



Patientsäkerhetsberättelse
för 7109 Attendo Maria Winkvist
År 2024



Datum: 2025-02-19

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens.....	10
Patienten som medskapare.....	11
Agera för säker vård	13
Egenkontroll	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Säker vård här och nu.....	19
Riskhantering	19
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Avvikelser	23
Klagomål och synpunkter	25
Kvalitetsregister	25
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år	27

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

Äldreboendet Maria Winkvist består av 54 lägenheter fördelat på 6 avdelningar med 9 boende/avd. Boendet öppnade i maj 2014 och erbjuder heldygnsvård för personer med somatisk eller demenssjukdom.

Under hösten 2024 fick majoriteten av de som bor på Maria Winkvist vaccin mot säsongsinfluensa och pneumokock.

Hälso- och sjukvårdspersonalen arbetade intensivt med att arbeta fram en fungerande dokumentation, vilket resulterade 96,63% enligt Attendos mall för journalgranskning av hälso-och sjukvårdsjournaler, en ökning från 85,58% (2023). Mål uppnått.

Att minska antalet läkemedelsavvikelser genom att samtlig personal med medicindelegering har tagit del av utbildning på www.medicininstruktion.se. Mål ej uppnått.

Vidare har arbetet fortlöpt med årets mål och att boende och anhöriga ska känna sig trygga och delaktiga med hälso-och sjukvården på Maria Winkvist.

Under 2024 har de flesta möten med kommun, läkarorganisation och anhöriga återgått till fysiska mötesform. Men en del sker digitalt eller via telefon och mail.

Välkomstsamtal med anhöriga har skett i fysisk form.

Internt på Maria Winkvist har möten till stor del skett i fysisk form, även om det tidvis har varit med begränsat antal deltagare.

Risikanalyser görs utifrån klagomål och synpunkter. Inkomna klagomål och synpunkter hanteras snarast.

Registrering i nationella register så som Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD-registret har fortgått under året.

Maria Winkvist arbetar för en god samverkan med KOSN, andra vårdgivare och läkarorganisationen Capho Legevisitten.

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 §

Målsättningen i vårt patientsäkerhetsarbete har varit att skapa goda rutiner och att ge vård av hög kvalitet. I Attendos ledningssystem finns tydliga riktlinjer, företaget ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser för att kunna erbjuda god vård. Ambitionen är att alla medarbetare ska känna till Attendos kvalitetsarbete.

Mål för 2024 och åtgärder för att nå målen var:

BPSD – att samtliga patienter med demensdiagnos får en bedömning utifrån BPSD. Mål ej uppfyllt.

Utbildning "Förebygg och bemöt utagerande beteenden inom demensvård", samtlig personal på demensavdelningarna. Mål uppfyllt.

Grundläggande utbildning om munhälsa och munvård (Socialstyrelsens) ska genomföras av samtlig personal. Mål uppfyllt.

Webutbildning Ett fall för teamet (Socialstyrelsen) ska genomföras av samtlig personal. Mål ej uppfyllt.

Webutbildning Värmebölja (Socialstyrelsen) ska genomföras av samtlig personal. Mål uppfyllt.

Godkänd HSL dokumentation. Mål uppfyllt.

Minska antalet läkemedelsavvikelser genom är att säkerställa att hanteringen av läkemedel sker på ett patientsäkert sätt. Målet är att samtlig personal med medicindelegering har tagit del av

utbildning på www.medicininstruktion.se under 2024. Mål ej uppfyllt.

Att nå palliativa registrets uppsatta mål vid förväntat dödsfall, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och 90 % ska ha en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal. Tas upp regelbundet på avdelningsmöten för att påminna alla vikten av dokumenterade bedömningar. Mål ej uppfyllt.

Minska ofrivillig nattfasta hos boende till att 65% har en kortare nattfasta än 11 timmar. Kostombud på varje avdelning ser till att det finns näringsriktiga shots/smoothies att erbjuda innan natten i samband med kväll/nattmedicin. De patienter som har en risk för lång nattfasta identifieras på avdelningsmöten, med hjälp av registreringarna som gjorts, för att se om det går att påverka tiderna för första respektive sista mål. I de fall den ofrivilliga nattfastan överstiger 11 timmar ska det hos alla boende, 100%, finnas en dokumenterad plan för att minska fastan. Mål uppfyllt.

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschefen har det totala ledningsansvaret för Hälso- och sjukvården under 2024.

Verksamhetschef

- Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem utifrån SOSFS 2011:9 som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.
- Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.
- Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare. Att målen nås inom ramen för ledningssystemet. Tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten
- Utreder avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker, händelser samt särskilda händelser.
- Ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.
- Minst en gång årligen utföra lokal kontroll/verifiering.

Bitr. Verksamhetschef

- Att se till att medicinskt ansvarig sjuksköterskas riktlinjer följs, tillsammans med verksamhetschef se till att det finns ett kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.
- Vara sakkunnig i medicinska frågor
- Medverka vid besök från tillsynsmyndigheter
- Utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd
- Utse ansvarig sjuksköterska för kontroll av narkotikaklassade preparat
- Delta i kvalitetsmöten som sakkunnig i hälso- och sjukvårdsfrågor
- Utarbeta lokala rutiner för hälso- och sjukvården
- Samverka med verksamhetschef runt behov av kvalitetsutveckling
- Att samordna arbetsuppgifter i sjuksköterskegruppen och ingår även i den ordinarie sjuksköterskebemanningen
- Systematisk egenkontroll för säker läkemedelshantering

- Årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
- Samverkan med biträdande Verksamhetschefer på övriga Attendo SÄBO

Sjuksköterska

Inom sjuksköterskans ansvarsområde ligger att göra bedömningar av brukarnas tillstånd i förebyggande syfte och när så behövs. Det är sjuksköterskans ansvar att utföra de behandlingar som läkaren ordinerat och som faller inom ramen för sjuksköterskans kompetens.

Sjuksköterskan har ansvar att utifrån brukarens behov systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens samt bästa tillgängliga kunskap.

Sjuksköterskan utvärderar även teamets insatser och verkar för att bedriva brukarfokuserad omvårdnad på ett patientsäkert, kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt.

Sjuksköterskan är ansvarig för att följa lokala rutiner samt MAS riktlinjer för hälso- och sjukvård.

