och analyseras årligen av verksamhetschef.

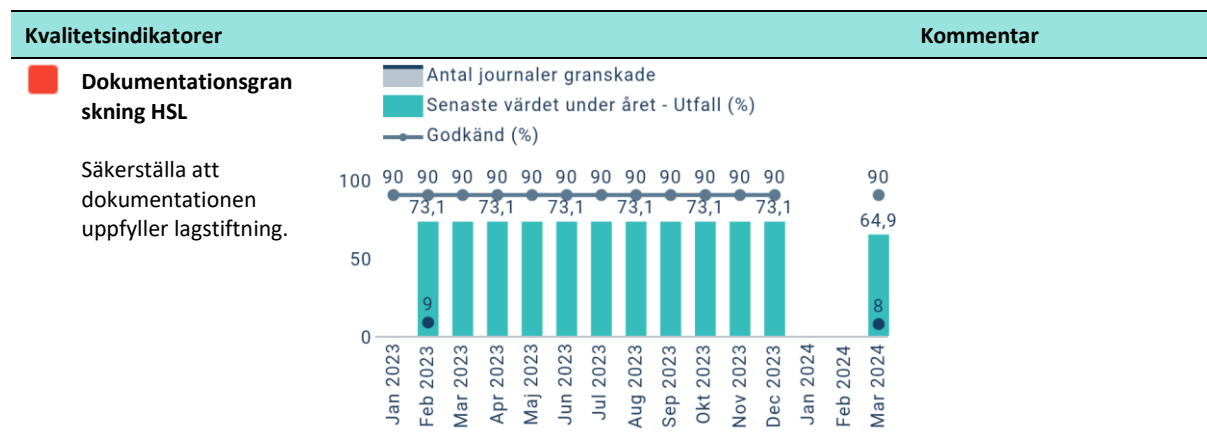
## Agera för säker vård



## 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.



### Hygienronder

1 gång/månaden utför sjuksköterskan stickkontroller på följsamhet av hygienrutiner. 2 ggr/år utförs utförligare hygienronder i verksamheten för att säkerställa lokala rutiner. Under 2023 utfördes endast hälften av hygienronder, trolig orsak är att biträdande verksamhetschef samt HSL ansvarig sjuksköterska avslutade sin tjänst under året och arbetsbelastningen blev stor för verksamhetschef. Vid den hygienrond som utfördes fann man brister i städning av fordon, kartonger som förvarades på golv. Dessa åtgärdade man genom att köpa in lådor till varje fordon som utrustades med städmaterial och ett skåp med stängda dörrar för förvaring av material.

### Dokumentationsgranskning

En intern dokumentationsgranskningen utförs 2ggr/år av HSL - ansvarig sjuksköterska i verksamheten. 1 ggr/år granskar MAS i Attendo dokumentationen. Beställare granskade också dokumentationen och resultatet var inte godkänt i alla delar. Det som saknades hos några patienter var riskbedömning av områdena som ingår i senior alert samt årligt uppdaterad samtycke till sammanhållen journalföring. Efter att detta framkommit arbetades en checklista fram som används av sjuksköterskor vid inskrivning av ny patient i syfte att säkerställa korrekt dokumentation. En dokumentationsmall för samtycke arbetades också fram tillsammans med Procapita för att säkerställa korrekt dokumentation.

### **Narkotika kontroller**

Två sjuksköterskor i verksamheten är utsedda att 1 gång/månaden kontrollera aktuella narkotikajournaler genom att kontrollräkna. Detta registreras i det digitala signeringssystemet Appva. Under året uppmärksammades avvikelse vid kontrollräkning, vilket gjorde att verksamheten utökade sin kontrollräkning till 1gång/veckan under en period, kodlåset på dörren byttes ut upprepade gånger som enbart utvalda personer fick tillgång till, såg över förvaring av narkotika och kasserade de läkemedel som var narkotikaklasse som ej längre var aktuellt för patienten. Dessa åtgärder hade god effekt och verksamheten kunde återgå till kontrollräkning 1gång/månaden.

### **Apoteksgranskning**

Apoteksgranskning utförs av extern granskare 1 gång/år. Under denna deltar verksamhetschef och HSL ansvarig sjuksköterska. Punkterna som kommer upp åtgärdas enligt tidsplan och presenteras för MAS i Attendo samt i kommunen.

### **Läkemedelsrum**

I verksamheten finns ett läkemedelsrum. 1 gång/veckan kontrolleras att rummet och kylskåpet uppnår godkänd temperatur samt städas enligt lokal rutin. 1gång/månaden kontrolleras datum för material och läkemedel. Det uppmärksammades avvikelse i temperaturmätning, vilket åtgärdades genom att köpa en ny mätare för rumstemperatur, samt att temperaturmätaren nollställs efter varje kontroll- och kylskåp.

### **MCSS/Appva**

I det digitala signeringssystemet MCSS/APPVA finns signeringslista för läkemedel och övrig - HSL såsom kompressionsstrumpor, stomiömläggning, skötsel av KAD etc och det är den patientansvariga sjuksköterskan som ansvarar för att signeringslistan stämmer och att uppdatera vid förändringar. Vid förändringar ska även en kopia i pappersform skrivas ut ifall driftstörningar etc skulle uppstå. Vid utebliven signering uppstår larm som varje patientansvarig sjuksköterska ansvarar för att hantera och följa upp dagligen. Under 2024 har det uppstått uteblivna signeringar samt försenade signeringar som har skrivits som avvikelse i Add för att tas vidare på kvalitetsmöten och hos verksamhetschef, i syfte att finna orsak och säkerställa patientsäkerheten.

### **Funktionskontroller hjälpmedel**

Kontroll av hjälpmedel utförs vid leverans innan de lämnas ut till patient av fysioterapeut eller sjukgymnast. Lyft och lyftstele kontrolleras löpande. Sodexo som är extern leverantör utför årligen servicekontroller för förskrivningar av utvalda hjälpmedel såsom vårdsäng etc.

