

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Norrtälje Hamn

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	11
3.6 En god säkerhetskultur	11
3.7 Adekvat kunskap och kompetens	13
3.8 Patienten som medskapare	14
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	16
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	17
4.3 Säker vård här och nu	18
4.3.1 Riskhantering	19
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	20
4.4.1 Avvikelse	22
4.4.2 Klagomål och synpunkter	23
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26

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

Målen för 2024

- En nattfasta som inte ska överstiga 11 timmar för den som inte själv väljer det.
- Att uppnå målvärdena för kvalitetsindikationerna i palliativa registret.
- Vårdplaner med tydliga mål och tid för utvärdering.
- Säkerställa att all personal följer rutiner kring rapportering och dokumentation. Implementering av kommunikationsverktyget SBAR.
- Att säkerställa regelbundna teamträffar.
- Ett fortsatt arbete med att implementera uppdaterade rutiner och lokala instruktioner, samt säkerställa att omvårdnadspersonalen , vet var de kan hittas.
- Utbilda samt starta upp arbetet med att implementera registrering i BPSD registret för att lindra symtom från, beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.
- Dagliga avstämningar i arbetsgrupperna med "gröna korset" för att stämma av hur arbetet varit under arbetspasset samt identifiera eventuella risker och avvikelser.
- Att alla sjuksköterskor ska ha fått utbildning i VISAM (samverkansmodell för planering och informationsöverföring) och att arbetssättet ska användas vid bedömningar. Detta för att patienten ska kunna erhålla vård på rätt nivå.
- Att alla boende ska ha en individuell förskrivning och utprovat inkontinenshjälpmedel.
- Att regelbundet arbeta med resultat från egenkontroller.

Målen som var satta för 2024 har delvis uppnåtts och verksamheten har, utöver satta mål även arbetat med en handlingsplan som upprättats i och med ett Lex Maria ärende. Arbetet med handlingsplanen har varit omfattande och åtgärder och införandet av vissa rutiner kopplade till handlingsplanen har påverkat målen för 2024.

All personal inom vård och omsorg på säbo har periodvis under året rekommenderats att fortsätta med source control i patientnära nära vård av den sköra äldre patienten/ brukaren. Vi har följt vaccinationsprogrammet mot covid 19 , säsongsinfluensan samt pneumokockvaccin och erbjudit alla boende vaccin vår och höst.

Verksamheten har lagt tid och arbete på att skapa förutsättningar för regelbundna arbetsplatsträffar, teammöten, kvalitetsråd och HSL möten. Vi kan konstatera att mötena har utvecklats och blivit mer strukturerade. Stående punkter och diskussion kring avvikelser och förbättringsarbete har funnits med i mötesagendan. All personal har varit positiv och visat engagemang i de olika mötesformerna.

Arbetet med handlingsplaner efter egenkontroller och internkontroller har lett till ett aktivt förbättringsarbete i verksamheten, exempelvis vid delegeringsprocessen och läkemedelshanteringen.

Rekrytering och introduktion av ny personal, vi har under året haft en minskad personalomsättning mot föregående år. Svårigheter att rekrytera arbetsterapeut har varit en utmaning och påverkat pågående utvecklingsarbete.

Samarbetet med läkarorganisationen har utvecklas med en "fast" läkare och arbetet med rondplattform Collabodoc har varit mycket positiv. Collabodoc är en digital plattform, i vilken boendets sjuksköterskor lägger in lättare patientärenden och via chattfunktion kan kommunicera med läkaren. Den digitala plattformen har lett till en förbättrad arbetsmiljö och mindre stress under fysisk rond då denna rond kunnat bli mer effektiv och patientnära. Under året har läkemedelsgenomgångar utförts i tid och samtliga boende har haft minst en genomgång.

Fokus för 2025 handlar om att fortsätta arbetet med att öka patientsäkerheten på Humana Norrtälje Hamn.

- Arbeta med att nå kvalitetsindikatorerna i Palliativa registret, BPSD och Senior Alert samt arbeta ännu mer i interprofessionella team.
- För att förbättra de boendes livskvalitet och funktion kommer verksamheten under året arbeta med att implementera smärtskattningar vid misstanke om smärta, vid utredning samt vid uppföljning av smärta och smärtbehandling.
- Att upprätthålla användandet av kommunikationsverktyget SBAR.
- Skapa förutsättningar för boende och dess anhöriga att känna ökad delaktighet i vården, vid tex riskbedömningar och vårdplaner.
- Utbildning i NVP, Nationell vårdplan för palliativ vård. Arbetssättet införs under 2025.
- Arbeta med delegeringar och läkemedelshantering har hög prioritering under 2025.

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..



En förutsättning för en säker vård är en engagerad, kompetent ledning samt tydlig styrning och samverkan av hälso-och sjukvårdsinsatserna på alla nivåer.

I verksamheten är det viktigt att det skapas en positiv kultur där varje medarbetare har möjlighet till delaktighet och engagemang. På Norrtälje Hamn har det under 2024 funnits en verksamhetschef, en biträdande verksamhetschef/HSL-ansvarig sjuksköterska, gruppleddare och ordinarie fysioterapeut som utgör en lokal ledningsgrupp.

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och tillsammans med gruppleddaren säkerställer att bemanningen är anpassad efter verksamhetens behov.

Biträdande Verksamhetschef ansvarar tillsammans med sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut att arbetet drivs patientsäkert.

Under året har biträdande verksamhetschef kallat till kvalitetsråd där verksamhetschef, sjuksköterska, fysioterapeut och kvalitetsombud/planansvariga deltagit. I kvalitetsrådet har man arbetat med frågor gällande patientsäkerhet och avvikelser i syfte att identifiera risker och utifrån dessa risker, skapa åtgärder för en ökad patientsäkerhet.

Sjuksköterskor och paramedicin har regelbundet kallat till teammöten, där omvårdnadspersonal, och även vid behov, biträdande verksamhetschef och verksamhetschef har deltagit. Syftet med verksamhetens teammöten är att genom teamsamverkan planera, identifiera och följa upp olika behov hos våra boende.

Biträdande verksamhetschef har tillsammans med legitimerad personal en stående punkt på verksamhetens månatliga arbetsplatsträffar. Under 2024 har vi främst arbetat med avvikelser, SBAR, vitala parametrar, instruktion för kontakt med HSL personal.

Under året har ett flertal utbildningsinsatser erbjudits för både omvårdnadspersonal och HSL personal. Utbildningar via Humanas Lärportal, och utav externa föreläsare.

