Patientsäkerhetsberättelse
För Kavat Vård AB / Krögaren Muraren
2024

2025-02-27
Ansvarig för innehåll: Emma Teiwik

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av 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.

Innehåll

SAMMANFATTNING 4

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 4
Engagerad ledning och tydlig styrning 4
Övergripande mål och strategier 4
Organisation och ansvar 4
Samverkan för att förebygga vårdskador 5
Informationssäkerhet 7
Strålskydd 8
En god säkerhetskultur 9
Adekvat kunskap och kompetens 9
Patienten som medskapare 10

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 12
Öka kunskap om inträffade vårdskador 16
Tillförlitliga och säkra system och processer 16
Säker vård här och nu 17
Riskhantering 17
Stärka analys, lärande och utveckling 17
Avvikelser 19
Klagomål och synpunkter 20
Öka riskmedvetenhet och beredskap 21

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 21

Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

SAMMANFATTNING

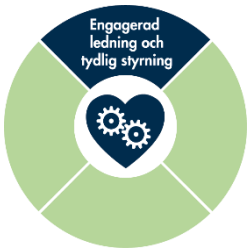
Patientsäkerhetsarbetet har under 2024 år bedrivits i enlighet med Kavat Vårds regler och rutiner för hälso- och sjukvården som är baserade på hälso- och sjukvårdslagen. I patientsäkerhetsarbetet ingår att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador, utföra riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt att anmäla händelser som hade kunnat medföra allvarliga vårdskador.

Under året har arbetet med att säkerställa processer utifrån resultat i egenkontroller lett till vissa förbättringsåtgärder. Ett av dem har varit att förbättra förberedelser inför, genomförandet av samt efterarbete av det tvärprofessionella temamötet, omvårdnadsmötet, med efterföljande vårdplanering. I detta har nytt material framtagits som underlättar för sjuksköterskan att strukturera och planera och därmed genomföra möten enligt årsplanering. Uppföljning av att arbetet framskrider har skett genom avstämning mellan verksamhetschef och sjuksköterska samt journalgranskning.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.
För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning



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

Övergripande mål och strategier

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

Kavat Vård ansvarar för att hälso- och sjukvården är av god kvalitet och säker.
Boende ska erbjudas en trygg, säker och lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för personens integritet och självbestämmande. Boende och närstående ska involveras i vården.
Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för verksamheten är ändamålsenlig med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

Övergripande mål:

- Alla ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Alla boende ska ha en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad
- Alla boende där man finner en risk ska ha en vårdplan upprättad med mål och åtgärder. Den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla boende som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert och Svenska Palliativregistret
- Alla boende i livets slut ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer.

- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan yrkeskategorier.
- Säkerställa att de boende som är i behov av inkontinensskydd har ett korrekt individuellt utprovat och ordinerat skydd av en sjuksköterska med ansvar för detta.
- Arbeta aktivt och konsekvent med personlig kompetensutveckling av alla medarbetare
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien i vård och omsorg

Målet är att vår kvalitet ska stämma överens med Kavat Vård övergripande riktlinjer vad gäller avvikelser, klagomål, egenkontroll, kvalitetstillsyn, dokumentation och systematiskt förbättringsarbete.

Våra strategier för att uppnå detta är att fortlöpande göra kontroller av dokumentationen, arbeta aktivt med avvikelser samt att ha ett nära samarbete mellan de olika yrkeskategorierna runt den boende genom omvårdnadsmöten.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1
Kavat Vård ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kavat Vård ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en trygg och säker vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Kavat Vård ansvarar för att anmäla händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicyn. Operativ chef ansvarar för att följa upp kvaliteten i verksamheten månadsvis.

Verksamhetschefen ansvarar för att
- vården drivs utifrån gällande lagar och författningar
- säkrar att bemanningen är optimal för att uppnå god och säker vård
- bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- ansvarar för att patientsäkerhetsarbete och kvalitetsarbete utförs i enlighet hälso- och sjukvårdens regler och rutiner
- ansvarar för att hälso- och sjukvårdpersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk anmäls till ledningen och Socialstyrelsen.