### **Medicintekniska produkter**

Kontrolleras av utsedda personer bestående av 1 sjuksköterska, 1 fysioterapeut och 1 arbetsterapeut. Produkterna kontrolleras och testas minst 1gång/år. Inget avvikande framkom vid

dessa kontroller.

## 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.

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 vårdskada 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

Alla som jobbar i verksamheten har skyldighet att rapportera allvarliga händelser. När en allvarlig händelse kommuniceras till verksamhetschef läggs de in i verksamhetens avvikelsesystem.

Regionledningen utser då en granskare som utreder händelsen enligt Lex Maria. När utredningen är klar återkopplas den till verksamhetschef som ansvarar för att sätta in relevanta åtgärder för att liknande händelser inte skall inträffa samt följa upp att insatserna ger det resultat som tänkt.

Under året har en IVO anmälan gjorts

Avvikelsen

Bakgrundsinformation Den 30 januari 2024 informerar HSL-ansvarig sjuksköterska via mejl medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef om misstänkt utbrott av calicivirus. En kund med hemsjukvård och hemtjänstinsatser kom hem efter sjukhusvistelse med bekräftad calicivirus. Information om pågående smitta gavs inte till verksamhetens sjuksköterska vid överrapportering från sjukhuset. Det finns ingen riskanalys gjord i verksamheten för eventuellt utbrott av calicivirus. Verksamheten har en rutin för basala hygienrutiner som inkluderar basal hygien vid magsjuka, skyddsutrustning och informationsflöde vid smittutbrott.

Händelseförlopp Den 23 oktober 2023 skickar kvalitetsutvecklare ut information via mejl till verksamhetschef om att Virkon ska beställas till verksamheten i förebyggande syfte ifall någon kund skulle få eller misstänkas ha calicivirus. Den 30 januari 2024 misstänker HSL-ansvarig sjuksköterska



utbrott av calicivirus i verksamheten och tar kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska via mejl. Sjuksköterska ställer frågan om Virkon ska användas vid städning hemma hos kund, vilket medicinskt ansvarig sjuksköterska informerar att det ska göras minst två gånger per dag. Medicinskt ansvarig sjuksköterska hänvisar vidare till Smittskydds handlingsprogram för calicivirus som hittas på vårdgivarguiden. Verksamheten ska i basal hygien inkludera handtvätt med tvål och vatten innan de går från kund med symptom på calicivirus. Skyddsutrustning ska användas, långärmade förkläden och munskydd. Byte av arbetskläder om de blir smutsiga hos kund. De medarbetare som vårdar kunder med symptom calicivirus ska inte gå till symptomfria kunder, måste de ändå vårda symptomfria kunder ska de inte hantera mat och dryck. Planering ska ske dag till dag för vem som vårdar vilka utifrån symptom. Smittspårningslista ska upprättas enligt handlingsprogrammet. Sjuksköterska upptäcker efter kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska att Virkon inte finns i verksamheten. Enligt intervju med sjuksköterska den 4 april 2024 har hon tagit initiativ och beställt Virkon, flaskor levereras men inga tabletter. Det framgår inte vid tidpunkten för beställning i ehandeln att det enbart kommer flaskor och tabletter behöver beställas separat. Ny beställning görs inte av någon och flaskorna kasseras, ingen uppföljning genomförs av verksamhetschef eller annan person i verksamheten. Vid intervju med sjuksköterska den 4 april 2024 framkommer att det inte har varit tydligt vem som ska beställa Virkon till verksamheten och det har varit en bristande kommunikation och uppföljning från ledning. Trainee verksamhetschef uppger den 29 april 2024 att hen inte har information om detta hade delegerats från verksamhetschef till någon annan. Det har enligt trainee verksamhetschef inte gjorts någon riskanalys av calicivirus. Den 21 februari 2024, händelsen som ligger till grund för aktuell avvikelse, det finns fortfarande inte Virkon i verksamheten, sjuksköterska tar kontakt med ett särskilt boende och hämtar Virkon för användning vid städning i kunder med symptom hem. Enligt intervju med sjuksköterska den 4 april 2024 och planeringsledare den 8 april 2024 har man efter smittutbrott dagligen vid morgon- och kvällsmöte gått igenom vilka kunder som har symptom på calicivirus samt de som hade skickats till sjukhus. Till en början skrevs de kunder med symptom på en whiteboardtaval som suddades ut när de inte hade symptom vilket gör att det inte är möjligt att smittspåra dessa. Smittspårningslista gjordes sedan på papper, dessa finns inte kvar vid tiden för utredning. Det framkommer i intervjuerna att sjuksköterska dagligen gick igenom basala hygienrutiner med personal i tjänst vid varje möte. Enligt intervju med planeringsledare den 8 april 2024 så hade all personal skyddsutrustning i sina ryggsäckar som medtogs till kund. Planeringsledare uppger att verksamheten inte kunde planera för att medarbetarna skulle separeras mellan kunder med symptom respektive utan symptom om de inte hade flertalet insatser per dag och då kunde gå till samma kund, anledningen till detta uppges vara personalbrist. Det framkommer i intervju med planeringsledare den 8 april 2024 att verksamheten inte planerade för att särskilja matlagning och omvårdnadsinsatser hos kund, detta på grund av bristande kännedom av handlingsprogrammet för calicivirus. Utredarens bedömning utifrån uppgifter i intervjuer är att handlingsprogrammet inte varit förankrat hos ledning och administrativ personal. Efter bekräftad smitta av calici den 30 januari 2024 och den 21 februari 2024 har inte rekommenderade städrutiner med Virkon 2 gånger per dag följts då virkon inte funnits i verksamheten. Verksamheten har under perioden inte haft avdelad personal som arbetat hos kunder med misstänkt eller bekräftad calicivirusinfektion. Sjuksköterska uppger i intervju den 4 april 2024 att hen frågar verksamhetschef om personal är planerad utifrån caliciutbrott och får ingen återkoppling. Smittutbrottet är begränsat till en specifik kundkrets som vid tillfället har 24 kunder. Vid granskning av social journal samt hälso- och sjukvårdsjournaler den 29 april 2024 hade fem kunder symptom på calici, kräkningar eller diarréer innan den 30 januari 2024. Efter uppmärksammas smittspridning tillkommer sju kunder med symptom på calici. Totalt 12 kunder har enligt journalgranskning misstänkt calici, det finns inte några uppgifter om provtagning för calicivirus i någon kunds journal. Enligt information från sjuksköterska