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 §

För att öka patientsäkerheten och nå Humanas övergripande mål har vi under året fokuserat på

Minska antalet vårdskador

För att nå målet med minskad risk för vårdskador och minska antalet vårdskador. Har verksamheten haft en stående punkt på arbetsträffar där vi belyst risker och hur vi kan undvika dem, vilket har gett kunskap om våra riskområden och spridning av lärdom av inträffade vårdskador och risker. Med en daglig avstämning genom visualisering av risker och avvikelser, via arbete med Gröna korset. Vi kommer att fortsätta arbetet med att få all personal delaktiga i dagliga avstämningar under 2025. Omvårdnadspersonal är delaktiga i arbetet med att förbättra verksamheten genom att skriva och ta del av utredda avvikelser och förbättra patientsäkerheten. Med arbetet i nationella kvalitetsregister för att kvalitetssäkra och utveckla vården för våra boende.

På de avdelningar där vi kommit i gång med "grönakorset" kan vi konstatera att det rapporteras fler avvikelser och färre osignerade läkemedel finns i signeringssystemet. Norrtälje humana hamn har även ett bra samtal kring risker och förebyggande arbete för att undvika patientskador på kvalitetsråd och vid teamträffar.

Utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet

Mål; Förbättrade utredningar och handläggning av avvikelser

Resultat; I början av 2024 fick legitimerad personal utbildning i risk och händelse analys vilket har utvecklat vårt arbetssätt i samband med hur avvikelser utreds. Under året har vi fått feedback på utredda avvikelser av Humanas MAS och MAR, detta har stärkt oss i att arbeta systematiskt. Vid arbetet med hjälp av registrerade avvikelser har vi kunnat se vilka åtgärder som behöver vidtas och hur vi kan förbättra arbetssättet.

Genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering

Egenkontroller görs enligt Humanas årshjul i ledningssystemet Parus. Egenkontroller

inom HSL genomförs av biträdande verksamhetschef tillsammans med berörda yrkeskategorier under HSL-möten.

Under egenkontroll delegering uppmärksammades flera brister under 2024, främst att man ej signerat och accepterat sin delegering. Då systemen ej var samspelade, kunde den delegerade fortfarande signera i signeringssystemet. Trots att delegeringen inte var signerad och giltig. Detta har nu åtgärdats och nu kan ingen signera och arbeta utan giltig delegering.

Vi har även i samband med detta fått en förbättrad kunskap hur delegerings processen ska följas, tydliga rutiner och förbättrat system att delegera i.

Granskning av läkemedelshantering skedde under November när en farmaceut från Apoteket AB tillsammans med verksamhetens sjuksköterskor och biträdande verksamhet tillsammans hade en genomgång av verksamhetens läkemedelshantering.

Resultat; flera förbättringspunkter som bearbetats i en handlingsplan. Åtgärder utifrån dessa delges till MAS i KSON samt även Humanas MAS. Verksamheten har i och med detta fått förbättrade lokala instruktioner.

Uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso -och sjukvård

Tydliga riktlinjer för verksamheten upprättas och uppdateras kontinuerligt tex lokal rutin för läkemedelshantering som uppdateras en gång per år och justeras vid behov.

Under året har Humana ändrat programvara från Microsoft till Google och därigenom har rutinerna flyttas från Parus till Google drive så ett behov av att se över lokala rutiner och även hur de återfinns varit en stor del av arbetet i HSL gruppen. Även på Kvalitetsråd, ombuds träffar och på APT har detta diskuterats för implementering.

Säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

I upprättat årshjul äldreomsorgen för humana, finns planerade egenkontroller som ska göras. Arbetet med dessa och under året legat till grund för patientsäkerhetsarbetet.

De egenkontroller som påvisat brist tex vid dokumentation har handlingsplan legat till grund för ett förbättringsarbete. Ett av förbättringsområdena vi kommer att fortsätta med under året är vårdplaner.

Andra egenkontroller som utförts är tex vårdhygien, delegering, inkontinens samtliga egenkontroller genererar handlingsplaner för förbättringsområden.

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

Internt

Verksamheten har under året arbetat aktivt med att identifiera risker som kan leda till vårdskada som exempelvis fall, undernäring och trycksår. Risker identifieras med olika bedömningsinstrument och åtgärder planeras i team. I arbetet med att förebygga vårdskador sammankallar omvårdnadsansvarig sjuksköterska till teamträff, där omvårdnadspersonal och rehabpersonal ingår, ofta deltar även VC eller bitr. VC. Teamträffar sker regelbundet.

Syftet med mötet är att, från ett aktiverande förhållningssätt diskutera patientens behov/problem/risker och tillsammans komma fram till vårdplaner inom olika områden samt uppdatering i genomförandeplan.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska säkerställer att delegerad omvårdnadspersonal administrerar läkemedel enligt rutin, följer upp att läkemedel ges på ett säkert sätt och följer upp eventuella biverkningar samt utvärderar behov.

Intern informationsöverföring är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Överföring av intern information sker skriftlig i journalsystemet SafeDoc. Den skriftliga dokumentationen läses under varje arbetspass. Det finns även avsatt tid för muntliga rapporter vid byte av arbetspass.

Externt sker samverkan med flera aktörer.

- Verksamheten har samverkansavtal med jour och beredskapssjuksköterska. Beredskapstid efter kl.16.30 till 07.00 i nuläget genom avtal med KLARA T. De dokumenterar i SafeDoc och vi arbetar för att de ska få läsfunktion till vår läkarorganisations dokumentation i TakeCare. De har även tillgång till signeringssystemet SignIt och Läkemedelslistor via Pascal.
- Då vi för närvarande ej har någon anställd arbetsterapeut och vår fysioterapeut är föräldraledig så har vi samverkansavtal med Klara team rehab. Fysioterapeut på plats 3 dagar i veckan och arbetsterapeut två gånger i veckan.
- Samverkansavtal finns med läkarorganisationen Capio Legevisitten. Patientansvarig läkare besöker Norrtälje Hamn en gång per vecka. Läkare finns tillgänglig även andra tider via telefon och beredskaps läkare finns tillgänglig under kvällar, nätter och helger. En rondplattform, Collabodoc, har tydliggjort och underlättat samarbete mellan läkare och boendets sjuksköterskor.
- Samverkan mellan slutenvård och Hamnen sker ofta via akuta inläggningar eller planerade besök. Ofta sker muntlig överrapportering. Anteckningar såsom epikris kan läsas via läsbehörighet i TakeCare. Vid akuta besök till slutenvården skickas "rödmap" med aktuell information och läkemedelslista med. Denna mapp har under hösten 2023 uppdateras enligt KSONs önskemål och ser nu lika ut från alla säbo i Norrtälje kommun. Syftet är att förbättra kommunikationen mellan olika vårdgivare.
- Samverkan sker även i olika forum mellan (KSON) Sjukvård och omsorg i Norrtälje och andra vårdgivare, syfte är att stärka vårdkedjan mellan olika vårdgivare.
- Vi har samverkansöverenskommelse med Tandvårdsenheten (Region Stockholm). Specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning för utförande av uppsökande verksamhet (munhälsobedömning samt munvårdsutbildning) till äldre utförs av Flexident.
- Oralcare tandvård har ett tätt samarbete med årlig, uppsökande verksamhet för bedömning och åtgärder. De erbjuder även ambulerande tandvård av tandläkare och tandhygienist.
- Medicinsk fotsjukvård utförs på remiss vid vissa kroniska sjukdomar, utförs externt för närvarande.
- Apoteket AB är ytterligare en aktör som tillsammans med verksamhetens