Förutom det som nämns ovan ska sjuksköterska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- Risk- och avvikelshantering.
- Uppföljning av mål och resultat.
- Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
- Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Sjuksköterskor är fördelade omvårdnadsansvar på olika avdelningar.

Fysioterapeut och Arbetsterapeut

Rehabpersonal som fysioterapeut och arbetsterapeut ansvarar för att främja ett rehabiliterande arbetssätt. Ett rehabiliterande arbetssätt är det som stöder den äldres funktionsförmåga och syftar till att utföra arbete på ett sådant sätt att personalen inte tar över de förmågor som den enskilde har, utan tillvaratar personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagssituationer. Den utförs av all personal.

Ett generellt arbetssätt ska benämnas hälsofrämjande, för att inte förväxlas med specifik rehabilitering.

Specifik rehabilitering innebär riktad bedömning, träning och utbildning som utförs av bland annat arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Insatserna är tidsbegränsade och målinriktade, de kan inte ersättas av ett generellt ständigt pågående arbetssätt.

Förutom det som nämns ovan ska rehabpersonal kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
- Risk- och avvikelshantering.
- Uppföljning av mål och resultat.
- Rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.
- Bidra till att hög patientsäkerhet uppnås.

Fysioterapeut finns 40% och arbetsterapeut finns 40% dagtid för hela Maria Winkvist. Fyra dagar i veckan finns alltid någon paramedicinare på plats, dag fem finns de tillgängliga på telefon och kan vid behov komma på plats.

Kvalitetssamordnare

Kvalitetssamordnare har kunskap om det lokala kvalitetsarbetet, Attendos kvalitetssystem (Add), hur man arbetar med statistik, protokoll och samordnar det månatliga kvalitetsmötet.

Kvalitetssamordnaren sammankallar till kvalitetsmötet där bland annat HSL avvikelser analyseras på verksamhetsnivå.

Omsorgspersonal/Icke legitimerad yrkesutövare

Ansvarar för det praktiska arbetet kopplat till vård och omsorg för brukarna på respektive våningsplan i samarbete med sjuksköterska. Medarbetare med delegering är när de utför delegerad uppgift hälso- och sjukvårdspersonal och ansvarar för att utföra uppgiften korrekt.

Alla medarbetare har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål, som sedan utreds av verksamhetschefen på respektive verksamhet.

Medarbetare ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att rapportera och delta i:

- Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder samt följa verksamhetens rutiner.
- Risk- och avvikelshantering vilket innebär att medarbetarna ska rapportera avvikelser och missförhållande/risk för missförhållanden samt ha kunskap om verksamhetens lokala rutiner för detta.
- Omvårdnadspersonalen ska ha relevant kunskap om gällande riktlinjer om livsmedelshygien, basal vårdhygien samt ha kompetens hur maten håller en hög kvalitet och säkerhet och anpassas efter de äldres egna behov, vanor och önskemål.
- Icke legitimerade yrkesutövare är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade arbetsuppgifter.
- Utför arbete enligt skriftlig delegering.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Maria Winkvist har sjuksköterskor dygnet runt (7-17 är SSK på plats, 17-21 finns SSK i beredskap, 21-07 finns SSK ambulerande på samtliga Attendo boenden i Norrtälje). Catio Legevisitten har läkaransvaret och patientansvarig läkare kommer till Maria Winkvist och har rond en gång per vecka och finns tillgänglig via telefon vardagar mellan 08:00-17:00. Resterande tid av dygnet och helger är det Catio Legevisittens säbojour som har läkaransvaret.

Samverkan sker regelbundet med kommunens MAS och Attendos MAS vid behov. Möte med Catio Legevisitten har varit en gång per år och vid behov. Under 2024 har flera möten skett på digitala mötesforum.

Flexident är upphandlad tandläkarorganisation med uppdrag att utföra nödvändig tandvård och tandhygienistbehandlingar. Flexident mobila team och verksamhetschef på Maria Winkvist har regelbunden kontakt. Majoriteten av patienter har dock valt Oralcare som utförare av tandvård.

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

Hjälpmedelsdistributören Invacare stöttar oss i att besikta och underhålla våra tak- och golvlifter för att dessa skall hålla en god och säker standard. Detta görs 1ggr/år. Rehab har ansvar för arbetsordrar och kontakt.

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.

Maria Winkvist samverkar också internt i olika ombudsfunktioner med alla yrkeskategorier kontinuerligt. På varje våningsplan finns:

Kvalitetsombud

Hygienombud

Palliativt ombud

Kostombud

Inkontinensombud

Nära-ombud

Dokumentationsstödjare

Brand-och miljöombud

BPSD-ombud

Dessa ombud har som ansvar att bevaka sitt område, informera sina kollegor om nya rön/nyheter samt kommunicera och rapportera till verksamhetschef.

I syfte att bedriva optimalt patientsäkerhetsarbete har vi en gång i veckan teammöte där sjuksköterska, rehabpersonal, verksamhetschef samt omvårdnadspersonal medverkar

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

På Maria Winkvist använder varje medarbetare personlig inloggning i datorn för att komma in i första systemet. Sedan går man in i nästa system med ny inloggning för att kunna dokumentera och journalföra. Varje medarbetare har endast tillgång till de patientjournaler som dem arbetar med. Hälso- och sjukvårdspersonal arbetar med alla boende på huset och har därför tillgång att dokumentera i alla boendes journaler. När boende flyttar ut från Maria Winkvist av en eller annan orsak inaktiveras journalen av HSL-ansvarig sjuksköterska och stänger därmed tillgången journalen. I övriga system som sjuksköterskorna arbetar kring är Palliativa registret, Senior Alert, Symfoni och Pascal loggar man in med sitt personliga SITHS-kort

Verksamhetschef går in minst en gång per månad och utför loggkontroll av journalsystemet. Årets loggkontroll visar ingen anmärkning. Behovs- och riskanalys för tilldelning av behörigheter i journalsystem sker i samband med nyanställning eller vid behov. Personal ges bara behörighet till

den avdelning man arbetar på och alla har sin egen inloggning för att kunna spåras i journalsystemet.

