

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Norrtälje Björnö

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
2 Sammanfattning	5
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	7
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	7
3.2 Övergripande mål och strategier.....	8
3.3 Organisation och ansvar	9
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
3.5 Informationssäkerhet	10
3.6 En god säkerhetskultur	10
3.7 Adekvat kunskap och kompetens	11
3.8 Patienten som medskapare.....	12
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	13
4.3 Säker vård här och nu	14
4.3.1 Riskhantering.....	15
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling.....	16
4.4.1 Avvikelse	19
4.4.2 Klagomål och synpunkter	19
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	21

1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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.

2 Sammanfattning

2. Sammanfattning

Målen som sattes upp för 2024 var:

1. Dokumentation:

- **Mål:** Alla boende ska ha individuella vårdplaner med identifierade problem, risker, mål, åtgärder och ordinationer.
- **Åtgärder:** Nya rutiner för vårdplaner och dokumentation har skapats och arbetet har lett till att alla boende nu har de vårdplaner som är relevanta för varje boende.

2. Nutrition:

- **Mål:** Alla boende ska få en nutrimentsbedömning, inklusive kalorimätning och vätskeregistrering vid inflytt, för att minska nattfasta och säkerställa att näringsbehov tillgodoses.
- **Åtgärder:** En sjuksköterska har huvudansvar för nutrition och stöttar kollegor i arbetet kring detta. Nattfastemätningar har utförts och arbetet kring att minska nattfastan fortsätter under 2025.

3. Kvalitetsregister:

- **Mål:** Alla boende ska registreras i relevanta kvalitetsregister (Senior Alert, BPSD, Palliativregistret) efter samtycke.
- **Åtgärder:** Alla boende har fått riskbedömning enligt Senior Alert. Utbildning av personal till administratörer i BPSD-registret har pågått under året och registreringen av boende i registret har kommit långt. Teambaserad registrering i Palliativregistret med stöd av palliativa ombud har gjorts under 2024.

4. Läkemedelshantering:

- **Mål:** Minska avvikelser i läkemedelshanteringen.
- **Åtgärder:** Vid delegering har SSK haft fördjupad genomgång i SignIT med fokus på signering och överlämning. Efter införandet av delegeringar i SignIT har uppföljning av delegerade uppgifter skett på ett mer strukturerat sätt.

Sammansatt och kompetent personalstyrka

Under det gångna året har verksamheten fokuserat på att stärka kompetensen hos personalen för att säkerställa en hög nivå av patientsäkerhet. Vi har lyckats sammansätta ett fullt hälso- och sjukvårdsteam bestående av arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterskor. Detta har möjliggjort en mer helhetsorienterad vård och rehabilitering.

Utbildning och kompetensutveckling

För att möta de ökande behoven inom vård och omsorg har vi genomfört omfattande utbildningsinsatser. Flera vårdbiträden har utbildats till undersköterskor, vilket har stärkt bemanningen och ökat kompetensen inom omvårdnad. Dessutom har personal från alla yrkeskategorier erbjudits fortbildning inom palliativ vård och BPSD (beteenderubbningar vid demenssjukdomar). Detta har gett personalen de verktyg som behövs för att ge ett gott stöd till patienter i livets slutskede och personer med demenssjukdom.

Palliativ grupp

För att ytterligare förbättra den palliativa vården har vi startat en särskild palliativ grupp. Gruppen arbetar aktivt med att utveckla och implementera nya arbetssätt och

rutiner för att säkerställa en högkvalitativ och värdig vård för patienter i livets slutskede.

Fokus på fallprevention och rehabilitering

Paramedicin har under året lagt stor vikt vid fallprevention och har initierat olika träningsgrupper för att stärka patienternas fysiska förmåga och minska risken för fallskador.

Förbättrad sårvård

Sjuksköterskor och undersköterskor har kontinuerligt arbetat med att utveckla och förbättra sårvården. Detta har resulterat i en minskad förekomst av svårläkta sår och en ökad patientsäkerhet.

Avsevärda förbättringar inom läkemedelshantering

Apoteksgranskningen har visat på en tydlig förbättring i läkemedelshanteringen på avdelningarna. Antalet avvikelser är nu begränsat till mindre incidenter.