Kavat Vårds kvalitetschef/medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- bevakar att hälso- och sjukvården uppfyller de krav som ställs för att vården ska vara god och säker.
- utarbetar riktlinjer och rutiner samt följer upp att dessa efterföljs (SFS 2010:1369). MAS informerar också ledning och verksamheterna om förändringar i lagstiftning eller andra övergripande förändringar i bestämmelserna som berör hälso- och sjukvård.
- medverkar i utarbetandet av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt deltar i riskinventeringar och förebyggande åtgärder.
- har i uppdrag att göra anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om en vårdtagare i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk för allvarlig skada.

Hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster)

Sjuksköterskor:

- arbetar i enlighet med regler och rutiner för hälso- och sjukvården.
- ansvarar för bedömning, planering och utförande av omvårdnad och medicinska åtgärder i samråd med läkare.
- ansvarar för vårdplanering och utförande av vårdplaner, vid behov i samråd med fysioterapeut och arbetsterapeut
- ansvarar för läkemedelshantering och delegering till omvårdnadspersonal
- dokumenterar i omvårdnadsjournaler
- rapportera risker och händelser/avvikelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada till verksamhetschef och MAS
- utför riskbedömningar för fallolyckor, trycksår och undernäring enligt givna mallar
- ansvarar för att leda och handleda omvårdnadspersonalen i omvårdnad
- ansvara att arbetet utförs i team med övriga professioner runt den boende
-

Arbetsterapeut

- ansvarar för att bedöma den boendes aktivitetsförmåga och behov av hjälpmedel
- ansvara för att bedömningen följs upp och har aktuell aktivitetsstatus och hjälpmedelsbehov
- ansvara att arbetet utförs i team med övriga professioner runt den boende

Fysioterapeut

- ansvarar för att bedöma den boendes aktivitetsförmåga och gång/förflyttning/rörelseförmåga samt hjälpmedelsbehov
- ansvara för att handleda och utbilda omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik
- ansvara att arbetet utförs i team med övriga professioner runt den boende

Omvårdnadspersonal

- har skyldighet att följa de regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården
- medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser enligt rutin.
- med delegering utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter och vara väl förtrogen med riktlinjer och rutiner som rör de uppgifter som delegerats

Bitr. verksamhetschef/administratör

- ansvara för bemanning och i uppdraget ingår schemaläggning, tidsrapportering, koordinerar utbildningar samt bistår verksamhetschefen inom fler områden

Koordinatorer

- leder den dagliga planeringen på våningen
- bistår verksamhetschefen inom flera områden (kontroller, arbetsplatsledning på våning m fl)

Aktivitetsansvarig

- ansvarar för att aktivitetsschema för varje vecka utformas
- aktiviteterna kan bl a vara firande av stora som små högtider, träning för de boende, utevistelser, underhållning mm

Vårdhygien

- Vårdhygien Stockholm stödjer medarbetare och chefer i arbetet med att förebygga smittspridning och infektioner. De erbjuder utbildning i Basala hygienrutiner med diplom

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker internt och externt. Det förebyggande arbetet och identifieringen av risker involverar hela teamet kring kunden. Omvårdnadspersonal har en viktig uppgift genom att observera risker då de dagligen arbetar nära de boende. Samverkan behövs oftast kring det förebyggande arbetet med trycksårsrisk, fallrisk, risk för undernäring och munhälsa. Intern informationsöverföring är viktig för patientsäkerheten.

Vi har regelbundna tvärprofessionella teammöten, hos oss kallade omvårdnadsmöten, tillsammans med omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt arbetsterapeut och fysioterapeut för att identifiera risker. Alla boende skall tas upp i omvårdnadsmöte minst 2 ggr/år. Vid varje möte diskuteras planerad boende angående riskbedömningar, vårdplaner, handlingsplaner, rehab, genomförandeplaner och övriga ärenden. Här har man möjlighet att föra en diskussion kring hur vi på bästa sätt kan genomföra en god och säker vård för varje individ.