sjuksköterskor och bitr. verksamhetschef årligen genomför kvalitetskontroll avseende läkemedelshantering på enheten. Under november 2024 gjordes granskning via Apoteket för att säkerhetsställa verksamhetens läkemedelshantering

- Apotekstjänst är ansvarig för dosförpackning och originalförpackning av läkemedel samt leverans av dospåsar till våra patienter.
- Med Norrtälje kommun sker samverkan bland annat genom utförarmöten som kommunen kallar till. Under våren genomfördes den årliga kvalitetsuppföljningen av verksamheten.
- Humana har under hösten startat upp kvalitetsträffar för verksamhetschefer och HSL-Ansvariga där hela organisationen ingår, sammankallande är kvalitetscontroller, MAS, MAR och SAS möten sker varannan månad och syftet är att sprida kunskap, kvalitet till verksamheterna.
- Under hösten bjöd Norrtälje kommun in alla utförare i kommunen till en tredelad utbildningsinsats för sjuksköterskor gällande läkemedel.
- MTP -Medicinsktekniska enheter (Sodexo, mfl) har samarbete med boendet för att säkerställa att adekvata hjälpmedel tillhandahålls och underhålls.
- Dietist, finns vid behov kopplad till verksamheten
- Logopedbesök utförs på remiss
- Syn och hörselinstruktör kommer till boendet regelbundet för justering och rengöring av hörapparater
- Pacemaker kontroller.

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-steps 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.



- Säkerhetskulturen bygger på attityder, förväntningar, förhållningssätt och värderingar vilka styr beteenden och beslut i det dagliga arbetet. Alla chefer och medarbetare ska sträva efter en hög patientsäkerhet, föregå med gott exempel och medverka till en god säker kultur på arbetsplatsen.
- Arbetsklimatet ska vara öppet och transparent, alla ska vara medvetna om och vaksamma på risker som kan uppstå. Medarbetare ska känna sig trygga att rapportera och diskutera säkerhetsfrågor.
- Att arbeta säkert har diskuterats bland annat på APT (arbetsplatsträffar). Att tala om hur arbetet ska bedrivas säkert ger medarbetarna trygghet och möjlighet att upptäcka och reagera på brister i säkerheten. Möjlighet att få kunskap av tidigare avvikelser i en lärande organisation tillvaratas i olika mötesformer.
- All personal har behörighet och kunskap att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Avvikelsena rapporteras av personal som identifierar risken /avvikelsen.
- All HSL personal har fått utbildning av det digitala avvikelse systemet som underlättar det systematiska arbetet med att rapportera/ följa upp och åtgärda avvikelser. Personal deltar i händelse- samt risk/ analys. Dessa analyseras sedan på samverkansmöten och kvalitetsråd.
- Kännedom om och hur man arbetar i och med ledningssystem ingår i introduktionen för alla nyanställda medarbetare och är även något som tas upp regelbundet på arbetsplatsträffar.
- För att säkerställa läkemedelshantering skall sjuksköterska följa upp aktuella delegeringar samt behov av insatser regelbundet.
- Logg kontroller av journalsystem kontrolleras enligt årshjul, en gång i kvartalet.
- Logg kontroller av dörrar och läkemedels skåp följs upp vid behov samt som stickkontroller.
- Kontroller av signeringar efter utförda insatser utförs av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och av biträdande verksamhetschef.
- Logg kontroller i medicinsk journal utförs av Capio Legevisitten.
- Kontroller av verksamheten görs externt av kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) kontrollens avvikelser eller förbättringsåtgärder läggs upp i en handlingsplan och ligger till grund i förbättringsarbetet.
- Interkontroller som sker från MAS/MAR i Humana leder till handlingsplaner och förbättringsarbeten i verksamheten.
- Egenkontroller sker utifrån årshjul och avvikande svar leder till handlingsplaner och förbättringsarbeten.
- Avvikelser som vi arbetar med leder ibland till handlingsplaner och förbättringsarbeten.
- Arbetet med "gröna korset" är en kort daglig avstämning som sker planvis, syftet är att få en överblick om en ökad medvetenhet och kunskap om de risker som kan uppstå i olika arbetsmoment och processer, både gällande säker vård och säker arbetsmiljö. Tillsammans med ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete, utvecklar vi en säkerhetskultur där säkra arbetssätt upprätthålls, dvs närvaro av säkerhet och frånvaro av skada.

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.



Under medarbetarsamtal och på arbetsplatsträffar ses behovet av utbildning och utveckling över. Vid analys av avvikelser ses mer övergripande utbildningsbehov. Det finns kompetens i egna verksamheten hos bland annat sjuksköterskor och rehab personal som leder intern utbildning. Flertalet utbildningsmöjligheter finns också via Humanas lärportal. Därutöver kan uppmaning att genomföra vissa utbildningar komma från ledning och kommun.

Verksamhetschef följer upp gjorda utbildningar i Humans Lärportal, påminner personalen samt säkerställer att obligatoriska utbildningar görs enligt planering.

Biträdande verksamhetschef / sjuksköterskor följer upp utbildningar gällande läkemedel och delegering i samband med delegering.

Fördelning av personal på planen utgår alltid ifrån att det ska finnas minst en ordinarie personal på varje sida, samt en som är delegerad. Nattetid eftersträvas att all personal ska ha, för arbetet nödvändiga delegeringar.

Rutiner och mallar för förbättringsarbeten och implementeringar finns i ledningssystemet.

Diskussion och fokusområden med olika teman kommer att planeras in att ingå i arbetsplatsträffar under 2025

Äldreomsorgslyftet har möjliggjort att nio stycken medarbetare har påbörjat utbildning till undersköterska.