Fokus på lärande från avvikelser:

För att säkerställa kontinuerlig förbättring har sjuksköterskorna på varje avdelning aktivt arbetat utifrån uppkomna avvikelser genom att förbättra instruktioner för omvårdnadspersonalen kring administrering av läkemedel. Även på kvalitetsrådsmöten och APT har läkemedelshantering och avvikelser varit återkommande diskussionspunkter.

Förbättrad delegeringsprocess:

För att öka tydligheten och säkerheten i delegeringsprocessen har varje sjuksköterska fått ett tydligt ansvar för den personal som de delegerar till på sin avdelning.

Uppföljning av delegeringar har införts som rutin, vilket bidrar till att säkerställa att delegerade uppgifter utförs korrekt och att personalen har den kompetens som krävs.

Sammanfattningsvis har det systematiska arbetet med läkemedelshantering och delegering lett till avsevärda förbättringar. Genom att aktivt arbeta med att identifiera och analysera avvikelser, samt genom att förtydliga ansvarsfördelningen och införa rutiner för uppföljning, har patientsäkerheten stärkts.

Hälso- och sjukvårdens mål för 2025 kan sammanfattas i fyra punkter:

- **Stärkt samarbete och tydligare roller:** HSL-gruppen ska arbeta tillsammans effektivare, med tydligare ansvarsfördelning. Nya rutiner fortsätter skapas och implementeras.
- **Bättre uppföljning:** Ansvarig sjuksköterska ska följa upp delegeringar systematiskt och stötta omvårdnadspersonalen i läkemedelshantering.
- **Fokus på yrket:** Möten för rehab-personal och sjuksköterskor varvas med HSL-möten, så att viktiga frågor för de olika yrkesgrupperna kan lyftas.
- **Kvalitetsregister:** Palliativregistret, BPSD-registret och Senior Alert ska användas systematiskt för att säkra hög kvalitet i vården. Årets mål blir att fortsätta arbetet med systematiska uppföljningar i kvalitetsregistren.

Målen syftar till att skapa en trygg och effektiv hälso- och sjukvård med tydliga roller, bra kommunikation och ständig utveckling.

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Förstärkt fokus på HSL

Under det gångna året har verksamheten vidtagit flera åtgärder för att stärka ledarskapet och förbättra patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården (HSL).

En verksamhetschef med erfarenhet inom HSL och gedigen utbildning i socialtjänstlagen (SoL) har tillträtt. Denna rekrytering har gett verksamheten en ledning med stort fokus på både SoL och HSL.

Verksamhetschefen har delegerat ansvaret för HSL till en biträdande verksamhetschef med sjuksköterskekompetens, vilket ger en tydlig struktur med fokus på HSL-frågor.

Verksamhetschefen och den biträdande verksamhetschefen har infört veckovisa avstämningar för att säkerställa att rutiner följs och att avvikelser hanteras på ett effektivt sätt.

Sedan september har arbetsplatsträffar (APT) blivit obligatoriska. HSL-gruppen har en fast punkt på agendan där rutiner, avvikelser och förbättringar inom patientsäkerheten diskuteras.

Ledningsgruppen består av verksamhetschefen, den biträdande verksamhetschefen med ansvar för HSL och gruppleddare. Denna sammansättning säkerställer ett nära samarbete och en tydlig fördelning av ansvar.

Sammanfattningsvis har verksamheten genomfört flera initiativ för att stärka ledarskapet inom HSL. Genom att rekrytera en erfaren verksamhetschef, delegera ansvar, införa regelbundna möten och skapa en tydlig ledningsstruktur har man lagt en solid grund för fortsatt förbättringsarbete inom patientsäkerheten.

Systematiskt kvalitetsarbete inom HSL

HSL-gruppen har under året haft regelbundna möten en gång per månad. Dessa möten har varit viktiga för att säkerställa en hög nivå av patientsäkerhet och kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Fokusområden på HSL-mötena:

Rutiner: Regelbunden genomgång av rutiner och arbetsätt för att säkerställa att de följs

och är uppdaterade.

Bemanning: Diskussioner kring bemanning för att säkerställa att det finns tillräckligt med kompetent personal för att ge en säker vård.

Avvikelser: Analys av avvikelser för att identifiera förbättringsområden och förebygga framtida incidenter.

Kompetensutveckling: Bedömning av kompetensutvecklingsbehov hos både sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden.

Egenkontroller: Genomgång av alla egenkontroller inom HSL för att säkerställa att de utförs korrekt och att avvikelser åtgärdas.