En god säkerhetskultur



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

Kommunikation är en viktig faktor i säkerhetskulturen och på Maria Winkvist sker den genom rapportering mellan tjänstgörande personal i samband med passbyte. Avvikelse skrivs flitigt på Maria Winkvist och eventuella risker fångas således upp omgående. I kombination med tät mötesstruktur bidrar detta till att säkra upp sådant som annars riskerar falla mellan stolarna. På Maria Winkvist hålls Teammöte en gång per vecka, var 4:e vecka har vi avdelningsmöten eller oftare vid behov. I kombination håller kvalitetsgruppen möte varje månad och respektive ombudsgrupp två gånger per år. Gällande lärande och reflektion finns möjlighet att frigöra tid till detta i samband med ordinarie mötestid.

Vad beträffar bemanningsplaneringen på Maria Winkvist är beslutsvägarna korta. Tjänstgörande sjuksköterska gör en bedömning tillsammans med vårdpersonal och samordnare gällande behovet av utökad bemanning. Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef finns med i dialogen oavsett fysiskt på plats eller inte.

På Maria Winkvist hanteras samtliga inlämnade synpunkter och klagomål omgående av verksamhetschef. Ärendet/händelsen undersöks, åtgärd sätts in och återkoppling sker skyndsamt. I lärande syfte och reflektion kan dessa även tas upp vid APT om verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef finner det lämpligt.

Vi arbetar aktivt med kvalitetsrapportering samt analys och åtgärder på individ och gruppnivå med stöd av vårt avvikelssystem ADD. Vi arbetar ständigt för en god och mogen kultur där vi har högt till tak och pratar om samt rapporterar avvikande händelser eller risker.

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 år utformar ledningen en kompetensutvecklingsplan som verkar till att säkerställa att personal har adekvat kunskap och kompetens. Dels har Attendo genom utbildningssystemet Attendo Talents ett brett webutbildningssystem som all personal har tillgång till. I det årliga medarbetarsamtalet diskuterar medarbetare och verksamhetschef om det finns behov och intresse för kompetensutveckling. Denna möjlighet ges regelbundet till samtlig personal.

Fyra ordinarie omvårdnadspersonal och två sjuksköterskor har under 2023 genomgått BPSD - registrats administratörsutbildning. 2024 utbildades ytterligare två omvårdnadspersonal samt rehabpersonal.

Förflyttningsutbildning har hållits för samtlig personal, i utbildningen ingår dels en teoretisk del via Attendos online-utbildning på Attendo Talents samt en praktisk utbildning med arbetsterapeut och sjukgymnast.

Två medarbetare har slutfört sina undersköterskeutbildning.

Samtlig personal har genomfört Socialstyrelsens webbutbildning "Grundläggande utbildning om munhälsa och munvård" samt värdegrundsbildning. Vidare har de också genomfört Betaniastiftelsens webbutbildning "När livet lämnar".

2023 var det sex stycken omvårdnadspersonal som genomgick PKC:s utbildning till palliativombud. 2024 utbildades även sjuksköterska och arbetsterapeut.

Utbildning i munhälsobedömning (Flexident) samt Förebygg och bemöt utagerande beteenden inom demensvård (Durevall institutet) har hållits för samtlig personal.

Samtliga ordinarie omvårdnadspersonal har under året genomgått utbildning i Basala Hygienrutiner samt haft möjlighet att göra webutbildningar i dokumentation, GDPR, IBIC, livsmedelshygien, och måltidsmiljö.

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 §

Läkemedelsgenomgång sker en gång/år med patient/brukare, patientansvarig läkare, sjuksköterska och kontaktperson. Om patient/brukare samtycker inbjuds närstående att delta, antingen på plats eller via telefon eller digitalt mötesforum. Patienterna är delaktiga i sin vård vid vårdplanering. Samtycke inhämtas till registreringar i kvalitetsregister och sammanhållen journalföring. Samtycke inhämtas även till skyddsåtgärder.

När en vårdskada eller risk för vårdskada uppstår informeras patient/brukare och om denne medgiver, även närstående. Vid uppstått behov bjuds patient/brukare och närstående in för diskussion och framtida planering.

Ett exempel i hur patienten blir delaktig är till exempel när risk för trycksår uppstår. Då informeras patienten om risken samt vikten av lägesändringar och nutrition. Vi uppmuntrar patienten till att vara delaktig och själv hjälpa till i åtgärder för att tillsammans med oss läka eller minska risk för trycksår.

Rehab arbetar aktivt med patienten som medskapare i det paramedicinska omhändertagandet där patienten är mer och formulerar aktivitets- och funktionsmål. Vi arbetar sedan tillsammans aktivt med åtgärder som skall bidra till att patienten når sitt mål. De kan tex vara patienter som vill klara några trappsteg för att kunna hälsa på en anhörig med trappsteg eller att kunna ta sig an en gammal hobby som att kunna njuta av en bok.

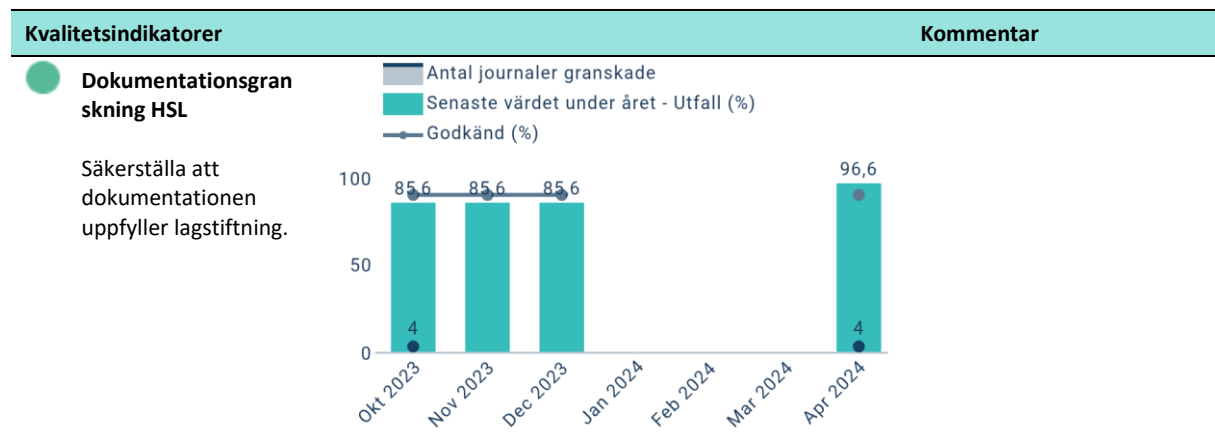
Agera för säker vård



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
 Ej påbörjad	Alla yrkeskategorier behöver jobba i samma planer, inte upprätta flera för samma problem	2024-02-12
 Avslutad	Alla åtgärder behöver följas upp minst var 6:e månad	2024-02-12
 Avslutad	Sjuksköterska behöver själv göra ROAG och bedöma munhälsan	2024-02-