På Krögaren och Muraren har vi omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på plats alla dagar under dagtid. Övrig tid har vi en extern sjuksköterskepatrull. Rapportering mellan patrullen och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor sker via en mailfunktion i vårt dokumentationssystem.

Omvårdnadspersonal kontaktar jourhavande sjuksköterska per telefon. Avstämningsmöten mellan verksamheterna sker regelbundet samt dialog förs om någon avvikelse/händelse uppstår. Avvikelser anmäls även skriftligt på Adepts hemsida via avsett formulär.

En gång per månad har vi avstämningsmöte mellan verksamhetschef och sjukskötersketeam för att identifiera risker och analysera/åtgärda avvikelser.

Varje vecka träffas Rehabteam och sjuksköterskor för att göra en avstämning av behövda insatser.

Kavat Vårds MAS finns tillgänglig för verksamhetschef för avstämningar och dialoger vid händelser.
Norrtälje kommuns (KSON) MAS har ett nära samarbete och verksamhetschef deltar på de möten digitaltdenna kallar till. Vi har också förmånen att få ta del av Norrtälje kommuns utbildningar.

På Krögaren/ Muraren har vi patientansvarig läkare från Capio Legevisitten som kommer till oss en gång i veckan, övriga vardagar dagtid har sjuksköterskan möjlighet att kontakta läkaren per telefon. Där har sjuksköterskan möjlighet att ta upp aktuella problem/ärenden kring den boende som ej kan vänta till nästa rond. Vid behov görs hembesök hos den boende. Alla som önskar kan lista sig hos dessa läkare men självklart kan patienten även lista sig hos vilken läkare man vill, rutiner finns då för hur och när den läkaren skall kontaktas samt hur samarbetet skall ske. Under 2024 var alla boende listade hos Capio.

Läkarorganisationen har också ansvar för jourverksamheten på enheten.

Avtal finns med Apoteket AB avseende kontroll av läkemedelshantering. Utsedd person från Apoteket AB kommer till verksamheten och genomför tillsammans med Kavat Vårds MAS och en sjuksköterska kontroll att arbetet sker efter gällande föreskrifter.

Samverkan äger rum med andra vårdgivare (främst informationsöverföring) inför inflyttning på Krögaren/ Muraren för att säkerställa att patientsäkerheten kan upprätthållas.

Samverkan med boende, närstående och frivilligorganisationer sker kontinuerligt.
Boenderåd genomförs 4 gånger per år där möjlighet till att diskutera och ställa frågor kring våra processer och rutiner i verksamheten.
Under 2024 har vi haft två fysiska närståendemöten.
Kontakt med närstående hålls regelbundet via telefon och mail både med omvårdnadspersonal, sjuksköterskor samt verksamhetschef.

Två gånger per år erbjuds boende och närstående en vårdplanering. Dessa sker fysiskt men kan erbjudas via telefon/digitalt om närstående så önskar.

Kavat Vård har avtal med en dietist som kan rådfrågas i bedömningar och som kan ge rekommendationer kring nutrition/måltider.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §
Kavat Vård har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkrar verksamheten informationen. Vi följer GDPR och hanterar personuppgifter enligt detta.

För att säkerställa att behörigheter inte missbrukas och intrång i journal sker loggkontroll en gång i månaden. Inga avvikelser fanns under 2024.

Vid inflytt tillfrågas den boende om samtycke till informationsöverföring, utlämnande av information om hälsotillstånd samt registrering i nationella kvalitetsregister. Dessa samtycken uppdateras en gång per år. Samtycke kan alltid återkallas enligt den boendes önskemål och detta dokumenteras då i journalen.

Vi arkiverar enligt gällande styrdokument.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §
Ej aktuellt.