Bred representation och samverkan

Vid HSL-mötena har hela HSL-teamet deltagit, inklusive biträdande verksamhetschef och verksamhetschef. Denna breda representation har säkerställt att olika perspektiv har beaktats och att beslut har fattats på en väl underbyggd grund.

För att säkerställa en god samverkan med andra aktörer inom vården har HSL-gruppen även haft möten med läkarorganisationen och jourjuksköterskeorganisationen en gång per termin. Detta samarbete har varit viktigt för att skapa en gemensam bild av vårdprocesserna och för att identifiera förbättringsområden.

Sammanfattningsvis har de regelbundna HSL-mötena varit en viktig del av det systematiska kvalitetsarbetet inom verksamheten. Genom att fokusera på rutiner, bemanning, avvikelser och kompetensutveckling har man kunnat säkerställa en hög nivå av patientsäkerhet och kvalitet. Dessutom har samarbetet med andra aktörer inom vården bidragit till att stärka den samlade vårdkedjan.

3.2 Övergripande mål och strategier

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

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

Systematiskt arbete med HSL-rutiner

Under det gångna året har verksamheten inte haft några rapporterade vårdskador och vi har arbetat systematiskt med att utveckla och implementera rutiner inom hälso- och sjukvård (HSL). Följande åtgärder har vidtagits:

Apoteksgranskning: En apoteksgranskning genomfördes i november för att säkerställa att läkemedelshanteringen sker på ett säkert sätt. Den lokala rutinen har uppdaterats i linje med Humanas övergripande riktlinje.

Lokala HSL-rutiner: Verksamheten har tagit fram lokala rutiner för ett flertal

områden, inklusive fall, fotsjukvård/fotvård, förändrat hälsotillstånd, läkemedelshantering, Senior Alert, kontakt med journalsjuksköterska, medicinsk tekniska produkter (MTP) och hjälpmedel. Fler HSL-rutiner är under utveckling för att uppfylla kraven från Norrtälje kommun.

Egenkontroller: Egenkontroller har utförts enligt Humanas årshjul och genomförs gemensamt i HSL-gruppen eller ledningsgruppen. Vid avvikelser eller behov av förbättringar tas åtgärdsplaner fram tillsammans i HSL-gruppen och ledningsgruppen.

Rutinhantering: Rutiner ses över och revideras vid behov och implementeras sedan. Alla förändringar tas upp på obligatoriska arbetsplatsträffar (APT).

Sammanfattningsvis har verksamheten gjort betydande framsteg när det gäller att utveckla och implementera säkra rutiner inom HSL. Genom ett systematiskt arbete med egenkontroller, åtgärdsplaner och regelbundna möten har man säkerställt en hög nivå av patientsäkerhet.

3.3 Organisation och ansvar

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

www.humana.se

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

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Starkt ledarskap och samverkan

Verksamhetschefen har aktivt deltagit i de månatliga HSL-mötena tillsammans med all legitimerad personal. Detta har bidragit till ett starkt ledarskap och säkerställt att patientsäkerheten har hög prioritet.

God tillgänglighet till sjuksköterska

Sjuksköterska är närvarande på boendet alla vardagar mellan 7-16.30 för att säkerställa en god omvårdnad och kunna hantera akuta situationer.

Under övrig tid finns sjuksköterska tillgänglig per telefon med 30 minuters inställelsetid via Klara T jourbemanning vilket möjliggör snabb konsultation och stöd för omvårdnadspersonalen och boende.

Samverkan med externa aktörer

- Under året har vi haft god kontakt med tandläkare och tandhygienist via Oral Care där omvårdnadspersonal uppmanas att medverka vid undersökning och behandling. Alla boende har rekommendationer från tandläkare och tandhygienist uppsatta i badrummet för omvårdnadspersonal att följa vid tandvård.
- Vid behov har kontakt med dietist via YouWill tagits för att få hjälp med vissa boende kring mat och nutrition.
- Kontakt med logoped via TioHundra har under första delen av 2024 fungerat mycket väl. Dock har vi under senare delen av året inte kunnat få samma samarbete pga brist på logopeder i Norrtälje och remiss har skickats till andra

delar av regionen.

Strukturerade kontakter med Klara T

Samarbetet med Klara T har lett till användning av strukturerad bedömning och rapportering som ViSam Beslutsstöd och SBAR. Detta har lett till en säkrare bedömning och rapportering av patientens hälsotillstånd även på jourtid.