Status	Åtgärder	Slutdatum
		12
✓ Avslutad	Sjuksköterskan behöver återta uppgiften att utreda, förskriva och följa upp inkontinenshjälpmedel.	2024-05-13
✓ Avslutad	Skriva in var i från diagnosen är hämtat och datum för anteckningen från annan vårdgivare.	2024-02-12
✓ Avslutad	Skyddsåtgärder behöver ha en riskanalys kring risken med skyddsåtgärden	2024-02-12
✓ Avslutad	Skyddsåtgärder ska följas upp var tredje månad	2024-02-12
✓ Avslutad	Statusanteckningar är över ett år gamla under flera sökord, uppdatera så alla har aktuellt status.	2024-02-12

Maria Winkvist har haft uppföljning både externt och internt och utifrån resultat och analys har handlingsplaner skapats.

Narkotikakontroller som utförts under året visar inga större avvikelser, de gånger det varit fel i antal har man kunnat backa bakåt och följt händelseförloppet i dokumentationen och kommit fram till att det varit givet men man har räknat fel.

Egenkontroll gällande MTU görs i form av att de produkter vi har byts ut en gång/år.

Egenkontroll av MTP visade en del defekter som åtgärdades i samband med kontroll. Taklyftarna var utan anmärkning liksom golvlyftarna. Alla fel MTP anmäls direkt till tillverkaren som åtgärdar felen alternativt byter ut produkten om den inte går att laga.

Egenkontroll görs årligen vilket innebär att ledningsgruppen tillsammans med alla yrkeskategorier besvarar frågor som Attendos kvalitetsutvecklare har skapat kring verksamhetens kvalitetsarbete.

Årlig apoteksgranskning utfördes. En åtgärdsbedömning lämnades med tips och rekommendationer för att göra läkemedelshanteringen säkrare och för att användas i det fortsatta kvalitetsarbetet. Åtgärdsplan går igenom på HSL-möte och uppföljning sker enligt uppgjord tidsplan.

Attendos egenkontroll av hygien genomfördes på alla avdelningar. Det genomsnittliga resultatet blev 95%. Mest förekomna brist var att det förvarades kartonger på golvet i förråden. Resultatet redovisades på hygienmöte där varje avdelnings hygienombud deltog och är ansvariga att åtgärdsplanerna utförs och att rutiner efterföljs.

All personal har fått visa upp intyg på att de gjort webbutbildning i basala hygienrutiner, under det gångna året.

Stickprovsgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler utfördes av kvalitetsutvecklare, se under granskning av dokumentation.

Socialstyrelsens genomförda brukarundersökning 2024 visar en sammantagen nöjdhet på 90%. Bemötande på ett bra sätt 100%. Lätt att få kontakt med sjuksköterska 84%. Lätt att få kontakt med läkare 67%. Lätt att få kontakt med omvårdnadspersonal 83%.

Planeringen för omvårdnadsarbetet läggs in i Epsilon, en mobilapplikation. Där synliggörs det vilka patienter som har läkemedel och vid vilka tidpunkter och att de ska signeras. Signering sker dock separat på signeringslistor. Sedan november 2023 sker signering digitalt i Appva.

Maria Winkvists värderingscoacher har under året använt sina kunskaper i att vägleda och stötta sina kollegor i arbetet med syfte att skapa ett ökat välbefinnande hos brukarna/patienterna. På varje arbetsplatsträff finns en stående punkt "värderingar" där förhållningssätt och attityder tas upp.

Natt och dygnsfasta mäts 2 gånger per år. Ett mål för 2024 var att minska ofrivillig nattfasta hos patienter till att 65% har en kortare nattfasta än 11 timmar. Resultatet i december visar på 50% patienter med nattfasta över 11 timmar. I de fall den ofrivilliga nattfastan överstiger 11 timmar ska det hos alla boende, 100%, finnas en dokumenterad plan för att minska fastan. Detta mål är uppfyllt, alla hade en dokumenterad plan.

Granskning av dokumentationen

HSL personalen dokumenterar i Procapita. Rehab-personal dokumenterar enligt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). SSK dokumenterar enligt VIPS.

Resultat i journalgranskningen som utförs årligen av kvalitetsutvecklare i Attendo visade en god HSL-dokumentation, med några utvecklingsområden bl.a. dokumentation av riskbedömning för blåsdysfunktion samt dokumentation av riskbedömning för munhälsa. Årshjulet för sjuksköterskor har uppdaterats och fortsatts att implementeras för att få systematik i dokumentationen.

Fortlöpande kontroll av dokumentationen utförs av biträdande verksamhetschef. Verksamhetschefen följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas.

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.

Avvikelse/ händelser skall skrivas i Attendo ADD. När avvikelsen/händelsen är rapporterad i systemet skickas den omgående elektroniskt till verksamhetschefen som granskar rapporten, och sedan kontaktar, om aktuellt, den personal det berör som påbörjar en utredning om vad som har hänt och planerar åtgärder som redovisas på kvalitetsmöte som sker månadsvis och går igenom alla händelser på verksamhetsnivå. Kvalitetsmöten genomförs varje månad och fokus ligger inte på enskilda händelser utan mer på att identifiera risker och hitta nya arbetssätt och rutiner. Resultatet av åtgärderna följs upp månaden efter på nästa kvalitetsmöte. Samtliga avvikelser / händelser, åtgärder och uppföljning dokumenteras i ett kvalitetsmötesprotokoll.