via mejl den 4 april 2024 har 13 kunder med hemsjukvård symptom på calici. Vid granskning av journaler framkommer olika information i socialjournal jämfört med hälso- och sjukvårdsjournal. För sex kunder med hemsjukvård framkommer det i hälso- och sjukvårdsjournal att de har symptom på calici, för 10 kunder framkommer det i social journal att de hade symtom. Sjukhusinläggningar finns dokumenterat för 6 kunder, det framgår inte med vilka symptom någon skickas till sjukhus. 5.3 Bakomliggande orsaker/Orsaksanalys Omgivning och organisation Verksamheten har inte följt rekommendationer i handlingsprogrammet för calicivirus på grund av bristande kännedom om innehållet, det har inte varit tydligt vem som ansvarat för att förmedla det i verksamheten. Verksamheten har inte planerat medarbetare för att enbart vårda de med symptom på calicivirus och inte besöka symptomfria kunder. Verksamheten har inte planerat omsorgsinsatser så att medarbetarna undviker mathantering hos friska kunder efter besök hos kunder med symptom. Kommunikation och information Skriftliga direktiv har varit tydliga den 23 oktober 2023 från kvalitetsutvecklare till verksamhetschef om att Virkon ska beställas till verksamheten i förebyggande syfte om någon kund visar symptom på calicivirus. På grund av att det varit otydlig i verksamheten vem som ansvarade för att beställa Virkon, så har detta inte beställts hem. Det har varit en bristande uppföljning om Virkon har beställts samt att det skedde en beställning men den var felaktig då enbart flaskor beställdes. Det finns inget svar på varför det inte har gjorts en ny beställning av Virkon. Det framkommer i intervjuer med berörda medarbetare att det funnits en bristande kommunikation internt kring hur organisationen har varit vid smittutbrottet. Det har funnits brister i den externa kommunikationen mellan sjukhuset och verksamheten då sjuksköterska inte har fått information om att kund med bekräftat calicivirus återgår till hemmet. Eftersom sjuksköterska inte fick denna information vid överrapporteringen kunde sjuksköterska inte initialt vidta adekvata åtgärder, vilket ses som en bidragande orsak till smittspridning. Vid brister i informationsöverföringen behöver avvikelser i vårdkedjan skickas. Det saknas information om symptom, uppföljning och om sjukhusinläggning i hälso- och sjukvårdsjournalerna. Det finns också motsägelsefulla uppgifter om antalet kunder med symptom på calicivirus i skriftlig information i socialjournal från sjuksköterska jämfört med hälso- och sjukvårdsjournalerna. Detta är en bidragande orsak till fortsatt smittspridning. Teknik, utrustning och apparatur När HSL-ansvarig sjuksköterska beställer Virkon i e-handeln framgick det inte tydligt att flaskor och tabletter skulle beställas separat vilket gjorde att endast flaskor beställdes. Procedurer, rutiner och riktlinjer Det finns brister i den basala hygienrutinen som inkommer via mejl 15 mars 2024, där det saknas beskrivning av städrutiner, mathantering samt en tydlig hantering vid smittutbrott. Det har enligt intervju med trainee verksamhetschef den 29 april 2024 inte gjorts någon riskanalys av calici för att förebygga eventuellt smittutbrott.

#### Åtgärdsförslag Omedelbara åtgärder

- Försök till att beställa Virkon görs innan smittutbrottet.
- HSL-ansvarig sjuksköterska informerar medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef och berörda medarbetare om misstänkt utbrott av calicivirus. Personal som arbetar med kunder informeras löpande om de kunder med symptom.
- Det säkerställdes att skyddsutrustning fanns i verksamheten. Långsiktiga åtgärder
- Genomföra en riskanalys med kopplade åtgärder gällande utbrott av calicivirus och övriga smittor.
- Det ska finnas en handlingsplan för hur medarbetare planeras, med vilka kunder och med en beskrivning av städrutiner, mathantering samt omsorgsinsatser när kunder har symptom på

calicivirus.

- Uppdatera den lokala rutinen för basala hygienrutiner där det tydligt framgår hur man hanterar kunder med symptom på calicivirus och eventuella smittutbrott utifrån Region Stockholms handlingsprogram för respektive smitta, samt vem som ansvarar för vad.
- Implementera den uppdaterade rutinen bland samtliga medarbetare.
- Uppdatera rutin för extern informationsöverföring med att avvikelser ska skrivas om brist i överrapportering inträffar.
- Inköpsavdelningen säkerställer att rätt information finns i den interna e-handeln.
- Dokumentationsutbildning för sjuksköterskor.
- Göra en riskanalys med handlingsplan för byte av verksamhetschef.

## Resultat

Utredningen med händelseanalys visar att avvikelserna inträffade på grund av flera orsaksområden. De bakomliggande orsakerna till smittutbrottet är bristande kommunikation externt och internt, samt bristande uppföljning av vem som ansvarat för beställning av virkon. Det var otydligt att flaskor och tabletter för virkon skulle beställas separat i den interna e-handeln. Enligt sjuksköterska den 30 januari 2024 saknades information från sjukhuset om att kund som kommer hem från sjukhus har bekräftad calici. Det har funnits en bristande skriftlig hygienrutin och det har inte gjorts en riskanalys för calicivirus. Det har funnits brister i organisationen då man inte har separerat medarbetare från att arbeta med symptomfria och sjuka kunder, eller separera mathantering och omvårdnadsinsatser. Bristerna har haft konsekvenser för kund då det har varit ett smittutbrott av calicivirus och sex personer har skickats till sjukhus.