Effektivt samarbete med läkare

Läkare besöker boendet en gång i veckan för rond och finns annars tillgänglig på telefon alla vardagar 8-16.

För icke-akuta ärenden används den digitala plattformen Collabodoc, vilket underlättar kommunikationen mellan sjuksköterskor, paramedicin och läkare och gör det möjligt att fokusera på mer komplexa frågor under de fysiska läkarbesöken. Rondärenden läggs också upp i Collabodoc för att inget ska missas och läkare kan inför rond läsa på aktuell patient.

Vid akuta situationer kan ordinarie läkare nås på telefon under dagtid, och jourläkare finns tillgängliga dygnets övriga timmar.

Förbättrad kontaktsökning

För att underlätta för andra vårdgivare att nå boendets sjuksköterskor har dessa telefonnummer införts i de boendes kontaktuppgifter i journalsystemet Take Care där samtycke finns.

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen kommer att införas. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-stegs inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

3.6 En god säkerhetskultur

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

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa.



För att säkerställa en trygg vårdmiljö genomför vi systematiska riskbedömningar för att identifiera potentiella risker inom vår verksamhet. Riskbedömningar sker utifrån Senior Alert gällande fallrisk, nutrition, munhälsa och trycksår samt fördjupad fallriskbedömning utförda av fysioterapeut och arbetsterapeut. Baserat på dessa bedömningar utvecklar och implementerar vi nya rutiner och arbetssätt. Genom Teammöten och HSL möten diskuteras risker i enskilda boende och riskbedömningar. På APT, som från och med hösten 2024 är obligatoriska, ges utrymme för diskussion kring arbetsmiljö och risker. Personalen har stort utrymme att lyfta frågor kring arbetsmiljö. Avvikelser som berör hela boendet tas upp på APT och HSL personalen har stående en punkt på APT som används till utbildning och information kring risker, rutiner och avvikelser.

Vidare har vi en väl etablerad process för att rapportera, utreda och åtgärda avvikelser. Genom detta arbete strävar vi efter att ständigt förbättra vår patientsäkerhet.

Vårt engagemang för patientsäkerhet återspeglas även i vårt kontinuerliga förbättringsarbete. Genom att aktivt analysera avvikelser, samt genomföra riskbedömningar, identifierar vi områden där vi kan förbättra våra rutiner. Kvalitetsrådet tar upp aktuella avvikelser och analyserar dessa och informerar vidare på APT för samtlig personal. Personalen uppmanas på varje APT att skriva avvikelser för att kunna göra ständiga förbättringar i verksamheten.

Även synpunkter och återkoppling från närstående är en viktig del i säkerhetsarbetet.

3.7 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.



För att säkerställa hög kvalitet i vården har vi under året genomfört en rad kompetenshöjande åtgärder.

Sju medarbetare har validerat sin utbildning till undersköterska genom Äldreomsorgslyftet, vilket har stärkt vår grundbemanning av undersköterskor.

Vi har rekryterat två erfarna sjuksköterskor, varav en med specialistkompetens inom intensivvård, för att bredda vår kompetens inom omvårdnad och den andra med gedigen kompetens inom palliativ vård.

För att förbättra vår förmåga att möta komplexa vårdbehov har flera medarbetare, inklusive sjuksköterskor, sjukgymnast och omvårdnadspersonal, utbildats till palliativa ombud.

Dessutom har vi anställt en arbetsterapeut och en sjukgymnast för att stärka rehabiliteringen.

För att säkerställa högsta möjliga säkerhet har en sjuksköterska utbildats till HLR-instruktör.

Vår HSL ansvariga sjuksköterska har även utvecklat sina ledarskapsförmågor genom utbildningar inom palliativ vård och personcentrerad vård.

För att förbättra omhändertagandet av personer med demenssjukdom har flera medarbetare utbildats till BPSD-administratörer.

Genom dessa satsningar säkerställer vi att våra patienter får en trygg och omsorgsfull vård.

3.8 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 §



Vi strävar efter att aktivt involvera patienten och närstående i vården för att öka patientsäkerheten och skapa en mer personcentrerad vård. Redan vid välkomstsamtalet informerar vi patienten om hälso- och sjukvården och vikten av delaktighet. Vi samtalar med patient och närstående om hur och när kontakt med närstående ska ske, och vilken typ av information närstående önskar ta del av samt vad patienten ger samtycke till.