Vi utbildade under året sju stycken i BPSD administrations utbildning , samt ytterligare sex stycken deltog på uppföljningsdagen (de som tidigare varit administratörer) för att uppdatera sin kompetens.

Vi har under året prioriterat att erbjuda olika föreläsningar för omvårdnadspersonal och HSL-personal. Exempelvis munvårdsutbildning, personcentrerad inkontinensvård, undersköterskans roll i palliativ vård från PKC, psykisk-ohälsa, personcentrerad omvårdnad/social dokumentation samt att möta anhöriga inom vård och omsorg. Vidare har vi haft en nano utbildning i hygien. Då deltagarantalet var lågt så förlängs denna utbildning. Vi har även haft flertalet utbildningsinsatser med Kommunikationsverktyget SBAR .

Handledarutbildning som kommunen erbjöd och där några omvårdnadspersonal deltog.

En sjuksköterska påbörjade praktik handledarutbildning -handledning i verksamhetsförlagd utbildning 7,5 hp , tyvärr så fullföljdes den ej då sjuksköterskan

valde att hoppa av.

Fysioterapeut läste under första halvåret 2024 en 15 hp vidareutbildning med kursen fysioterapi vid neurologiska funktionshinder.

Sjuksköterskor, biträdande verksamhetschef och fysioterapeut har under våren 2024 deltagit i en tvådagars utbildning i analys för äldreomsorg i risk och händelseanalys.

Sjuksköterskor som är palliativa ombud deltog i PKC dagen i maj.

Under hösten 2024 anordnade KSON och MAS tillsammans med apotekare utbildningar inom följande områden för de kommunala sjukvårdens sjuksköterskor, Norrtälje hamns sjuksköterskor och biträdande vc deltog vid samtliga tillfällen.

- Läkemedel för äldre (3 timmar)
- Diabetes typ 2 (3 timmar)
- Läkemedelshantering (3 timmar)

Under året har verksamhetens sjuksköterskor gått utbildning ViSam och SBAR i syfte att förbättra kommunikation och bedömning vid försämrat hälsostatus. Biträdande verksamhetschef har i början av året gått en påbyggnads utbildning gällande ViSam för att få behörighet att utbilda nyanställda sjuksköterskor detta.

PKC , palliativt kunskapscentrum har med samarbete med KSON och har under året utbildat ytterligare fem omvårdnadspersonal till palliativa ombud.

Sjuksköterskor har deltagit i utbildningar gällande uppdatering av signIT (signeringssystem) då vi numera har delegeringar i samma system, även utbildning gällande det nya avvikelssystemet som startar upp i Januari-25

Under Maj 2024 hade fysioterapeut och arbetsterapeut tre utbildningstillfällen för omvårdnadspersonalen i förflyttning och hjälpmedel.

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 §



Vid inflyttning eller i så nära anslutning efter inflyttning som möjligt, ska ett ankomstsamtal / anhörigsamtal genomföras då boende och anhöriga får möjlighet att ställa frågor och att även själv få informera om saker som känns viktiga för äldreboendet att känna till i samband med vistelsen och vården av den enskilde. Kort efter inflyttning ska en tydlig hälsoplan och genomförandeplan upprättas i samråd med

den enskilde patienten/ boende.

Arbeterapeut och fysioterapeut träffar regelbundet de boende för planering och utvärdering av eventuella insatser och behov.

Det finns också möjlighet för patienter eller närstående att begära samtal med läkare och/eller sjuksköterska när behov uppstår för att diskutera och planera vården. En gång per år eller vid förändrat hälsostatus genomförs läkemedelsgenomgång.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska planerar tillsammans med patientansvarig läkare och boende kommande vård och läkemedelsbehandling även där bjuds anhöriga in vid behov.

Att göra patient och närstående delaktiga i vården och i omvårdnaden är viktigt för att känna sammanhang och meningsfullhet. Vid inflyttning erbjuds patienten lämna samtycke till informationsöverföring samt att delta i olika kvalitetsregister.

Information om de nationella kvalitetsregistren lämnas och samtycke inhämtas och efterfrågas vid informationsöverföring. Sjuksköterska informerar i vilket syfte vi använder kvalitetsregister samt att patienten blir delaktiga i planeringen av åtgärder. När patienten blir försämrad ska ett brytpunktsamtal erbjudas. Läkaren planerar tillsammans med sjuksköterska och anhöriga den palliativa vården. När en patient avlider erbjuder omvårdnadsansvarig sjuksköterska närstående efterlevandesamtal.

De närstående och patienter som önskar får månatliga nyhetsbrev som berättar lite om vad som händer och sker på Norrtälje Hamn. Humana har även en uppdaterad hemsida där anhöriga kan gå in själva och hålla sig uppdaterade kring aktiviteter i verksamheten på daglig basis.

Boenderåd har upprättats i verksamheten och genomförs var tredje månad där verksamhetsfrågor diskuteras. I boenderådet ingår patienter, aktivitetsansvarig, rehabpersonal, sjuksköterska och verksamhetschef.

En gång per år skickar Socialstyrelsen ut den årliga brukarundersökningen och verksamheten tar fram handlingsplaner utifrån hur svaren ser ut.

Eventuella klagomål och synpunkter utreds i avvikelssystemet Df respons.

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.



Genom ett aktivt riskförebyggande arbete är syftet att vårdskador förhindras.

I Parus, som är Humanas kvalitetsledningssystem finns riktlinjer, rutiner och olika egenkontroller som skall genomföras under året.

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



Avvikelsehantering är ett aktivt kvalitets- och förbättringsarbete. Antalet avvikelser är inte ett mått på verksamhetens kvalitet. Avvikelserna registreras i avvikelssystemet för bedömning av legitimerad personal för att händelserna ska utredas och åtgärdas. Enligt riktlinje Humana ska avvikelserna börja utredas skyndsamt för att slutföras inom en månad. Verksamhetschef granskar regelbundet inkomna avvikelse rapporter i systemet för att säkerställa att utredning och åtgärder gällande allvarlig händelse inte missas eller fördröjs.

Vissa av händelserna lyfts fram vid APT (arbetsplatsträffar) och olika mötesforum vid dessa tillfällen sammanställs och hanteras avvikelserna för att analyseras och vidta

åtgärder för att förbättra kvaliteten i verksamheten.

Vid allvarliga händelser initierar den medicinskt ansvariga sjuksköterskan MAS eller medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR en fördjupad analys.

Under 2024 har vi arbetat med avvikelser gällande delegeringar, insulinhantering samt läkemedelsstölder.