En god säkerhetskultur

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

Kavat Vård har ett övergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter i bolaget. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa. Här finns samtliga policys, rutiner och riktlinjer samlade och är lättåtkomliga för samtliga anställda inom verksamheten. Samtliga anställda erbjuds utbildning hur man hittar respektive rutin och riktlinje i samband med nyanställning.

Alla medarbetare har kunskap om hur Kavat Vårds rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. Genomgång sker på varje ledningsgrupp och arbetsplatsträff. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef (MAS) och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig (MAS).
Ledningsgruppsmöte är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs sedan till medarbetare på APT och/eller boende, närstående eller andra intressenter beroende på händelsens art.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.
Ett hjälpmedel till detta är vårt arbete i Senior Alert där vi undersöker ev risker (ex fall och nutrition).

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget. Verksamhetschef, Operativ chef och Kvalitetschef/MAS har månatliga uppföljningar.

På Krögaren/ Muraren dokumenterar all personal avvikelser direkt i journalsystemet SafeDoc. Sjuksköterskorna gör uppföljning av HSL-avvikelser (vid fall i samråd med arbetsterapeut/fysioterapeut) och verksamhetschefen ansvarar för att SoL-avvikelser åtgärdas och följs upp. Samtliga avvikelser kommer till verksamhetschef som snarast tar emot dessa för att hålla sig uppdaterad.
Uppkomna avvikelser vad gällande HSL följs upp på kommande ledningsgruppsmöte som sker 1 gång/månad, samt på den månatliga månadsavstämningen mellan sjuksköterskor och verksamhetschef. Där går vi igenom avvikelserna, analyserar och diskuterar fram åtgärder och förslag för att minska risker för nya avvikelser samt tittar på hur vi kan förbättra vården för våra boende. Vid behov involveras även medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) i vårt arbete med att säkerställa rutiner för att öka säkerheten för våra boende. De avvikelser som direkt berör boenden bearbetas vidare på kommande omvårdnadsmöte där sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal (kontaktperson) samlas.

Vid brister i arbetsmiljön skapas även här en avvikelse på avsedda blanketter och behandlas av verksamhetschef/ledningsgruppen. Dessa ärenden behandlas i samma mötesforum som beskrivet ovan.

Årligen görs en egenkontroll i form av en enkät till alla medarbetare för att göra en kulturmätning av patientsäkerheten. Detta för att kontrollera vilken uppfattning/kunskap medarbetarna har om sitt egna arbete/kunskap om patientsäkerhet.

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.
Utbildningar och tid för utbildning har erbjudits under 2024. Dessa har varit via webben eller på Krögaren/Muraren/Kavats vårds huvudkontor samt externt via KSON/PKC.

Följande utbildningar har genomförts:

- Förflyttning/ergonomi
- Säker vård
- Handledarutbildning
- Basal Hygienrutiner i vård och omsorg
- Demens ABC och ABC+
- Nollvision
- Utbildning i förskrivning av madrasser
- Utbildningar via Apoteket gällande delegering och läkemedelshantering (SSK)
- Munvårdsutbildning
- Utbildning kring hantering av värmebölja
- HSL-nätverksträffar (internt Kavat Vård)
- Utbildning för SSK i fördjupade arbetssätt

Lokal rutin finns för att säkerställa bemanningen på alla avdelningar. Vid specifika omvårdnadsåtgärder som kräver specifik delegering förs en dialog med verksamhetschef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska i hur detta ska säkerställas under dygnets alla timmar.

Det dagliga arbetet för undersköterskans planering följs upp i egenkontroll av verksamhetschef. Likaså sjuksköterskans struktur och årsplanering av att följa upp status, riskbedömningar, vårdplaner, utföra omvårdnadsmöte och vårdplanering.

Sjuksköterskor närvarar på regelbundna HSL träffar som leds av MAS samt vid erbjudna utbildningstillfällen.

Patienten/boende 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.