## Bedömning/Slutsats

Utredarens bedömning är utifrån insamlat faktaunderlag att avvikelserna är en risk för allvarlig vårdskada. Ställningstagandet utifrån ovanstående är att det inträffade har medfört konsekvenser för patienternas hälsa och upplevelse av säker vård. Vidtagna och föreslagna åtgärder bedöms vara tillräckliga för att säkerställa att liknande avvikelser inte inträffar igen.

Samtliga medarbetare får under sin introduktion undervisning i avvikelserapportering. Medarbetarna påminns regelbundet under arbetsplatsträffar och teammöten om varför det är viktigt att skriva avvikelserapporter. Kvalitetsgruppen sammanträffar varje tisdag och hanterar föregående veckas händelser. Kvalitetsgruppen har även till uppgift att identifiera bakomliggande orsaker och riskfaktorer, samt hitta arbetssätt för att avhjälpa dessa. Vid behov uppdateras rutiner. Återkoppling sker till medarbetarna under arbetsplatsträffar eller team i syfte att medvetandegöra vilka risker som kan uppstå i arbetet och hur vi kan arbeta för att minska dessa.

Händelsehanteringssystemet Attendo ADD och nu Centuri ger möjlighet till analys och statistik baserat på händelseart, tidpunkt för händelser, bakomliggande orsaker till händelserna. Detta användas på ett effektivt sätt för att kartlägga kvaliteten i verksamheten. Via systemet finns goda möjligheter att följa upp och jämföra statistik månadsvis. Detta görs regelbundet i kvalitetsgruppen. Detta ger kvalitetsgruppen möjlighet att följa statistiken och uppmärksammas på om en viss typ av händelse ökat samt sätta in åtgärder för att motverka att fler liknande avvikelser sker.

På teamträffar diskuteras aktuella arbetssätt för att undvika risker för vårdskador t ex trycksår & vårdrelaterade infektion.

## 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.

Verksamheten jobbar aktivt med de basala hygienrutinerna, verksamhetschef följer årligen upp att alla medarbetare har genomgått utbildningen i Attendo Talents i samband med medarbetarsamtalen.

I samband med nyanställningar skickas ett digitalt utbildningspaket ut till medarbetaren för att säkerställa att medarbetaren har grundläggande kunskaper i basal hygien innan denne påbörjar sin tjänst i Attendo.

Basal hygienmätning och klädregler mäts månadsvis av utsedda hygienombud i verksamheten, dessa rapporterar i sin tur detta till ansvarig hygiensjuksköterska.

Pascal är en applikation för vårdpersonal att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar, så kallade dospatienter. Hantering av läkemedel via Pascal ökar patientsäkerheten.

Läkemedelsgenomgång med läkare erbjuder alla patienter en gång per år.

Vad gäller delegeringar har verksamhetschef det yttersta ansvaret för att rutin kring delegeringsförförandet följs. Patientansvarig sjuksköterska följer upp, handleder och utbildar omsorgsmedarbetare. Alla delegeringsbeslut skrivs in i APPVA, där mottagaren sedan signerar delegeringen. Patientansvarig sjuksköterska utfärdar och signerar de delegeringsbeslut som ska gälla för respektive omsorgsmedarbetare efter utförd utbildning samt utfört godkänt prov. Den delegerade ska godkänna och signera besluten innan det är möjligt att utföra och signera delegerade HSL-insatser hos kund. En del delegeringsbeslut är även personbundna, vilket säkerställer att viss personal med rätt utbildning/delegering kan utföra och signera insatsen. I systemet blir det också tydligt när det är dags att förnya den egna delegeringen. Om delegeringsbeslutet löpt ut finns ingen möjlighet att signera utförda insatser hos kund.

| Förbättringsförslag avseende           | Åtgärd                                                                                                                                                                                               | Ansvarig        | Tidsplan   | Kommentar/status                                                           |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Lokala rutiner för läkemedelshantering | Väl utarbetade lokala rutiner finns. Ni behöver dock säkerställa att all personal tagit del av de rutiner inom läkemedelshantering som de berörs av. Använd tex en tagit-del-av-lista där personalen | Verksamhetschef | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 4 kap 2§Åtgärdad, nuvarande personal har tagit del av rutinen |

| Förbättringsförslag avseende       | Åtgärd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ansvarig              | Tidsplan   | Kommentar/status                           |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------------------------------------------|
|                                    | verifierar med signum att de läst rutinen. Extra viktigt nu när många nya sjuksköterskor börjat i verksamheten, att alla arbetar enhetligt och efter rutin.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |            |                                            |
| Läkemedelslista                    | Aktuell läkemedelslista måste alltid finnas tillgänglig i samband med iordningställande och administrering av läkemedel ute hos patient. Det är ett absolut krav och ni måste säkerställa att det följs. Appva är endast ett verktyg för signering av läkemedel och saknas läkemedelslista kan personalen överhuvudtaget inte utföra de obligatoriska kontroller vid administrering som föreskriften kräver. Säkerställ även att läkemedelslistorna samlas in och arkiveras, vilket också beskrivs i era rutiner. | HSL-ansvarig samt PAS | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 6 kap 10§Åtgärdad             |
| Egenvård                           | Det förekommer att en del patienter, trots ett ansvarsövertagande, hanterar vissa läkemedel själva (vanligen inhalatorer, ögondroppar, Duraphat etc). Säkerställ i dessa fall att det finns ett giltigt egenvårdsintyg, det är alltid läkaren som ska göra bedömningen om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.                                                                                                                                                                                 | PAS                   | 2025-03-31 | Lag om egenvård SFS 2022:1250, 2 §Pågående |
| Dokumentation av iordningställande | Era rutiner beskriver hur dosrullar ska kontrolleras av sjuksköterskorna men inte huruvida dessa kontroller ska dokumenteras och i så fall var. Vid utplacering i                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HSL-ansvarig          |            | HSLF 2017:37 8 kap 10§Åtgärdad             |