Vi har även arbetat med tidigare lex Maria utredning från 2023. Ingen ny Lex Maria anmälan har inkommit under året.

Vi har även påbörjat arbete med att klassa trycksår som avvikelser och vårdskada.

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 verksamheten används flertalet system till exempel:

Safedoc för dokumentation både HSL och SoL

Alfa e-care Signit - för signering av läkemedel och delegeringar

Kvalitetsregister, Senior alert, BPSD och palliativa registret

Sjuksköterskorna arbetar även i Collabodoc som är ett digitalt kommunikation och rondverktyg mot läkarorganisationen. De har läsbehörighet i läkarorganisationens journalsystem TakeCare. I Pascal för säkerhet gällande läkemedel och dosdispenserade läkemedel.

Sjuksköterskor har behörighet att utfärda munhälsointyg via Symfoni som är ett system som används vid vuxentandvård och som finansieras av Region Stockholm.

De boende listas även efter samtycke via LISTON. Liston är en e-tjänst som används inom primärvården för att registrera och lista personer som aktivt valt en fast läkarkontakt eller vårdcentral. De boende som valt att tillhöra vår läkarorganisationen registreras av sjuksköterskorna.

Vaccinera används vid registrering av utförd vaccination.

Avvikelser har under 2024 skrivits och utretts i DF respons, Under januari 2025 sker ett byte av system till ett nytt avvikelssystem.

Egenkontroller under 2024 har utförts och handlingsplaner har gjorts, arbetet med åtgärder påbörjats under året.

PPM BHK (basala hygien och klädregler) utförts med god kvalitet. Handlingsplan har upprättats för ytterligare förbättring gällande följsamhet till basala hygienrutiner.

Delegering och läkemedelshantering, har lett till förbättrade lokala instruktioner vid delegeringar såsom att utbildningar utförts och att de förnyats i tid, att ingen är delegerad av legitimerad personal som avslutat sin tjänst. En stor förbättring har skett i och med att delegeringar görs i samma system som läkemedlen signerats och att de "stängs" när delegeringen ej förnyats i tid. Vidare är systemet kopplat till vilka delegeringar som är aktuella. Utbildningar gällande läkemedel och delegeringar har ökat kunskapen hos legitimerad personal. Omvårdnadspersonal kan inte dela och signera läkemedel utan att ha accepterat sin delegering.

Inkontinensvård, arbetet med att säkerställa en personcentrerad inkontinensvård har förbättrats under året.

Dokumentation, arbetet med att få en enhetlig dokumentation och vårdplaner har förbättrats under året. Det finns ett fortsatt förbättringspotential och legitimerad personal har fokuserat på att diskutera kring en mer likriktad dokumentation.

Kvalitetsregister god och nära vård. Kontroll av senior alert, palliativa registret och BPSD. Visar på godkända resultat i mer än 90% på samtliga kategorier förutom smärtskattning vid livets slut och arbetet med BPSD där vi ej ännu kommit i gång fullt ut. Detta är ett av våra prioriterade arbete under 2025.

Loggkontroller ; utförda utan anmärkning fortsatta kontroller enligt årshjul

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



En verksamhet är beroende av både reell och formell kompetens och erfarenhet hos sjuksköterskor, rehabpersonal och omvårdnadspersonal. Under 2024 var det en emellanåt en hög inflyttning då boendet inte var fullbelagt, samt en hög personalomsättning och stundtals hög sjukfrånvaro. Detta innebär att patientsäkerheten ibland var skör och det ställdes stora krav på HSL-personalen.

Vi kunde se vissa risker i slutet av 2023 samt början av 2024 när sjuksköterskorna hade en hög arbetsbelastning och då vi hade inhyrda sjuksköterskor i väntan på att sjuksköterskegruppen blev fulltalig. En sjuksköterska har under hösten varit sjukskriven och vi har då haft biträdande verksamhetschef, timtidsanställd sjuksköterska och bemanningssjuksköterska som fyllt denna tjänst, vilket ej är optimalt. Ordinarie sjuksköterskor har i samband med frånvaron, under vissa perioder, haft patientansvar för fler boende än vad som är planerat.

Vi har under året startat ett nytt samarbete med beredskaps sjuksköterskor på jourtid,

från KLARA T. Detta har fungerat bra och tryggheten och patientsäkerheten har stärkts under kvällar och nätter.

Under 2024 har verksamheten haft inhyrd arbetsterapeut då vi ej kunnat rekrytera någon på denna tjänst, vi har under senhösten haft inhyrd fysioterapeut då vår egen är föräldraledig.

Arbetet med att förbättra och tydliggöra kommunikation, teamarbete och dokumentation mellan HSL-personal och omvårdnadspersonal har varit ett fokusområde under hela 2024. Detta område kommer även att ha en hög prioritet under 2025.

Under året har vi utvecklat verksamheten genom fortbildning i många grundläggande områden så som basal hygien, munvård, palliativ omvårdnad. Allt för att kunna erbjuda kunder och närstående en patientsäker vård.

Utbildning för avvikelshantering ingår i introduktion Humana äldreomsorg, flertalet har påbörjat denna men ej slutfört. Vi har återkommande diskussioner på arbetsplatsträffar, vid introduktion, avstämningar om vikten av att skriva avvikelse och syftet med avvikelser.

Tekniska lösningar, signeringssystem och journal finns i enhetens telefoner vilket underlättar signering och tillgång till journal både SOL och HSL.

Lås till läkemedelsskåpen och dörrar öppnas med personlig inlogg och kod , behörighet till läkemedels skåpen ges efter godkänd och signerad delegering.

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.

Vid internkontroller, uppföljningar, utredningar tex lex Maria och kvalitetsgranskning av apoteket identifieras risker som analyseras samt leder till handlingsplaner för att förbättra verksamheten.

Vi arbetar aktivt med att upptäcka risker som kan leda till vårdskador som fall, undernäring, trycksår, nedsatt munhälsa. Risker identifieras med olika bedömningsinstrument och åtgärder planeras i team. Uppföljning och avvikelser från upprättad planering följs regelbundet upp i team möten.

Vid läkemedelsgenomgång kan läkaren och teamet runt patienten, identifiera risker med till exempel olämpliga läkemedel, som ibland kan sättas ut, eller så görs en noggrann bedömning om man ändå behöver ha läkemedlet.

Risker upptäcks som leder till avvikelshantering och i samband med analyser vid avvikelshantering.