Samverkan med patient/boende och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Boende och närståendes erfarenheter och synpunkter är viktiga för utvecklingen av enheten. Vi informerar närstående om verksamheten via månadsbrevet som verksamhetschefen skickar ut varje månad till alla närstående samt nyckelpersoner hos uppdragsgivaren. Dessutom skickar Kavat Vårds VD ut ”Kavatnytt”

till medarbetare varje månad. I brevet redogörs för förändringar som genomförts eller kommer att genomföras, personalsituationen samt andra händelser av vikt.

Vid inflyttning på Krögaren Muraren erbjuds alltid ett ankomstsamtal tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) där närstående utifrån den boendes önskemål deltar. Vid detta samtal involveras närstående och den boende om hur vi arbetar på ett förebyggande sätt för att minimera risker för att vårdskador ska uppstå och att de erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Det viktigaste forumet är sedan vårdplanering som sker tillsammans med boende och närstående. Detta erbjuds 2 veckor efter inflyttning och sedan 2 gång per år eller oftare vid behov. Men det sker också i den dagliga omvårdnaden genom information och inhämtande av samtycke/presumtivt samtycke gällande vård- och behandling samt riskförebyggande arbete.

Vårdplanering har erbjudits i samband med inflyttning och var 6:e månad. Detta har vi uppfyllt 2024.
Vi har under Q4 2024 infört ett nytt planeringsverktyg för sjuksköterskorna som förenklar deras planering av omvårdnadsmöten och Vårdplaneringar. Under Q1 2025 skall alla boendes omvårdnadsmöten och vårdplaneringar vara inplanerade för hela det kommande året. Justeringar kan komma att ske under året.

Det finns en kontaktperson till varje boende. Denne känner den boende särskilt väl och håller regelbunden kontakt med närstående och ev god man enligt deras önskemål. Kontaktpersonen finns för den boende för att skapa en trygghet och för att bidra till en god kontinuitet och hög kvalité. Kontaktpersonen är den som tillsammans med den boende och/eller närstående upprättar en genomförandeplan. Genomförandeplanen är skapad utifrån den boendes personliga perspektiv och har personliga mål som ska säkerställa den boendes välbefinnande och livskvalité.

Synpunkter och klagomål
Vid inflyttning på Krögaren Muraren informeras boende och anhöriga om Kavat Vårds blanketter för synpunkter och klagomål. Dessa finns på alla våningar. Blanketten lämnas sedan i verksamhetschefens brevlåda eller till personalen på våningen. Synpunkter och klagomål kan även lämnas muntligen till verksamhetschefen. Alla synpunkter och klagomål från anhöriga och boende har följts upp skyndsamt enligt gällande rutin. Anhöriga informeras alltid efter de utredningar som har gjorts av de avvikelser som varit. Det kan ske i fysiskt möte eller via telefonsamtal.

Vi genomför regelbundet enkätundersökningar hos de boende för att de ska vara delaktiga och få ett ökat inflytande och framföra synpunkter.

Närståendemöte och boenderåd
Under 2024 har vi haft 2 fysiska närståendemöten per hus. På dessa lämnas information samt att förbättringsförslag från boende och närstående diskuteras. Även resultatet på NBU presenteras.
Vi har under 2024 haft 2 boenderåd. Även på dessa lämnas information samt att synpunkter och klagomål från boende tas upp enligt gällande rutin.

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.