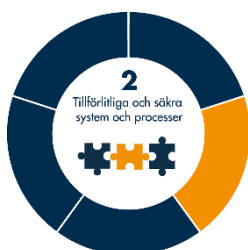
Identifierade riskområden efter utredning av inkomna händelser under året är framförallt att man glömt signera läkemedel/glömt ge läkemedel, man vet inte när sänggrind ska /inte ska användas. Gällande läkemedelsavvikelserna har vi jobbat med att få Appva att fungera för fler medarbetare (tekniska problem) och sjuksköterskorna har dagligen kontrollerat Appva och kontaktat medarbetare om ej signerat läkemedel. Gällande sänggrindarna har vi satt tape på grinden om den ska vara uppe och ingen tape betyder att man inte ska ha grind uppe.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds skyndsamt enligt separat mall där man börjar med att titta på händelseförlopp, orsaker till det inträffade samt vilka omedelbara samt planerade åtgärder som behöver genomföras för att minimera att det händer igen. Verksamhetschef informerar kvalitetsutvecklare samt regionchef som utser en utredare av händelsen. I det fortsatta utredningsarbetet ingår att analysera och bedöma resultatet av de fakta som framkommit samt om vidtagna och planerade åtgärder är tillräckliga. Beroende på händelse beslutas när och hur ofta det ska följas upp om vidtagna åtgärder haft god effekt eller ej. Slutligen görs en bedömning om det är en Lex Maria som ska anmälas till IVO eller ej.

På Attendo Maria Winkvist har en allvarlig händelse utretts enligt Lex Maria. Fel patient var inlagd i Appva. Utredning pågår fortfarande.

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, munhälsa och trycksår samt blås- och tarmdysfunktion. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas dock minst två gånger/år. Sjuksköterskorna dokumenterar i Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister.

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.

Samtlig personal ska årligen göra en webbaserad utbildning i basala hygienrutiner. Detta sker i Attendos eget webbutbildningssystem Attendo Talents. Där sparas även resultatet digitalt. För att förbättra arbetet med basala hygienrutiner genomförs punktprevalensmätning i basala hygienrutiner och klädregler fyra gånger/år, där resultatet dels tas upp på arbetsplatsträffar, men även direkt vid observerade avvikelser.

Riskbedömningar, Norton, MNA, ROAG, Downton görs regelbundet. För att säkerställa att detta sker systematiskt och inte missas finns det med som en punkt vid inflytt samt är återkommande på årshjulet för sjuksköterskearbetet även om det inte finns någon risk vid första bedömningen. Samtliga riskbedömningar dokumenteras och följs upp i journalen.

Läkemedelsgenomgångar

De årliga läkemedelsgenomgångarna har syftat till att optimera patientens behandling och då det är befogat avbryta onödigt 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 patient och i vissa fall kontaktman och närstående läkemedelsgenomgångar för samtliga patienter under 2024.

Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder har syftat till att skydda våra boenden från skada, skyddsåtgärder har krävt riskbedömning samt samtycke från patienten. Inför varje beslut om skyddsåtgärd har en riskanalys utförts och ett samtycke inhämtats. Alla beslut kring skyddsåtgärder har fattats i team, det har varit minst en SoL och en HSL personal med vid ordination av en skyddsåtgärd. 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.

Dokumentation

Dokumentationen har utgjort en central del i patientsäkerhetsarbetet på Attendo Maria Winkvist, rätt information skall finnas tillgänglig vid rätt tid och under korrekt term i den digitala journalen. Dokumentationen har skett i dokumentations-systemet Pro Capita (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). I samband med att NVP del 2D har satts in har dokumentationen i den elektroniska journalen avslutats och istället skett i vårdplanen som existerat i pappersform.

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 skrivits ut och förvarats i patientens pärm.

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

Under 2024 skedde inga driftstopp.

Inkontinenshjälpmedel

Inkontinenshjälpmedel har förskrivits individuellt av sjuksköterska efter inkontinensutredning.

Utredningen har följts upp en gång per år, eller tidigare om patientens status förändrats. Som stöd i utredningen användes Attincare.

Förskrivning av individuella hjälpmedel

Vid förskrivning av individuella och arbetstekniska hjälpmedel har informationen kommunicerats till omvårdnads-personalen och sjuksköterskorna muntligt, skriftligt i Pro Capita och genom handledning. Alla hjälpmedel har funktionskontrollerats minst en gång per år samt vid utprovning, service och om eventuella frågetecken kring hjälpmedlets status gjort sig gällande.

Sjukgymnastens och arbetsterapeutens handledning av omvårdnadspersonalen har varit en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Personalen har instruerats kontinuerligt vad gäller förflyttning och mobilisering. Detta för att öka säkerheten för båda parter i en förflyttningssituation. Personalen har uppmanats att också ta tillvara patientens egna resurser, vilket gör att dennes fysiska förmågor bibehålles längre och samtidigt förebygger risk för olyckor.

Läkarkontakt

Läkarkontakt har skett kontinuerligt under dygnets alla timmar via telefonsamtal.

Under 2024 har kommunikationsstödet Collabodoc implementerats av läkarorganisationen. Collabodoc har inneburit att sjuksköterskorna på Attendo Maria Winkvist har kunnat kommunicera icke akuta ärenden till den patientansvariga 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

Flertalet patienter på Attendo Maria Winkvist har läkemedel via dospåse, d.v.s. från apoteket dosdispenserade läkemedel. Rullar med dosdispenserade läkemedel tas emot och fördelas i patientens läkemedelsskåp av sjuksköterska.

Viss dosettindelning 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 patientens läkemedelsskåp.

Originalförpackningar har förekommit vid exempelvis hormonpreparat.

Signering av läkemedel sker i det digitala signeringsstödet Appva

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 Maria Winkvist har riskbedömningar för psykisk ohälsa skett i samband med inflytt, om behov uppstår samt i samband med läkemedelsgenomgången.

Riskbedömning för suicid har utförts vid de tillfällen en patient har uttalat en önskan om att få avsluta sitt liv.

Säker vård här och nu



Hälsö- 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 året har det av och till varit fler vikarier (undersköterskor/vårdbiträden) som arbetat då ordinarie personal varit sjuka eller haft semester, vilket bidrar till lägre personalkontinuitet, med samtidigt har det till stor del varit samma vikarier som arbetat. För att säkerställa att ny personal har vissa grund kunskaper krävs att de har genomfört Basal hygien, Demens ABC, Nationell värdegrundsbildning samt Jobba säkert med läkemedel.