| Förbättringsförslag<br>avseende | Åtgärd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ansvarig | Tidsplan   | Kommentar/status                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|---------------------------------|
|                                 | <p>patientskåp signerar personalen i Appva. lordningställande av dosetter dokumenteras av sjuksköterskorna i Procapita. Utplacering hos patient sker av personalen, men signeras inte. Rekommenderar att dosrullar och dosetter hanteras likadant. Vi menar att sjuksköterskans kontroll av dosrullar också bör dokumenteras i Procapita samt att personalen bör signera utplacering av dosett i Appva.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |            |                                 |
| Digital signeringslista         | <p>Rekommenderar att inte skriva ut dosering i Appva, hänvisa till läkemedelslista (i papper). Personalen ska alltid kontrollera mot läkemedelslista innan administrering. Se över signeringsintervallen så att de inte blir för långa. Vid stickprov i Appva noterades intervall på fyra timmar (+/- 2h) där patienten tex hade en tillfällig penicillinkur som ska ges tre gånger om dagen. Fortsätt ert goda arbete med att följa upp larm i Appva som indikerar utebliven eller försenad signering. Se över de åtgärder som inte har med läkemedel att göra – behöver dessa ligga i Appva eller kan de hanteras på annat sätt? Sträva efter att ha så lite SOL-åtgärder som möjligt i Appva så att mindre viktiga larm försvinner.</p> | PAS      | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 8 kap 10§ Åtgärdad |
| Generika                        | <p>Följ er rutin och dokumentera i Appva när läkemedel blivit utbytt enligt generisk substitution, tex genom att dokumentera namn</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PAS      | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 8 kap 12§ Åtgärdad |

| Förbättringsförslag avseende                | Åtgärd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ansvarig        | Tidsplan   | Kommentar/status                                    |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|-----------------------------------------------------|
|                                             | på ordinerat läkemedel, snedstrecka och skriv därefter namnet på läkemedlet som ska administreras. Då blir det tydligt för personalen och spårbart vad som givits till patienten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |            |                                                     |
| Delegering av läkemedelshantering - rutiner | Ta fram rutiner för hur uppföljning av delegering ska gå till. Viktigt att det görs en strukturerad uppföljning och att uppföljningen dokumenteras. Rekommenderar tex att gå bredvid när personalen administrerar läkemedel eller göra individuella uppföljning av delegatens signeringsstatistik. Använd gärna Appva till att dokumentera utförda uppföljningar. Se över delegeringarna i Appva. Det låg många utgångna delegeringar som lyste rött i Appva. Rensa bort personal som inte är aktuell och förläng ev delegeringar som ska finnas kvar. Målsättningen är att det inte ska finnas några röda larm alls på startsidan i Appva. | HSL-ansvarig    | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 9 kap Åtgärdad                         |
| Läkemedelsbeställning                       | Rekommenderar att strukturera upp er beställningsrutin (av originalförpackningar) så att merparten av läkemedlen beställs via Pascal i stället för som idag på det lokala apoteket. Lokalt apotek ska endast användas vid akuta beställningar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HSL-ansvarigPAS | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 12 kap 1\$Åtgärdad och pågående arbete |
| Leverans                                    | Det framgick att leveranserna lämnades lite vind för våg och att kartongerna med dosrullar fanns åtkomliga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Verksamhetschef | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 12 kap 1\$Åtgärdad                     |

| Förbättringsförslag avseende | Åtgärd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ansvarig                       | Tidsplan   | Kommentar/status                                   |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|----------------------------------------------------|
|                              | även för obehöriga. Kontrollera med er transportör (Best?) vad de har för instruktioner kring leveranserna. Säkerställ att de har sjuksköterskornas kontaktuppgifter och har fått information om att endast lämna ut till behörig personal. Om de har korrekta instruktioner och ändå inte följer dem behöver ni rapportera in detta som en extern avvikelse.                                                                                                      |                                |            |                                                    |
| Narkotika                    | Vid granskningstillfället låg det många larm på försenade kontrollräkningar i Appva. Tydliggör i rutinerna vem som ansvarar för att kontrollräkna. Nedteckna gärna en roll-ansvarsbeskrivning för narkotikaansvarig sjuksköterska. Det är bra att ni är två vid kontrollerna, men det behöver inte vara två sjuksköterskor, det går bra att ta hjälp av någon chef eller undersköterska med utökad delegering. Huvudsaken är att kontrollerna utförs enligt rutin. | Verksamhetschef                | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 12 kap 4§Åtgärdad                     |
| Förvaring i kylskåp          | Kontrollera gärna även min- och max på er termometer. Noterade att max varit upp i över 20 grader. Nollställ termometern efter avläsning.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | HSL-ansvarig                   | 2024-12-31 | HSLF 2017:37 12 kap 1§Åtgärd, kontrolleras löpande |
| Informationsöverföring       | Sjuksköterskan vittnade om återkommande problem med dubbla och otydliga ordinationer samt ordinationer som inte fördes över från Take Care till Pascal av läkarna. Skriv alltid                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PASHSL-ansvarigVerksamhetschef | 2024-12-31 | Åtgärdad och pågår löpande                         |



| Förbättringsförslag avseende | Åtgärd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ansvarig | Tidsplan | Kommentar/status |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|------------------|
|                              | vårdkedjeavvikelser när det blir något fel eller informationsöverföringen etc inte fungerar i vårdens övergång. En avvikelse är enda chansen att få till en förbättring och ge mottagaren en möjlighet att göra om och förhoppningsvis göra rätt vid nästa tillfälle. Fortsätt verka för bättre samverkan mellan sjukhus, vårdcentraler och hemsjukvård. |          |          |                  |

## 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.

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.

Verksamheten har ett extra lager av skyddsutrustning för att kunna använda vid akuta smittutbrott, detta innehåller t ex långärmade förkläden, visir och rengöringsmedel Virkon.