I patientens vårdplan dokumenteras information om närståendekontakt, önskemål om när och hur kontakt ska ske, samt vilken information närstående vill ta del av.

Genom att aktivt arbeta för att involvera närstående och patienten i vården har vi sett följande positiva resultat utifrån samtal med närstående och patienter:

Ökad patientsäkerhet: Närstående och patienten själv kan bidra med viktig information om patientens hälsotillstånd, önskemål och behov, vilket minskar risken för missförstånd och felbehandling.

Mer personcentrerad vård: Genom att involvera närstående i patientvården kan vi skapa en mer individanpassad vård som tar hänsyn till patientens specifika situation och preferenser samt få information om önskemål som patienten uttrycker till närstående. Kommunikation med närstående sker utifrån deras önskemål och patientens samtycke.

Ökad patientnöjdhet: Patienter som känner sig delaktiga i sin vård och har stöd av sina närstående upplever ofta en ökad trygghet och tillfredsställelse.

Närstående erbjuds också att delta vid närståendeträffar där vi informerar om vårt arbete med kvalitetsregister, demenssjukdom och aktiviteter.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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.



4.1 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.

Har vården varit säker



Vi har under 2024 inte haft några rapporterade vårdskador.

4.2 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.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



I arbetet med patientsäkerhet har vi använt oss av följande system och metoder:

SafeDoc: För säker journalföring. Ett stort arbete med fokus på riskbedömningar enligt Senior Alert och vårdplaner har genomförts under året.

Alfa e-care: För säker signering av läkemedel och delegering. Delegeringsmodulen togs i drift under hösten 2024 vilket innebär att delegerad personal förvarnas när deras delegering går ut och då kan genomföra utbildningarna i lärportalen. Personalen kan heller inte signera åtgärder de inte är delegerade att göra men kan dock se vad som ska göras i appen och planera arbetet tillsammans med delegerad personal. Detta minskar risken för att läkemedelsadministrering och ordinerade åtgärder missas. Delegeringar följs också upp av SSK på ett mer strukturerat sätt.

DF Respons: För hantering av avvikelser. Personalen uppmanas att rapportera avvikelser vid varje APT och fokus har lagts på att personalen ska känna sig trygga med att rapportera avvikelser som ett led i kvalitetssäkerhetsarbetet.

Senior Alert och BPSD: Samtliga boende har registrerats i dessa kvalitetsregister. Rutin för struktur av uppföljning har upprättats och arbetet tas upp på teammöten och med läkare.

För att säkerställa god vård har vi arbetat systematiskt med:

Riskbedömningar: Dessa har genomförts för att identifiera och minimera risker och skapat handlingsplaner utifrån identifierade risker. Arbetet har skett utifrån Senior Alert men också utifrån boendes andra behov som psykisk ohälsa och fallriskbedömning av rehab personal.

Vårdplaner: Har upprättats för samtliga boende utifrån deras individuella behov av vård och riskbedömningar.

Genom dessa åtgärder har vi skapat en säker och trygg vårdmiljö för våra boende.

4.3 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.

Är vården säker idag



Patientsäkerheten är högt prioriterad på Björnö. Vi arbetar aktivt för att förebygga vårdskador och skapa en trygg miljö för våra boende.

Introduktion och utbildning:

Alla nya medarbetare genomgår obligatoriska utbildningar i vår lärportal, inklusive DF Respons avvikelssystem. Utbildningen sker tillsammans med handledare/gruppleddare för att säkerställa förståelse och kunskap.

Sjuksköterskan poängterar vikten av att rapportera avvikelser, särskilt i samband med delegering.

På arbetsplatsträffar (APT) diskuteras aktuella avvikelser och vikten av att rapportera både avvikelser och risker.

Introduktionen inkluderar även digitala utbildningar om Lex Maria i lärportalen.

Genom dessa åtgärder säkerställer vi att:

Medarbetarna har kännedom om patientsäkerhet och rutiner för avvikelshantering.

Avvikelser rapporteras och analyseras för att identifiera orsaker och vidta åtgärder. Kvalitetsrådet analyserar avvikelser och diskuterar kring dessa för att sedan lyftas på APT.

Arbetet med Collabodoc, rondplattformen, i samverkan med läkare har lett till att sjuksköterska kan ladda upp bilder och dokument och skicka ärenden till läkare genom säker informationsöverföring så att boende inte behöver vänta på ev behandling eller läkarbedömning till nästkommande rond.