Sjuksköterskebemanningen har sett bra ut under det gångna året. Vi har bra rutiner för hur vi stöttar upp varandras enheter (Attendo SÄBO i Norrtälje) om det skulle saknas sjuksköterska dagtid, det är en styrka att vi är så många enheter i samma stad. Kvällstid har vi sjuksköterska i beredskap från mobila teamet (Attendo), det är en välfungerande organisation med utarbetade rutiner. Nattetid har vi en sjuksköterska i tjänst som besöker samtliga Attendo boende i Norrtälje varje natt. Störst risk är att det blir fel i överrapportering mellan de olika skiften, där samverkar vi flera gånger per år för att diskutera och följa upp eventuella händelser där rutinerna behöver bli bättre.

Även bemanningen gällande rehab har fungerat bra under året. Vi har dock under året haft problem med sena hjälpmedelsleveranser under tiden som våra externa hjälpmedelsleverantör sodexo har bytt lokaler. Detta har vi fått parera genom att trixa med de hjälpmedel vi har på huset. Vi har varit noga med tvätt och desinficering av hjälpmedel samt varit noga med hjälpmedelspåring samt skriva över hjälpmedel mellan brukare i beställningsprotalen.

Flertalet gånger har läkemedel varit restnoterat och många synonympreparat levereras ut till enheten, inget som dock har påverkat patienterna negativt.

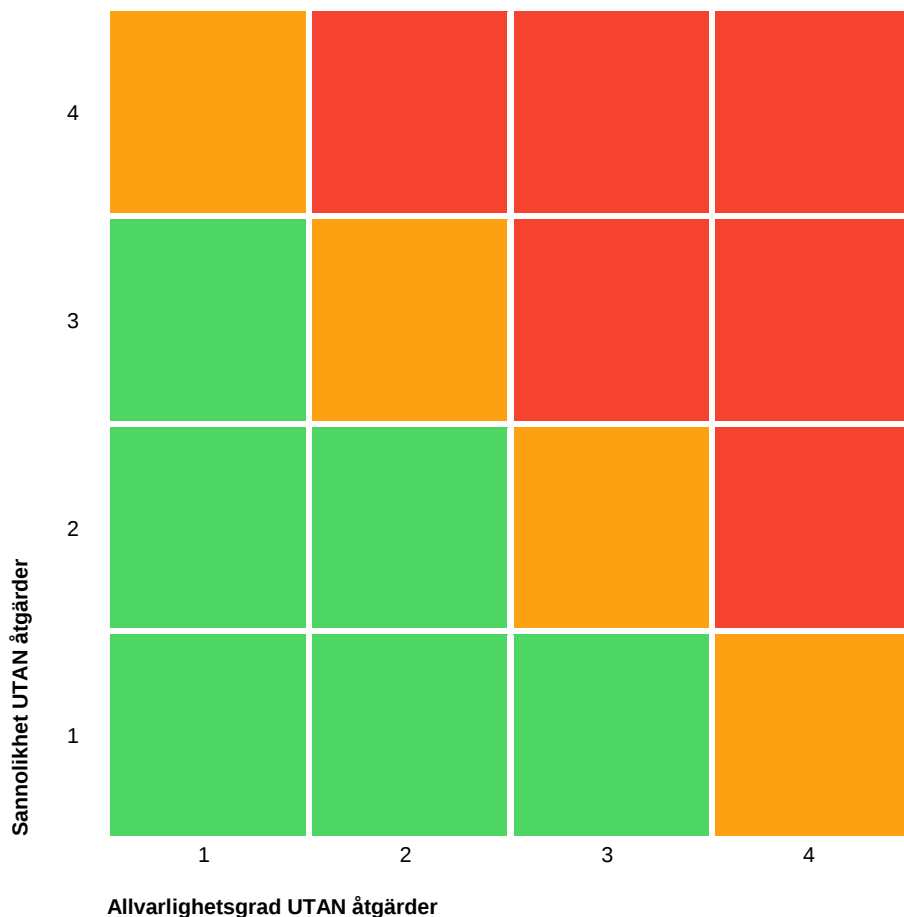
För att förhindra smittspridning av såväl influensa som magsjuka har Attendos och smittskydd Stockholms rutiner följts. Rekommenderad skyddsutrustning har funnits att tillgå. Detta har medfört att vi vid smitta lätt har kunnat begränsa utbrott till en avdelning och inte fört smitta vidare till andra avdelningar.

För att säkerställa att delegerade uppgifter som läkemedelshandling, såromläggning samt övriga omvårdnadsordinationer blir utförda, läggs dessa in i Appva av sjuksköterska. Detta medför att det blir lätt för omvårdnadspersonalen att se vad som ska genomföras samtidigt som det blir lätt för sjuksköterska att följa upp om det är gjort eller ej. Då det direkt kommer upp varningar i Appva när en insats ej är signerad kan sjuksköterska snabbt kontakta personal som kan utföra insatsen istället för att den uteblir, vilket bidrar till ökad patientsäkerhet.

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.



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

1	Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år	Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund
---	---------------------------------------	--

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
1	Negativ påverkan på hälsa r/t värmebölja Beskrivning Ihållande perioder av värme under sommaren kan orsaka både hälsoproblem och ökad dödlighet. Det gäller särskilt under de perioder när värmen är hög under hela dygnet. När nätterna är varma hinner kroppen inte återhämta sig och det kan vara svårt att få ned temperaturen inomhus. Värmens negativa effekter på hälsan omfattar ett vitt spektra från relativt milda symtom såsom uttorkning och nedsatt allmäntillstånd, till mer allvarliga symtom såsom värmeslag och hjärtinfarkt. De negativa hälsoeffekterna av värme uppstår ofta redan samma dag eller efter en till två dagar efter att höga temperaturer noterats. Konsekvensbeskrivning Risk för ex uttorkning, nedsatt allmäntillstånd, värmeslag.		

Vid inflyttning och över tid erbjuds alla patienter, av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, preventionsbedömningar gällande fall, nutrition, munhälsa och trycksår samt blås- och tarmdysfunktion. Vid identifierad risk ska en omvårdnadsplan upprättas samt kontinuerligt utvärderas dock minst två gånger/år. Sjuksköterskorna dokumenterar i Senior Alert som är ett nationellt kvalitetsregister. Alla medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser/ händelser. Den medarbetare och sjuksköterska/ fysioterapeut/ arbetsterapeut som tar emot händelserapporten ansvarar att det dokumenteras i SoL- respektive HSL- journalen.

Risikanalys är en systematisk identifiering och bedömning av en risk. En riskanalys görs för att upptäcka risker som kan leda till att en boende skadas och för att ta fram konkreta åtgärder som eliminerar risker.