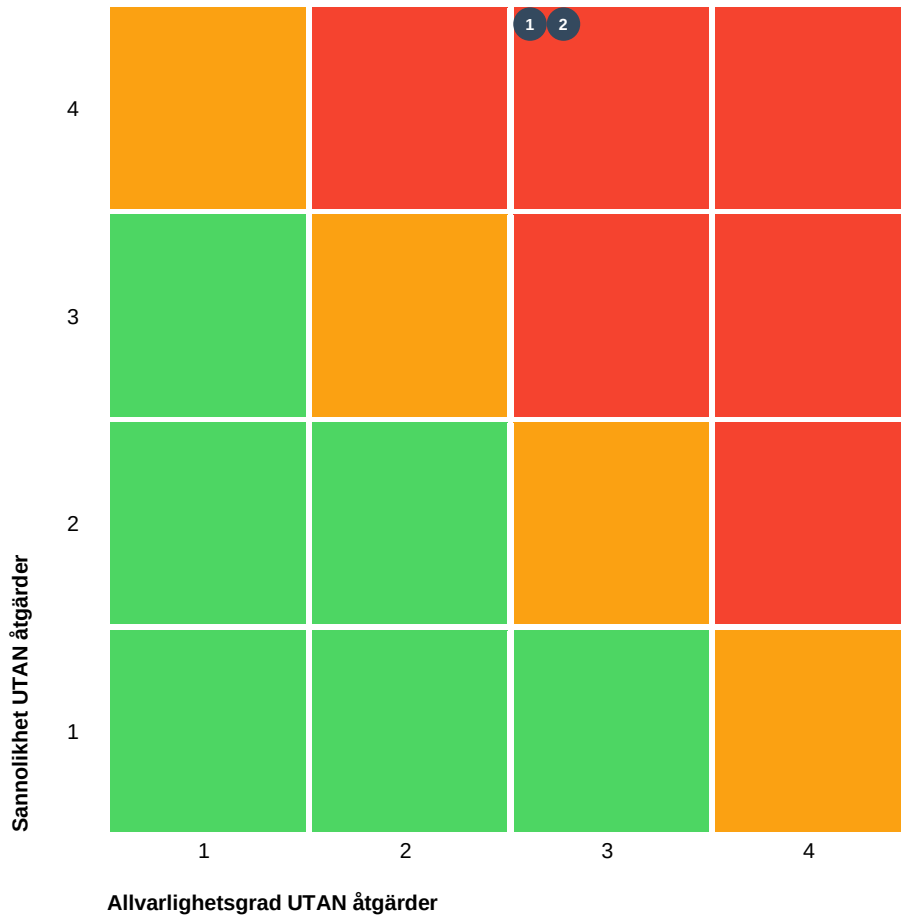
Under 2024 har verksamheten varit i behov av att använda sig av inhyrd sjuksköterska under vissa perioder för att säkra upp bemanningen. Då inhyrda sjuksköterskor kommer in i verksamheten till största del utför punktinsatser finns det risk att det långsiktiga kvalitetsarbetet arbetet påverkas negativt. Verksamheten strävar alltid efter att ha ordinarie sjuksköterskor i verksamheten.

## 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.



2 Hög Totalt: 2

|   | 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  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3    | <p><b>Förhöjd temperatur i läkemedelsskåp r/t värmebölja</b></p> <p><b>Beskrivning</b><br/>Bland de läkemedel vi hanterar finns läkemedel med en maximal förvaringstemperatur under sommarmånaderna när risken för värmebölja ökar blir det därför extra viktigt att hålla koll på temperaturen där läkemedel förvaras.</p> <p><b>Konsekvensbeskrivning</b><br/>Risk för försämrad verkan hos de läkemedel som förvarats över sin max-temperatur.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>✓</p> <p>Dela ut vattenflaskor till kunder - medarbetare fyller - - diskutera värmebölja tillsammans med medarbetare - Erbjud kunder att köpa fläkt via hushållsnära tjänst eller inköp - Fast omsorgskontakt införskaffar vätskeersättning på inköp - Kylklampar finns att lägga i kylväskor för leverans av matlådor- Medarbetare informerade att tillkalla ambulans vid misstanke om uttorkning, nedsatt allmäntillstånd eller uttorkning</p> | 2024-09-15 |
| 4    | <p><b>Negativ påverkan på hälsa r/t värmebölja</b></p> <p><b>Beskrivning</b><br/>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.</p> <p>Värmens negativa effekter på hälsan omfattar ett vitt spektra från relativt milda symtom såsom uttorkning och nedsatt 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.</p> <p><b>Konsekvensbeskrivning</b><br/>Risk för ex uttorkning, nedsatt allmäntillstånd, värmeslag.</p> | <p>✓</p> <p>Dra ner rullgardiner/persienner, erbjuda dryck/isglass, vätskeersättning, melon, fläktar, våta handdukar. Vädra på natten.<br/>Utfört under värmeböljan<br/>Rutin finnes för kommande värmeböljor</p>                                                                                                                                                                                                                                   | 2024-09-08 |
| 1    | <p> <b>Planering av HsL insatser i Epsilon</b></p> <p><b>Beskrivning</b><br/>planera in HsL insats</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |

| N r. | Risker                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Åtgärder                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Slutdatum                    |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 2    |  <b>Inloggning fungerar ej</b><br><br><b>Beskrivning</b><br>SSK kommer inte in i Take Care genom pulse secure<br><b>Konsekvensbeskrivning</b><br>Missade remisser missad viktig information när bara en SSK kommer in i systemet |  <b>Ordna med behörigheter</b><br>SSK kommer in i systemet<br><br> <b>Behörighet även att se remiss för alla SSK nytt avtal med Take Care</b><br>SSK kan se remisser | 2024-12-31<br><br>2025-03-31 |

Risikanalys är en metod för att systematiskt identifiera och bedöma risker som kan leda till vårdskada. Riskanalys bör genomföras vid en förändring avseende teknik/utrustning, ny metodik eller om en ny organisation planeras. Att analysera risker är ett sätt att arbeta proaktivt och för att förebygga vårdskador. Vi gör regelbundna riskanalyser för att stärka patientsäkerheten. Analysarbetet kan genomföras på individ- eller verksamhetsnivå, verksamhetschef utser ett team som genomför analysen.