Vid daglig avstämning det så kallade gröna korset mötet, identifieras risker som inträffat under dagen och där diskuteras hur det ska undvikas att inträffa igen. Vissa risker som identifieras tas med till kvalitetsrådet som sker en gång i månaden. Händelsen/risken diskuteras i kvalitetsrådet för att sedan delges övrig personal på arbetsplatsträff. I kvalitetsrådet finns möjlighet att göra en handlingsplan utifrån vissa riskanalyser.

Risker som identifieras, och som behöver utredas och bedömas med en riskanalys ses

som ett förbättringsområde. Även att skapa och arbeta med handlingsplaner är något vi behöver förbättra under 2025.

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



Kvalitetsregister

Ett av dessa områden som prioriteras är att genomföra riskbedömningar hos respektive boende för att på det sättet kontrollera/ bedöma om risk föreligger avseende fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen.

Om risk föreligger så diskuteras risken på Teammöte och åtgärder planeras för att minska risk för att en vårdskada sker. Detta systematiska arbete genomförs i kvalitetsregistret Senior alert. Vid analys gällande resultatet av insatta åtgärder är uppföljning viktig för att bedöma om insatta åtgärder är tillräckliga för att undvika vårdskada, eller om ytterligare åtgärder behöver vidtas.

Nedanstående bedömningsinstrument används:

- Modifierad Norton scale visar risk för att utveckla trycksår.
- MNA (Mini Nutritional Assessment) bedömer risk för undernäring.
- Downton Fall Risk Index (DFRI) bedömer fallrisk.
- ROAG (Revised Oral Assessment Guide) bedömer ohälsa i munnen.

Under året har vi även till viss del börjat använda oss av riskbedömning för blåsdysfunktion där det är relevant.

Kvalitetsregistret Senior alert visar på det systematiska preventiva arbete som bedrivits under 2024 på Humana Hamnen. Det systematiska arbetet med att genomföra riskbedömningar ska genomföras hos samtliga boende var 6:e månad. Vilket vi har förbättrat sedan tidigare år.

Genomförda riskbedömningar på hamnen under 2024 är **83** st unika individer. Vi har utfört 132 riskbedömningar varav 124 riskbedömningar har risk för att drabbas av någon form av vårdskada (fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen).

13% hade risk för trycksår (17 av 132)

45% uppvisade risk för undernäring (60 av 132)

68% hade fallrisk (90 av 132)

78% hade risk för ohälsa i munnen. (90 av 115)

Jämfört med 2023 ligger vi under 2024 bättre till med fler utförda bedömningar. Arbetet med att arbeta interprofessionellt med åtgärder utifrån identifierade risker förbättras succesivt och vi kommer under 2025 involvera boende och dess anhöriga mer i det förebyggande arbetet. Vi kommer även följa upp hur insatserna följs och om de diskuteras med boende och används i exempelvis boendes genomförandeplan.

Av de avvikelser som registreras under år 2024 rör cirka 286 stycken läkemedel (51,7%) och fall (48,2%).

Under 2023 inkom 254 stycken avvikelser och där läkemedel stod för 42% och fall för 58%. Under 2024 har vi haft ett större antal boende än under 2023.

Två stycken avvikelser gällande trycksår har inkommit. Vi har under året sett att en ökad mängd avvikelser blivit registrerade, där fler avvikelser gällande läkemedel skickats och färre fallrapporter inkommit. Vi kan se att det fortfarande finns ett stort mörkertal med avvikelser som ej skrivs, tex osignerade läkemedel och fall. Vi har återkoppling på avvikelser vid kvalitetsråd, där vi även diskuterar förbättringsområden för att minska risker. På arbetsplatsträffar har vi diskussioner om avvikelser som en stående punkt.

Årlig granskning av läkemedelshanteringen har skett fysiskt på plats av farmaceut från Apoteket AB tillsammans med verksamheten. Vid läkemedels granskningen deltog förutom farmaceut, läkemedelsansvarig sjuksköterska samt biträdande verksamhetschef.

Den sammanfattande bedömningen efter läkemedelsgranskningen belyste bland annat;

- Läkemedelshantering på enheten fungerar bra men kan bli ännu bättre.
- Viktigt att skåpen inne hos de boende städas/rensas från läkemedel som ej längre finns med på läkemedelslistan eller städa/rensa bort läkemedel som passerat bäst före datum.
- Arbete med ett enhetligt arbetssätt för dokumentation och hantering av läkemedel i originalförpackning.
- Viktigt att personal alltid kontrollerar aktuell läkemedelslista innan administrering av läkemedel sker.
- Det är sjuksköterskans ansvar att se till att rätt generika och läkemedel läggs in i det digitala signeringssystem SignIt.
- Minska ner antalet insatser i signit som inte är läkemedelsinsatser.
- Några råd om förbättringar i vår lokala läkemedelshanterings rutin framkom.
- Åtgärdsplan efter kvalitetsgranskningen och vidtagna åtgärder utförs på enheten.

Åtgärder för att bli bättre och ge en god vård och omsorg i livets slutskede för äldre ligger till grund för Palliativa kvalitetsregistret. Det innebär att personal besvarar ett antal frågor. Bland annat hur vården bedrevs hos/ för den enskilde under den enskildes sista veckor i livet. Utifrån analys av samtliga registreringar kan respektive enhet följa vilka områden som behöver förbättras och/ eller vilka områden där måluppfyllelse uppnåtts. Palliativa registret aktualiserar regelbundet frågeformuläret och nytt är att man har med frågan om det finns en vårdplan för patienten.

- Under 2024 har 5 avlidna registrerats i den palliativaregistret, dessa ligger till grund för statistiken. Några boende har under 2024 har avlidit på sjukhus, vi ser även att ett par avlidna är inte inlagda i registret.
- Av de boende som statistiken bygger på fanns ingen med trycksår under den sista levnadsveckan.
- 60% hade mänsklig närvaro i dödsögonblicket.
- 40% hade smärtskattats under sista levnadsveckan.
- 100% hade adekvata vidbehovsordinationer för att lindra, smärta och

- ångest/oro under den sista levnadsveckan.
- 100% hade fått ett brytpunktsamtal.
- Under året har verksamheten förbättrats gällande tydlighet med dokumentation vid brytpunkts samtal samt att upprätta vårdplan vid livets slut.
- Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att förbättra dokumentation om beslut av mänsklig närvaro samt smärtskattning.
- Arbetet med nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) kommer att implementeras under det kommande året. Utbildning av all personal sker under januari/februari 2025. De palliativa ombuden kommer vara delaktig i utbildningen av ny personal samt att driva arbetssättet.
- En tydlighet över insatser och kontroller kommer att kunna följas, till exempel skall smärtskattning göras var fjärde timme av sjuksköterska i tjänst. I och med NVP ska den boendes individuella behov tillgodoses flera gånger dagligen samt vid behov.
- BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) och därigenom öka personens livskvalitet.
- Vi har under året utbildat administratörer samt personal i arbetet med BPSD registret. Under senare delen av 2024 har arbetet med registrering påbörjats och 16 av 40 boende med demensdiagnos finns i registret.
- Arbetet med att teambaserat utveckla vårdåtgärder och följa upp dessa har inte kommit lika långt men är på god väg och kommer att fortsätta under 2025.