I avvikelssystemet Attendo Add ingår riskbedömning som del av varje avvikelse. Skattning av allvarlighetsgrad och sannolikheten att händelsen upprepas görs av rapportören och den som följer upp.

Kvalitetsgruppen träffas varje månad och arbetar kontinuerligt med att identifiera risker. På arbetsplatsträff har riskanalys gått genom. Risk och händelseanalyser rapporteras in till företagets

kvalitetsavdelning kvartalsvis.

En riskanalys görs exempelvis

- Om en återkommande iakttagelse av en risk eller mindre allvarliga händelser i en specifik situation.
- Vid organisationsförändringar.
- Vid bedömning av åtgärdsförslag i en händelseanalys.

Riskanalyser gjorda under 2024

- I händelse av krig/kris, säkerställa att verksamheten fungerar i minst 7 dagar (dokumentation, läkemedel, mat, förbrukningsmaterial, värme, vatten) Åtgärder: *Vi beställde hem mat, vatten, förbrukningsmaterial, filter för att klara 7 dagar. I den mån det gick beställde vi läkemedel. För att säkerställa dokumentationen har vi skrivit ut en del och har listor för att kunna dokumentera vid driftstopp. Resultat: Gott, vi hade allt vi behövde.*
- SSK bemanning inför sommaren Åtgärd: *Noga planering så att det alltid finns en ssk i tjänst, vilket medförde att ordinarie ssk fick göra några passbyten. Upprättade en tydlig rutin för hur vi ska gå tillväga om vi skulle sakna sjuksköterska och hur samarbetet med övriga Attendo boenden ska gå till. Resultat: Mycket gott, hade inga problem med sjuksköterskebemanningen.*
- Få personal med delegering – hur säkerställer att patienten får sina läkemedel. Åtgärd: *Bemanningsrutin, där prio nr ett är att en/avd ska ha delegering. Resultat: Mycket gott. Hade inga problem med att personal saknade delegering på någon avdelning.*
- Värmebölja Åtgärd: *Rutin för hur vi ska agera om det blir värmebölja. Resultat: Gott utifrån de förutsättningar som finns. Det var ingen som mådde särskilt dåligt pga värmen.*

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.

Journalgranskningen som sker en gång per år gör att all personal blir medvetna om vad som krävs för att ha en tillfredställande dokumentation, och säkerställer att viktiga uppgifter dokumenteras på ett korrekt sätt.

Sjuksköterskejournalerna granskas en gång per år av MAS från Attendos kvalitetsavdelning. Rehabjournalerna granskas också en gång per år men av rehabkollegor från andra Attendoenheter utifrån Norrtälje Kommuns granskningsmall samt Attendos egen journalgranskningsmall. De områden där vi behöver bli bättre planerar vi in på årshjulet för såväl SSK som rehab.

SoL-journalerna granskas varje månad av verksamhetschef eller av denne utsedd person.

Genom att arbeta med olika kvalitetsregister, som Senior alert och regelbundet och systematiskt göra uppföljningar uppmärksammas tex risk för vårdskador i form av trycksår och fallskador. Information som framkommer i kvalitetsregistret diskuteras på team möten vilket medfört att vi snabbt kan sätta in förebyggande åtgärder så att trycksår inte uppstår genom t.ex. lägesändring samt minska risken för fall/skada vid fall.

BPSD-registret används som ett hjälpmedel i omvårdnaden och gör det tydligt vilka insatser som är till gagn för patienter med demensdiagnos. Användandet av BPSD har medfört att vi blivit bättre i bemötande och det har blivit tydligare hur vi ska hantera olika situationer på individnivå.

Palliativa registret visar på hur vi ska arbeta med palliativa patienter och resultatet är en mätbar variabel för hur vi kan bli bättre. Statistiken tas regelbundet upp på Team-möten och utifrån årets statistik kan vi se att vi behöver bli bättre på att smärtskatta den sista levnadsveckan.

Avvikelser

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

En händelserapport skall fyllas i när något avviker från planerade insatser eller rutiner. Oftast är händelserna knutna till någon brukare t.ex. att brukaren inte fått sina mediciner, har ramlat, vid hot och våldssituationer, vid synpunkter och klagomål samt fel och brister.

Händelsen rapporteras omedelbart muntligen till tjänstgörande sjuksköterska som ska göra en första bedömning.

Händelser knutna till brukaren ska, förutom händelserapporten, dokumenteras i brukarens omvårdnadsjournal och den sociala dokumentationen. Samtliga händelser ska ha individuella åtgärder.

Den som upptäcker händelsen ansvarar för att rapporten skrivs in i Add, Attendos digitala kvalitetssystem. All personal som arbetar på enheten har tillgång till att rapportera händelser i avvikelssystemet.

Fallavvikelser tas upp på kvalitetsmöten. Vid återkommande fall hos en och samma boende görs en fallkonferens i teamet där man söker anledningar till att det blivit fler fall. Det upprättas en åtgärdsplan för att minska risken för återkommande fall. Uppföljning görs i team där sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal ingår. Sjukgymnast och arbetsterapeut informeras om alla fall som sker och gör uppföljningar så snart som möjligt och dokumenterar om åtgärder och uppföljningar i hälsoplan för fall. Om det finns fallförebyggande åtgärder som kan vidtas för att undvika ytterligare fall så görs de snarast, typ rörelselarm med olika placeringar, bättre skor, tillsyn, hjälpmedel mm. I vissa fall har fallen en medicinsk orsak som tex läkemedelsbehandling eller sjukdomstillstånd då läkare kopplas in för åtgärd.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat med från 73 st (2023) till 78st (2024). Det är framför allt att man glömt att ge läkemedel samt glömt signera.

Statistik avvikelser:

Fall

År 2024 59st

År 2023 57st

År 2022 55st

Läkemedel

År 2024 78 st

År 2023 73st

År 2022 55st

MTP

År 2024 2st

År 2023 5st

År 2022 4st

Omvårdnad

År 2024 11st

År 2023 13st

År 2022 34st

Om det uppstår **en allvarlig eller särskild händelse** ska denna hanteras skyndsamt. Informera alltid verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef om händelsen omgående. Exempel på allvarlig händelse:

1. En avvikelse enligt Hälso- och sjukvårdslagen HSL som kan bli en Lex Maria.
2. Ett allvarligt missförhållande i omvårdnaden som ska utredas enligt Lex Sarah.
3. En allvarlig hot- och våldssituation.
4. Ett allvarligt klagomål.