När äldre faller blir konsekvenserna ofta allvarliga och orsakar lång rehabilitering. En tidig fallriskvärdering ska därför göras på patienter över 65 år. Vi bedömer alla nya patienter som skrivs in i hemsjukvården med FDRI – bedömning av fallrisk och sedan systematiskt var 6:e månad eller om hälsotillståndet ändras. Åtgärder för att minska fallrisken vidtas och beskrivs i en hälsoplan.

På samma sätt arbetar vi för att förebygga undernäring och trycksår. För bedömning av risk för undernäring använder vi MNA och för bedömning av risk för trycksår används Norton.

Kvalitetsgruppen arbetar kontinuerligt med att identifiera risker utifrån de händelser som inkommit samt i samband med verksamhetsförändringar eller införande av nya metoder eller arbetssätt. Riskanalys utförs vid alla större förändringar i verksamheten för att säkerställa att farliga, riskfyllda moment inte byggs in i arbetet.

På arbetsplatsträffar tas riskanalyser kontinuerligt upp och medarbetarna inbjuds till diskussioner om vad en risk är och hur en risk kan åtgärdas.

Risikanalyser upprättas även då medarbetare upplever att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld. Samt vid organisationsförändringar, införande av nya metoder och vid införande av nya tekniska produkter.

## Stärka analys, lärande och utveckling



Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården.

När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

## Avvikelser

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

Avvikelser kategori fall under år 2024 32 stycken

Avvikelser kategori hot och våld under år 2024 9 stycken

Avvikelser kategori information under år 2024 18 stycken

Avvikelser kategori kost och mathantering under år 2024 8 stycken

Avvikelser kategori läkemedel under år 2024 93 stycken

Avvikelser kategori larm under år 2024 10 stycken

Avvikelser kategori medicintekniska produkter under år 2024 7 stycken

Avvikelser kategori omvårdnad under år 2024 65 stycken

Avvikelser kategori övrigt under år 2024 32 stycken

Avvikelser kategori trycksår under år 2024 2 stycken

Avvikelser kategori utmanande beteende under år 2024 32 stycken

Varav 10 stycken utreds externt som allvarliga händelser

Av dessa är en utredda mot Lex Maria och fem mot Lex Sarah

Lex Maria utredningen resulterade i åtgärder

### Långsiktiga åtgärder

- Upprätta en rutin med en tydlig beskrivning för hur fullmakter vid Apoteksärenden skall hanteras, säkerställ att alla medarbetare följer rutinen.
- Begränsa antalet personer som hämtar ut läkemedel till att endast gälla HSL-undersköterskor samt sjuksköterskor och kundvalskordinator.
- Upprätta checklista för nyanställning/avslut av medarbetare där fullmakt för Apotek samt utdrag från belastningsregister finns med som en punkt
- Säkerställa att alla medarbetare som nyanställs i företaget lämnar in ett utdrag från belastningsregistret och att detta registreras i HRplus8.

Lex Sarah utredningarna

Kund har motsatt sig att medarbetarna utför de beviljade insatserna som bedömts att hen ska ha hjälp med och har varit utåtagerande mot Attendo medarbetarna. Medarbetarna har därför inte kunnat sköta kundens KAD på korrekt sätt.

Utredningen med händelseanalys visar att beviljade insatser inte kunnat utföras enligt biståndsbeslut. De bakomliggande orsakerna är att kund motsatt sig att medarbetarna utför de

beviljade insatserna. Att insatserna inte kunnat utföras på korrekt sätt har haft konsekvenser för kund.

Det inträffade inte har medfört konsekvenser för kundens känsla av trygghet och säker omsorg, då kunden inte har insikt i sitt behov av omsorg

Kunds bemanning har succesivt förstärkts för att medarbetarna ska kunna genomföra de beviljade insatserna på ett tryggt och säkert sätt. Biståndsbedömare har kontaktats för utökning av insatser löpande utifrån kundens behov.

Vidtagna och föreslagna åtgärder bedöms vara tillräckliga för att säkerställa att liknande avvikelser inte inträffar igen.

Enligt utredning framkommer att all information i blocket är av vardaglig karaktär. Blocket plockades bort då det inte fanns något större syfte med informationen i det. Dokumentation föres i Life Care. Enligt samtal med SSK återfinns den då efterfrågad information i patientens sjukvårdsjournal

För att förbättra säkerheten i hälso- och sjukvården ska alla medarbetare i vården rapportera händelser som har medfört en vårdskada eller utgör en risk för vårdskada. Alla medarbetare som upptäcker en händelse rapporterar snarast detta via Add, direkt i mobilen eller via någon av verksamhetens datorer. Rapportören gör alltid en bedömning av vilken risk det finns för att händelsen kan inträffa igen samt hur allvarlig skada det kan medföra. Alla medarbetare uppmuntras på arbetsplatsträffar och morgonmöten till att skriva händelser som ett led i kvalitetsarbetet.

Utöver detta har alla medarbetare skyldighet att anmäla när något har inträffat som har inneburit risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada enligt Lex Maria. Samtliga medarbetare informeras om vikten av att göra det för att utveckla verksamheten samt för att synliggöra risker.

För händelser då en patient riskerar att skadas eller vid mycket allvarliga händelser kontaktas sjuksköterska och/eller verksamhetschef omgående. Under jourtid kontaktas tjänstgörande sjuksköterska. Sjuksköterskan avgör sedan vad som skall åtgärdas akut samt om verksamhetschef bör informeras om händelsen. Alla fallincidenter rapporteras omgående till rehab.

Rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas i den lokala kvalitetsgruppen under ledning av kvalitetssamordnare och verksamhetschef.

## Klagomål och synpunkter

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

Under året har två klagomål från kund eller anhöriga inkommit samt tre inkomna synpunkter.

Fyra av dessa löst bara genom samtal då kommunikationen varit bristen.