Kontinuerlig förbättring av patientsäkerheten genom att lära av avvikelser och risker.

Vi känner oss trygga i att den vård vi bedriver på Björnö är patientsäker och att våra medarbetare har rätt förutsättningar för att arbeta säkert och tryggt.

4.3.1 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.

Vi genomför regelbundna riskbedömningar inom följande områden:

Nutrition: Identifiera risk för undernäring eller andra nutritionsrelaterade problem.

Fallrisk: Bedöma risk för fall genom en kombinerad bedömning av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut utifrån deras olika kompetenser.

Trycksår: Identifiera riskfaktorer för uppkomst av trycksår och ordinera adekvata åtgärder för att förebygga uppkomsten av trycksår.

Munhälsa: Bedöma munhälsan och identifiera riskfaktorer för försämrad munhälsa. Detta sker tillsammans med tandläkare och tandhygienist.

Uppföljning:

Rehabpersonal (arbetsterapeut och fysioterapeut) följer upp sina riskbedömningar vid förändrat tillstånd eller var 6:e månad genom strukturerade riskbedömningar utifrån sin

profession.

Sjuksköterska följer upp riskbedömningar i Senior Alert var 6:e månad. Risker följs upp minst var 3:e månad, eller oftare vid behov och handlingsplaner skapas och utvärderas i patientjournalen.

Vårdplanering:

Vid identifierad risk upprättas en individuell vårdplan med specifika åtgärder utifrån den enskiles behov och önskemål.

Åtgärderna följs upp aktivt och diskuteras i teamet på teammöten var 4:e vecka samt med läkare på rond.

Genom att arbeta systematiskt med riskbedömningar och vårdplaner kan vi tidigt identifiera och åtgärda risker, vilket bidrar till en ökad patientsäkerhet.

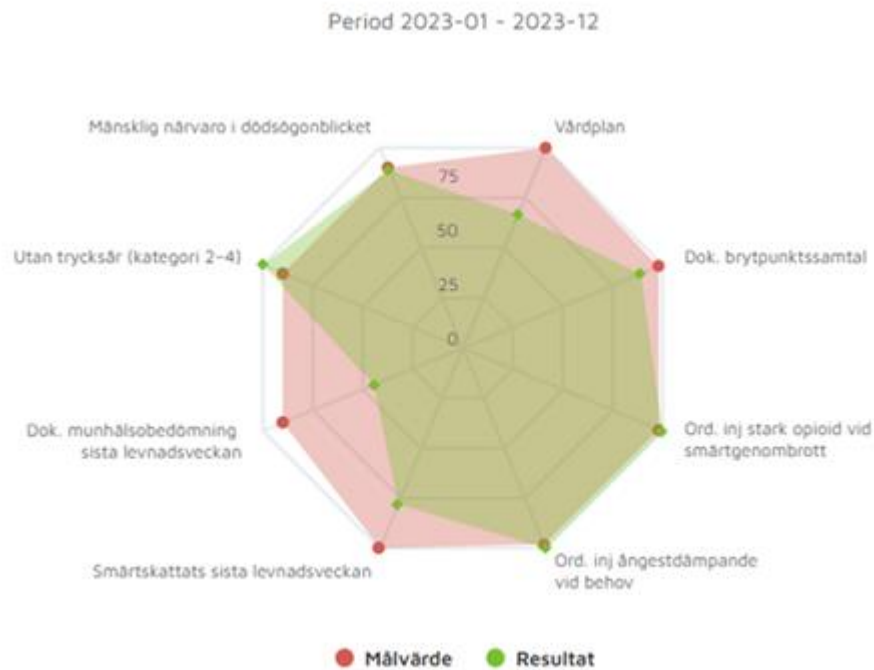
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

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.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Vi arbetar kontinuerligt med att förbättra vården utifrån data och uppföljning. Resultatet från Palliativregistrets spindeldiagram visade att vi behövde stärka området munhälsobedömningar.



Detta är en modifierad rapport



Förbättringsåtgärder:

Vår HSL-ansvariga sjuksköterska har under hösten 2024 genomgått en utbildning i ledarskap inom palliativ vård.

Utbildningen har resulterat i en projektplan med fokus på att förbättra munhälsan för Björnös boende, både i vardagen och i livets slutskede.

Under första delen av 2025 kommer all personal att utbildas av Oral Care i munhälsa, munvård och munhälsobedömningar.