Egenkontroll gällande delegering och läkemedel utfördes i början av året. Brister uppmärksammades.

- Bland annat hade utbildningar i Humanas Lärportal ej gjorts regelbundet och inför förnyelse av delegering.
- Delegeringar hade ej godkänts och signerats av all delegerad omvårdnadspersonal.
- Vid analys och arbete med handlingsplan kunde verksamheten identifiera brister i hur utbildningar loggats samt att delegering kunnat utföras trots ogiltig delegering eller osignerad delegering.
- Åtgärder har lett till att delegeringar numera sker i samma system som läkemedel signeras i (SignIt) och att kontroll av utförda utbildningar och tester kontrolleras i lärportalen. Samt en tydlighet i vilka utbildningar som ska göras inför delegering, eller förnyelse av delegering.
- En ytterligare åtgärd som införts, är att administrationen vid delegering sker i den digitala signeringsmodulen, SignIt. Detta har lett till bättre kontroll avseende att delegeringarna avslutar automatiskt när delegeringen upphör eller ska uppdateras, man kan ej signera insatser som man ej har delegering för.
- Som tidigare syns det i systemet när läkemedel ej givits vid rätt tidpunkt och att läkemedels administrering glöms bort. Vi har även haft en del driftstopp varpå en tydlig signeringslista (pappersdokument) och rutin för detta implementerats i verksamheten.

4.4.1 *Avvikelser*

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

All personal uppmuntras att skriva avvikelser i avvikelssystemet DF-respons, där de ska skriva rapportera händelser och risker. För ny personal är utbildning i DF respons obligatorisk och finns i Humanas lärportal. Återkoppling sker till den som rapporterat samt följs upp i olika mötesforum. Det är vanligare att händelser/avvikelser rapporteras än rapportering av risker.

Under 2024 har två händelser utretts som Lex Maria men ingen har anmälts till IVO.

Vi har under året återkallat flera delegeringar av olika anledningar, dels i samband med att dospåsar manipulerades och narkotika försvann. Även i samband med att dubbel dos insulin gavs. Vi har även dragit in delegeringar där vi uppmärksammat att man ej följt gällande rutin.

I slutet av 2023 samt under den första delen året inträffade avvikelser gällande svinn av narkotiska preparat uppmärksammas och det har förekommit att dospåsar manipulerats genom att läkemedel bytts ut och läkemedel som försvunnit. Händelsen är polisanmäld.

En allvarlig avvikelse gällande dubbel dos med insulin har lett till ett förbättrat med hjälp av en checklista.

Lärdomar som drogs i samband med utredningarna är vikten av att alltid signera läkemedel efter att patienten fått sitt läkemedel samt att stämma av med sina kollegor hur uppdelningen är vilka patienten man ger läkemedel till. Vi har även lärt oss vikten av att rätt antal läkemedel ligger i dospåsar och att de är intakta. Vi poängterar även att inte stressa och gärna säga högt för sig själv de 5 R:en rätt patient, rätt läkemedel, rätt dos (antal), rätt administrationssätt och rätt tid.

Under 2024 har 148 st avvikelser avseende läkemedelshantering blivit inrapporterade.

138 stycken fall har inrapporterats under 2024. Fysioterapeut har utrett de flesta fall avvikelserna under tidigare år men under året har ett utökat samarbete med sjuksköterskorna och fler avvikelser har utretts i ett interprofessionellt team.

Både fall och läkemedelshantering är underrapporterade och fler faktiska avvikelser har inträffat. Verksamheten uppmuntrar ständigt all personal att rapportera avvikelser som fall och läkemedels händelser.

Arbetet med åtgärder som vidtagits har förbättrats under året då vi blivit bättre på att utreda och analysera avvikelser. Under 2025 kommer fokus att ligga mer på delaktigheten vid utredning både och göra riskbedömningar för att förbättra vården ytterligare. Då vi under 2025 implementerar ett nytt avvikelssystem kommer verksamheten behöva fokusera på arbetssättet kring detta.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren är skyldig att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter kan lämnas till verksamheten på olika sätt. Kunder och närstående kan bl.a. ta kontakt direkt med personal eller verksamhetschef i personligt möte, via telefon eller mail. Det finns också möjlighet att göra ett skriftligt klagomål via broschyr. I verksamhetens entré finns broschyren lättillgänglig för närstående och boende och den skickas även med i det inflyttningsmaterial som kund och närstående erhåller när de tackat ja till plats på boendet. Det går även att vända sig till kommunen eller patientnämnden som då tar kontakt med verksamheten. De flesta klagomål

inkommer via telefon eller mail till verksamhetschef.

När synpunkt eller klagomål kommer till verksamhetens kännedom återkopplas snarast till patient/närstående som inkommit med klagomålet, men senast inom sju dagar. Avvikelser, synpunkter, klagomål och förbättringsförslag registreras i avvikelssystemet DF Respons.

Internutredning genomförs och återkopplas sedan till rapportören. Utifrån den inkomna synpunkten/klagomålet kan processer och rutiner behöva ses över och utvecklas.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs inför kvalitetsråd av verksamhetschef. Vid arbetsplatsträff återförs information till personal över de klagomål och synpunkter som inkommit.

Under 2024 inkom åtta stycken klagomål /synpunkter från kund eller närstående. Bland annat har synpunkter inkommit gällande hantering av hörapparater, Sår, läkemedelsstöder och läkemedel på rätt tid.

Hörapparater Vi har på arbetsplatsträff fått föreläsning av hörapparater med syn och hörsel instruktör från Vårdbolaget TioHundra.

Vi har tydliggjort med skriftlig hantering samt lagt in utförd insats i signeringssystemet.

Vi har uppmärksammat kontaktmannens ansvar i att visa hur den boendes hjälpmedel fungerar till all ny personal.

Sårvård Vi blev uppmärksammade på att en boendes sår inte hanterades på ett patientsäkert sätt, att det inte blivit omlagt enligt ordination.

Vi uppmärksammade bristande dokumentation, avsaknad av vårdplan.