Verksamhetschefen bedömer allvarlighetsgraden och meddelar berörd medarbetare eller delegerar vidare för åtgärd. Vid allvarlig händelse kontaktar verksamhetschef Attendos MAS, regionschef, KSON:s MAS och sjuksköterska. En utredning startas. Om MAS och regionchefen anser att hon behöver göra en mer omfattande utredning vid allvarligare avvikelse/risk för vårdskada/inträffad vårdskada gör en utsedd utomstående utredare denna i samverkan med verksamhetens medarbetare. Efter det att utredningen är genomförd fattar MAS beslut om utredningen ska anmälas enligt lex Maria.

Händelseanalys och dess resultat skickas till kommunens och Attendos MAS. Delges även till medarbetare på nästkommande arbetsplatsmöte. Återkoppling sker till berörda. Varje månad jämförs med föregående månad och om något avviker görs en analys av orsak samt en åtgärdsplan. Varje halvår sammanställer verksamhetschefen händelserna.

En allvarlig händelse som föranlett Lex Maria utredning har inträffat under 2024. Utredning ej klar.

Klagomål och synpunkter

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

För att kunna utveckla verksamheten är det viktigt att ta till vara på de synpunkter som boende och närstående framför. Blanketten ”vi vill bli bättre” finns i varje boendes välkomstmateriel. Verksamhetschefens och biträdande verksamhetschefens telefonnummer finns även med. Maria Winkvist har en transparent verksamhet och arbetar skyndsamt med att åtgärda och följa upp eventuella synpunkter och klagomål. All personal får regelbundet information om ämnet på arbetsplatsträffarna. Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet. Återkoppling ska alltid ske snarast till berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta omedelbart till överordnad chef, MAS för vidare utredning/ bedömning. Inga allvarliga klagomål har lämnats under 2024.

Kvalitetsregister

Resultatet från Senior Alert samt Svenska Palliativregistret sammanställs 4 gånger/år. Då analyserar och jämför vi resultatet med föregående kvartal och sedan föregående år.

Resultatet för Senior Alert visar att vi har blivit bättre på att finna bakomliggande orsaker när det gäller munhälsa.

Resultatet från Svenska palliativregistret visar att vi har blivit sämre på alla punkter sedan 2023.

Vid behov används BPSD-registret. Bedömningar görs då i tvärprofessionella team bestående av de personal som känner boende bäst.

Palliativa ombuden har under 2024 gjort i ordning material till varje avdelning som ska användas när någon avlider, så att alla vet vad som ska göras och att det blir ett fint avslut för anhöriga. De har också implementerat rutin för att vi tänder ljus i huvudentrén i tre dagar när någon avlider för att hedra minnet av den som avlidit.

Väntade dödsfall registreras i palliativa registret där statistik över olika kvalitetsindikatorer kan tas fram. Under 2024 har 17 förväntade dödsfall registrerats och varit grunden för årets statistik. 82,4% av patienterna smärtskattades med validerat instrument den sista levnadsveckan, 88,2% hade en dokumenterad munhälsobedömning. Målet att uppnå palliativa registrets uppsatta mål är inte uppfyllt.

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.

Med anledning av det spända världspolitiska läget har det inneburit att vi behövt öka vår riskmedvetenhet, och förberedelser inför en eventuell kris har blivit en mer central del av verksamheten.

Under 2024 har det vid upprepade tillfällen blivit förseningar i leveranser på grund av restsituationer. Verksamheten har hanterat detta genom att försöka hålla större lager men den arbetsinsats som krävs för att administrera ett större lager samt ha koll på att inga varor passerar sista förbrukningsdatum har begränsat hur stora lager vi haft.

Verksamheten har haft en säker försörjning av läkemedel under 2024. Vi har dock sett hur restsituationer blir vanligare och har försök möta detta genom att ha god framförhållning när vi beställer.. Lager av läkemedel för privat bruk har ej kunnat upprättats i enlighet med Socialstyrelsens råd om att ha tre månaders läkemedelsförbrukning i lager.

Inom Attendo-verksamheterna i Norrtälje har funnits ett etablerat samarbete avseende att hjälpa varandra med material och läkemedel. Gemensam lagerhållning har funnits för material som används sällan. Även Norrtälje Sjukhus har varit behjälpligt med att låna ut då nya material behövts med kort varsel.

När det gäller alla it-baserade system är det sårbart om det inte fungerar. Då det under året har hänt att det strulat med internetuppkopplingen har vi ofrivilligt fått öva på hur det är vilket föranlett att vi förtydligat våra rutiner och blivit mer förberedda. När det gäller journalföring har vi sedan tidigare tydliga rutiner för vad som ska finnas utskrivet samt hur vi ska agera vid driftstopp, samma sak när det gäller läkemedelshantering och trygghetslarm

För att säkerställa kompetensförsörjningen har dels fem vårdbiträden studerat och arbetar parallellt för att bli undersköterskor, dels har samtlig personal genomgått flera webbaserade utbildningar som är obligatoriska.

Med anledning av en allvarlig händelse på en grannverksamhet i Attendo har vi under året lagt stort fokus på våra egna brandrutiner.

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

BPSD – att samtliga patienter med demensdiagnos får en bedömning utifrån BPSD samt har en bemötandeplan.

Webutbildning Ett fall för teamet (Socialstyrelsen) ska genomföras av samtlig personal.

Webutbildning Demens ABC ska genomföras av samtlig personal.

Webutbildning Värmebölja (Socialstyrelsen) ska genomföras av samtlig personal.

Godkänd HSL dokumentation

Minska antalet läkemedelsavvikelser genom är att säkerställa att hanteringen av läkemedel sker på ett patientsäkert sätt. Målet är att samtlig personal med medicindelegering har tagit del av utbildning på www.medicininstruktion.se under 2024.

Minska antalet fall.

Att nå palliativa registrets uppsatta mål vid förväntat dödsfall, 100% av boende ska ha en dokumenterad smärtskattning och 90 % ska ha en dokumenterad munhälsobedömning under sista levnadsveckan. 98% ska ha ett dokumenterat brytpunktssamtal. Tas upp regelbundet på avdelningsmöten för att påminna alla vikten av dokumenterade bedömningar.