Genom att analysera resultat och genomföra riktade utbildningsinsatser säkerställer vi att vården kontinuerligt utvecklas och förbättras. Detta bidrar till ökad patientsäkerhet och en högre kvalitet på vården.

Senior Alert:

Arbetet med Senior Alert har tagit fart på Björnö under 2024 och riskbedömningar är i

fas och alla boende har fått riskbedömningar. Arbetet med uppföljningar ligger i fas och detta tas upp på teammöten.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Norrtälje kommun	1174	90% 1 777 av 1 979	85% 1 503 av 1 777	94% 1 665 av 1 777	73% 1 023 av 1 410	161 116 personer	427 personer	337 129 personer	321 personer	
Humana Björnö Humana Omsorg AB	26	100% 26 av 26	81% 21 av 26	100% 26 av 26	83% 20 av 24	5 5 personer	13 personer	3 3 personer	1 personer	
Trycksår		27% 7 av 26	100% 7 av 7	100% 7 av 7	71% 5 av 7					
Undernäring		69% 18 av 26	100% 18 av 18	100% 18 av 18	79% 15 av 19					
Fall		88% 23 av 26	100% 23 av 23	100% 23 av 23	82% 18 av 22					
Munhälsa		100% 9 av 9	44% 4 av 9	100% 9 av 9	50% 1 av 2					

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall				Visa resultat per riskområde
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	
Norrtälje kommun	1378	91% 2 093 av 2 299	90% 1 892 av 2 093	96% 1 999 av 2 093	81% 1 295 av 1 559	168 116 personer	438 personer	552 213 personer	585 personer	
Humana Björnö Humana Omsorg AB	67	98% 102 av 104	88% 90 av 102	99% 101 av 102	88% 37 av 42	19 10 personer	21 personer	19 6 personer	63 personer	
Trycksår		29% 30 av 104	100% 30 av 30	100% 30 av 30	92% 12 av 13					
Undernäring		55% 57 av 104	100% 57 av 57	100% 57 av 57	92% 24 av 26					
Fall		91% 95 av 104	100% 95 av 95	100% 95 av 95	90% 36 av 40					
Munhälsa		96% 99 av 103	88% 87 av 99	99% 98 av 99	88% 36 av 41					

Apotekets läkemedelsgranskning 2024 genomfördes i November och utmynnade i några punkter som vi kommer att arbeta med framåt.

De åtgärder som redan åtgärdats är:

- Följ er rutin och skriv inte ut dosering i Sign-It, hänvisa i stället till läkemedelslistan i papper.
- För de patienter som har så många tabletter vid samma klockslag att det blir två dospåsar, skapa gärna två åtgärder i Sign-It så att det krävs en signering för varje dospåse. - Här upptäckte vi att dessa måste ligga på olika tider då de annars slås ihop av systemet.
- Följ er rutin och dokumentera på den digitala signeringslistan när läkemedel blivit utbytt enligt generisk substitution. Dokumentera namn på ordinerat läkemedel, snedstrecka och skriv därefter namnet på läkemedlet som ska administreras. -Detta har åtgärdats och skrivs även på vid behovs påsen som förvaras i boendes skåp.
- Ta fram rutiner för hur uppföljning av delegering ska gå till, även för personal som jobbat länge. En strukturerad uppföljning som också dokumenteras. - Detta har kommit att bli rutin mer strukturerat då sjuksköterskan lägger in datum för uppföljning vid delegeringen.
- Se över kylskåpet i basförrådet. Vid granskningstillfället visade temperaturen 2 grader och på temperaturlistan framgick att temperaturen varit nere på 0 grader vid flera tillfällen, trots att man försökt ställa upp temperaturen. Rekommenderar i första hand inköp av riktig läkemedelskyl för en säkrare hantering. - Läkemedelskyl är inhandlad.
- Arbetet som är under genomförande men ej ännu klart är att sjuksköterska

signerar utlämning av dosrullar och dosetter i signit. - Rutin under uppförande

4.4.1 Avvikelser

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

Under året har vi inom HSL-området haft 201 avvikelser.

Läkemedelshantering:

Majoriteten av avvikelserna har rört läkemedelshantering, främst missade signeringar i Alfa e-care appen.

Vi har genomfört utbildningsinsatser på APT och förbättrat delegeringsprocessen. Sjuksköterskorna går nu grundligt igenom signeringsförfarandet och appen med personalen.