Det fanns inte dokumenterade uppföljningar och delegerad personal som utförde omläggningar signerade inte utförd insats.

Läkemedel Brister i kommunikation samt att tid mellan läkemedelsdoser även att vi ej läkemedel när boende tackar nej. läkarsamtal och försökt anpassa tiderna efter den boendes behov.

Läkemedelssvinn Har vi aktivt arbetet med under större delen av året, handlingsplan upprättades och åtgärder har följts.

En extern avvikelse gällande HSL inkom under året.

Flertalet Fall- bristande tillsyn. Patienten hade ej sjukdomsinsikt och överskattade sin förmåga, vi hade rörelselarm, anpassningar av hjälpmedel och täta tillsynsbesök trots detta försökte den boende att utföra förflyttningar självständigt.

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



Med fler undersköterskor och sjuksköterskor samt med utbildningar och diskussioner vid arbetsplatsträffar, teamträffar och kvalitetsråd, medvetandegörande av vad som klassas som vårdskador och hur vi kan förebygga dessa kommer att leda till ett mer patientsäkert arbete.

Vissa risker och händelser kommer att undvikas när kommunikationen och dokumentationen fungerar patientsäkert. Att rapportera både muntligt och skriftligt på ett strukturerat sätt leder till att det blir tydligare och korrekt. Detta kräver dock fortsatt träning och utbildning i SBAR och är något som verksamheten kommer fortsätta arbeta med 2025.

En ökad riskmedvetenhet och beredskap är även viktigt med tanke på världsläget och att utarbeta en konsekvensanalys utifrån MSB riktlinjer är något som verksamheten ska vara beredda på, vad händer tex vid ett längre strömbrott, bristande läkemedelsförsörjning, dataintrång, skyddsutrustning för säker vård med mera. Hur säkerställer vi en god vård och omsorg? är frågor vi tar med oss in i 2025.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Målen för 2024 har ej helt nåtts och arbetet med att nå dem kommer fortsätta under 2025

Nattfastan ska inte överstiga 11 timmar för någon som inte själv väljer det. -HUR; Arbeta aktivt med nutrition och på vilka sätt vi kan bryta fastan på ska prioriteras under året, få omvårdnadspersonal att vara delaktiga och att nattpersonalen blir ansvariga för sin del. Resultatet mäts vid nattfaste mätningar samt egenkontroller att insatta åtgärder följs.

Målvärden för kvalitetsindikationerna i palliativa registret ska nås (god och jämlik palliativvård).- HUR; genom att implementera NVP , nationell palliativvårdplan . Resultatet mäts i spindel diagrammet på palliativa registret samt vid dokumentations granskningar.

Vårdplanerna ska ha tydliga mål och tid för utvärdering.-HUR; Fortsatt gemensamt arbete med legitimerad personal att förbättra dokumentationen. Genom personcentrerade mål (SMART målformulering) . Resultat mäts genom egenkontroller och kollegial dokumentations granskning

Säkerställa att all personal följer rutiner kring rapportering och dokumentation.-HUR; Följa upp nyanställda och vara aktiv i gruppen för att säkerställa att de följer rutin samt vid avstämning "Gröna korset" fråga om de läst aktuella journalanteckningar. Resultat kan ses genom att fler dokumenterar, skriver avvikelser och att nyanställda snabbare blir delaktig i omvårdnadsarbetet.

Inkontinens alla ska ha individuellt anpassade hjälpmedel- HUR; strukturerat arbetssätt, med planering, behandling, utvärdering och personcentrerade vårdplaner. Resultat att den boende har ett fungerande hjälpmedel och även via egenkontroller.

BPSD registrering i BPSD för att få verktyg att underlätta i bemötandet med boende med kognitiv sjukdom med särskilda symtom.- HUR; Att verktyget används på ett strukturerat sätt för att se vilka behov som den boende har och hur vi kan stötta den boende att bemöta hen och kommunicera på ett bra sätt. Resultat ses via egenkontroller följa upp att alla använder sig av verktyget, vilka bemötande och kommunikations planer som man provar och som fungerar.

Fortsatt implementering med dagliga avstämning mellan HSL-personal och omvårdnadspersonal med hjälp av "gröna korset" på samtliga våningar. -HUR; Att det prioriteras dagligen och att vi fokuserar på syftet och att rätt frågor ställs -Syfte: Reflektera över dagen , tillsammans utvärdera om det varit några vårdskador, tillbud eller risker för de boende under dagen. Vad som kunnat gjorts bättre och vad det kan ha berott på.- Mål: Minimera patientskador, förbättra arbetsmiljön.- Utvärderas regelbundet: Vid kvalitetsråd och APT

ViSam (Samverkansmodell för planering och informationsöverföring)- HUR Att utbilda och fortsätta implementera arbetssättet , säkerställa att vi arbetar lika även under jourtid för att få strukturerade bedömningar och att vi vårdar de boende med rätt vårdnivå. Vi behöver arbeta med hur dokumentationen ska göras och att rutiner följs. Resultat ses vid dokumentations granskningar och vid vårdövergångar.

Fokus för 2025 handlar om att fortsätta arbetet med att öka patientsäkerheten på Humana Norrtälje Hamn.

- Att smärtskatta boende i högre grad för att identifiera smärta vid kognitiv sjukdom, palliativ vård , akut och kronisk smärta är prioriterat område. För att identifiera olika upplevelser av smärta och olika besvär, bör vi göra en

smärtskattning för att kunna erbjuda bästa möjliga smärtlindrande behandling.- HUR genom att implementera arbetssättet i omvårdnaden och att få skattningen som en del i mötet och omvårdnaden med våra boende. Smärtskattning finns redan som en del i kvalitets registren tex BPSD och palliativa registret samt vid den palliativa vården. Men vi kommer även att aktivt använda smärtskattning som en del i vårt förebyggande, utredande och behandlande arbete tillsammans med de boende. Resultat följs upp och utvärderas löpande.

- Att få boende och dess anhöriga mer delaktiga i sin vår- HUR-redovisa resultaten från riskbedömningar och åtgärder för boende och anhöriga att de är delaktiga i vården. Resultat i brukarundersökningen
- Arbetet med delegeringar och läkemedelshantering ska prioriteras under året. HUR- Utbildningar för omvårdnadspersonal (Norrtälje kommun och KSON) har utbildningsplatser under våren för en tre timmars utbildning. Säkerställa och tydliggöra delegerings processen att sjuksköterskorna följer samma rutiner och checklistor vid delegeringar. Lokal instruktion upprättas. Resultat ses vid egenkontroller.