Ett klagomål av allvarlig karaktär och har utretts mot Lex Maria

Kommunikation med patient som har missförstått SSK.

Ingen vårdskada har uppkommit eller kunde ha skett från SSK då varken förändringar och rond eller liknande skett.

Utredarens bedömning är utifrån insamlat faktaunderlag att avvikelsen inte är ett Lex Maria

Alla klagomål ska dokumenteras i ADD Alla klagomål följs sedan upp under verksamhetens kvalitetsmöten. Återkoppling sker till kund/närstående/annan person varifrån synpunkten/klagomålet kom in. Klagomål och synpunkter ses som möjligheter för att verksamheten ska kunna utvecklas. Utifrån synpunkter från kunder och närstående kan vi förbättra arbetssätt och skapa förutsättningar för ökad säkerhet och tillit. Alla kunder och närstående ska mötas på ett respektfullt sätt. Den som tar emot en synpunkt eller ett klagomål ska i dialog med kund /närstående försöka lösa problemen där de uppstår. Klagomål ska hanteras skyndsamt det är viktigt att snabb återkoppling. Vid mer omfattande ärenden ska den som klagat få information löpande under ärendets gång

Klagomål och synpunkter kan lämnas till verksamheten på flera sätt:

- När ny /kund tas emot i verksamheten får denne en kundpärm. I kundpärmerna finns information om vart man vänder sig när något inte är bra. Där finns också blanketten "vi vill bli bättre" samt tillhörande kuvert i det fall man önskar att personal som tar emot inte ska ta del av informationen.
- Genom kontakt med biståndshandläggare hos beställaren KOSON
- Genom telefonkontakt till kundansvarig, planeringsledare, verksamhetschef alt biträdande verksamhetschef.

Om kund eller närstående framför en synpunkt tillfrågas de om de önskar att synpunkten ska framföras skriftligen. Detta görs i förekommande fall på blankett "synpunkter och klagomål". Synpunkterna bemöts sedan av verksamhetschef alternativt biträdande chef som snarast bekräftar mottagandet och åtgärderna till den som lämnat synpunkterna. Synpunkter och klagomål hanteras och rapporteras i den lokala kvalitetsgruppen och sammanställs och analyseras årligen. I analysen jämförs de olika synpunkterna med varandra för att se om det finns gemensamma nämnare eller mönster som tyder på systemfel eller rådande arbetsplatskulturer. Handlingsplan upprättas i förekommande fall. I det fall klagomål är riktat mot enskild medarbetare ska verksamhetschef alternativt biträdande verksamhetschef informeras utan dröjsmål. Klagomål tas upp på under temamöten, arbetsplatsträffar och kvalitetsmöten i syfte att använda erfarenheterna i det systematiska förbättringsarbetet.

Vid månatliga möten går vi igenom tidigare protokoll för att kunna identifiera eventuella mönster. Vi går även igenom och sammanställer alla synpunkter årligen i kvalitetsgruppen. Om vi upptäcker återkommande händelse går vi vidare och utreder orsaksområde och åtgärdsplan.

## Kvalitetsregister

### Målet 2024

Uppnå registreringar i SeniorAlert 100% för de patienter i hemsjukvården som samtycker till att delta i kvalitetsregister. Målet nås genom att vi säkerställer att sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal har en rimlig arbetsbelastning. Rehabiliteringspersonal ska även bli mer delaktiga i sitt område för fall.

Har ej uppnåtts vi har registrerat 54% här har arbetsbelastningen och ej fulltalig styrka under året medfört att senior alert har ned prioriteras i registrering. Dock görs bedömningar löpande. Målet att uppnå 1005 kvarstår under 2025 möjligheten att lyckas med full personalstyrka verkar rimligare.

December 2024 genomgick alla sjuksköterskor webutbildning i senior alert för att uppdatera kunskaperna.

BPSD

Inga registreringar har gjorts under året. Däremot har utbildningar utförts dock utan registrering då ingen har kunnat utföra registrering. Två undersköterskor har utbildas 2 dagar till BPSD administratörer går uppföljande 0,5 dagen för att vara klara nu i april 2025.

Så förhoppningen och målet 2025 är att kunna registrera.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



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

Införandet av journalföring Take Care. Fullbehörighet Q2. Utbildning planeras i samverkan med GSM under mars-25. Samverkansmöten med KSON och andra aktörer inom området. Påbörja journal förflyttning april-juni-2025. Kalla ut Attendos egna IT-support vid Q2 och fullbehörighet. då vi upplever problem med systemen som andra utförare inte upplever.

Rehab fortsätta det påbörjade arbetet med FaR i samverkan med FaR - samordnare.

Uppnå registreringar i SeniorAlert 100% för de patienter i hemsjukvården som samtycker till att delta i kvalitetsregister. Målet nås genom att vi säkerställer att sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal har en rimlig arbetsbelastning. Rehabiliteringspersonal ska även bli mer delaktiga i sitt områden för fall.

Uppnå registrering i BPDS registret genom utbildade administratörer

Öka tillgängligheten genom att patient vet hur och när de kan kontakta vem.

Förenkla kontaktvägarna Säkerställ att kund har rätt kontaktlista, löpande säkerställa att listan är uppdaterad och kund informerad. Finns telefonid på vissa kontakter säkerställ alternativa kontaktvägar.

Beteende förflyttning

Mot att ta ansvar

Mot att samarbeta

Mot att vara "bästa" arbetsplatsen

Arbeta med gemenskapen genom framtidsresans hörnstenar vi är en arbetsplats med gemensamma värderingar. Arbeta med att stärka den egna säkerheten genom praktisk HLR utbildning, ergonomi utbildning Arbete mot samarbete genom ett fall för teamet Gemensamma möten för hela arbetsplatsen

Framtidsresan i helgrupp 21/1-25 25/3-25 23/9-25 Ergonomi 15/2-25 Hemtjänsten 21/10-25 Ett fall för teamet 22/4-25 25/11-25 Gemensamt sommar intro med nya medarbetare 20/5-25