Dessa åtgärder har lett till en minskning av avvikelserna under hösten, vilket bekräftas av sjuksköterskornas uppföljning av icke utförda signeringar.

Införandet av delegeringar i Alfa e-care appen har bidragit till en ökad patientsäkerhet och minskat antalet avvikelser.

Fall:

Vi har även haft ett antal fall avvikelser.

Inga av fallen har varit allvarliga.

Flertalet fall har inträffat trots adekvata riskbedömningar och fallpreventiva åtgärder.

Detta har främst berört ett mindre antal boende med demenssjukdom som har svårt att följa de insatta åtgärderna.

Uppföljning och åtgärder:

Alla avvikelser tas upp på Kvalitetsrådet för analys och diskussion.

Avvikelseerna redovisas även på APT för att öka medvetenheten och sprida lärdomar.

Åtgärder som vidtas efter avvikelser följs upp regelbundet för att säkerställa effekt.

Eventuell uppdatering av rutiner och implementering av nya arbetssätt sker på APT och teamträffar.

Genom att systematiskt följa upp avvikelser och vidta åtgärder skapar vi en lärande organisation och förbättrar patientsäkerheten kontinuerligt. Vi fortsätter att arbeta med att minska antalet avvikelser genom kontinuerlig uppföljning, utbildning och förbättringsarbete.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Inga skriftliga klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården har inkommit under året.

4.5 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.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden



Vi har under året identifierat följande fokusområden inom patientsäkerheten:

Riskbedömningar och läkemedelsgenomgångar:

Vi fortsätter att prioritera tidiga riskbedömningar genom Senior Alert och BPSD.

Läkemedelsgenomgångar med läkare kommer att genomföras i god tid för varje boende.

Samarbete och rutiner:

Samarbetet med journalsjuksköterskorna kommer att fortsätta att stärkas.

Implementeringen av lokala rutiner och riktlinjer fortgår.

Läkemedelshantering:

Arbetet med läkemedelshantering har gett positiva resultat i årets apoteks granskning.

Vi fortsätter att arbeta med förbättringar inför kommande granskningar.

Bättre uppföljning av delegeringar och stärka omvårdnadspersonalens trygghet i läkemedelshantering är prioriterat som arbete för sjuksköterskegruppen.

Vårdplanering i samverkan:

Vi undersöker hur vi kan implementera vårdplanering tillsammans med närstående och boende på ett mer strukturerat sätt.

Läkarkontakt:

Enligt vår brukarenkät upplever boende svårigheter att få kontakt med läkare.

Vi behöver se över rutinerna för läkarkontakt och tydliggöra för boende och närstående hur den fungerar.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål för hälso- och sjukvården 2025:

Stärkt samarbete och tydligare roller: Vi fokuserar på att stärka samarbetet inom HSL-gruppen och tydliggöra de olika rollerna. Eftersom gruppen inte varit fulltalig förrän i november 2024 behöver rutiner och arbetssätt implementeras och förtydligas.

Uppföljning av delegeringar: Ansvarig sjuksköterska kommer att följa upp delegeringar på ett mer strukturerat sätt och stärka omvårdnadspersonalens trygghet och kunskap kring läkemedelshantering.

Yrkespecifika fokusområden: HSL-mötena kommer att varvas med möten för rehab-personal och sjuksköterskor för att säkerställa att yrkespecifika fokusområden lyfts och diskuteras.

Kvalitetsregister: Vi kommer fortsätta att arbeta systematiskt med kvalitetsregistren Palliativregistret, BPSD-registret och Senior Alert och använda data från registren för att se vilka områden vi behöver förbättra arbetet och rutiner.

Munhälsa: Samtlig personal kommer att genomgå utbildning i munvård och även mot palliativ munhälsa under första delen av 2025 och med detta hoppas vi på ett närmare samarbete med tandläkare och tandhygienist och därmed se en bättre munhälsa hos våra boende.

Palliativ vård: Den palliativa vården stärks under året med fler palliativa ombud för att öka arbetet kring ett palliativt förhållningssätt och det palliativa rådet kommer att ta fram obligatoriska utbildningar från PKC - Palliativt kunskaps centrum för all personal att göra på webben.

Genom dessa målsättningar strävar vi efter att skapa en välfungerande och patientsäker hälso- och sjukvård med tydliga roller, god kommunikation och kontinuerlig kvalitetsutveckling.