Vi har arbetat systematiskt med egenkontroller enligt rutin. De brister vi såg 2023 har under 2024 förbättras men utvecklingsarbetet kommer att fortsätta under 2025.
Följande egenkontroller är genomförda under 2024:

Egenkontroll	**Omfattning**	**Resultat/Förbättringsområde**	**Planerad åtgärd/ Mål**
HSL granskning av journaler	Stickkontroller varje månad samt samtliga 1 gång per år	Delaktighet i vårdplan saknas i vissa fall. Status är inte alltid uppdaterade för utvalda sökord.	Fortsatta stickkontroller varje månad samt genomgång med SSK på avstämningsmöten med VC
SoL granskning av journaler	Stickkontroller varje månad samt 1 gång per år alla	Hög nivå på Gf-planer generellt. Avsaknad av den röda tråden mellan HSL och SoL i vissa fall samt avsaknad om den boendes framsteg. Noteringar i SoL att omvårdnadsmötet har ägt rum saknas i vissa fall.	Fortsatta stickkontroller varje månad samt granskning utförd av koordinatorer utifrån fokusområden.
Hygienronder	1 gånger per år	Rena ytor på golv i förråd Bättre ordning i städförråd. Mer förvaringsmöjligheter med stängda luckor.	Ansvariga skall utses på varje våning. Sätta upp mer skåp där det finns möjlighet.
Avvikelser	Dagligen, månadsvis sammanställning	Avvikelser skrivs regelbundet men det finns fortfarande avvikelser som inte dokumenteras.	Förtydligande av hur och när man skriver avvikelser (APT, planeringsdag, Ledningsgrupp)
Klagomål och synpunkter	Sammanställning månadsvis	Väldigt få har inkommit.	Fortsatt informera på boenderåd och närståendemöten Hantering av klagomålet i nära händelse
Basala hygienrutiner	4 ggr/år	Att tvätta händer innan användning av handskar är ett utvecklingsområde samt att använda förkläde i samband med renbäddning/ tvätthantering	Regelbundna kontroller samt genomgångar på APT
Inkontinens	1 ggr/år	Det är en stor följsamhet av ordinationer	

MTP	1 ggr/år	Brister i rengöring	Påminna, diskutera på våningsmöten och APT.
Läkemedelshantering	1 gång per år	Goda resultat, ssk behöver dokumentera uppföljning av delegering i Sign It, regelbundna kontroller av datum på läkemedel behövs.	Regelbundna uppföljningar på avstämningsmöte med ssk.
Livsmedelshygien	Dagligen	Brister i dokumentation av temptagning	Framtagning av nya förenklade dokument
SignIt - loggkontroll	1 gång per månad	7% högre andel medicin som är given inom tröskelintervallen mot 2023.	Fortsatt samtal med berörd personal samt täta kontroller/uppföljningar
Patientsäkerhets kulturmätning	1 gång per år	Personalen anser sig ha hög kunskap	Förtydliga vad patientsäkerhet innebär på APT & planeringsdag
Larmlogg	1 gång per månad	God följsamhet av rutin	Fortsatta genomgångar enl rutin
Legionella	1 gång per månad	Stickkontroller. Alla prover u.a	Fortsatta kontroller enl rutin
Kontroll av vårdsängar	1 gång per år	Alla sängar kontrolleras av utbildad personal	Bra resultat och ev brister åtgärdas omgående enl rutin

Sammanfattning: Planeringen för omvårdnadsmöten och vårdplaneringen har varit svår att följa. Nytt verktyg (dokument) har tagits fram för att förenkla sjuksköterskornas planeringsarbete.
Vi ser ett fortsatt utvecklingsområde inom fler områden men att inga större brister som påverkar säkerheten har upptäckts.

Avvikelser

Samtliga avvikelser tas om hand omgående och utreds och återkopplas till berörda parter. Detta sker i vårt dokumentationssystem SafeDoc. Dessa hanteras av VC/SSK/Rehab och sammanställs och gås igenom på APT och på lokal ledningsgrupp. Sammanställning sker månadsvis och redovisas på verksamhetsuppföljningen varje månad. Vid allvarliga avvikelser finns rutin för verksamhetschef att kontakta MAS omgående.

Senior Alert

Samtliga boende som bor på Krögaren Muraren registreras efter samtycke i Senior Alert. Risker som mäts i Senior Alert är trycksår, fall, undernäring samt ohälsa i munnen. Om risker identifieras skapas åtgärder och vårdplaner för att om möjligt ta bort eller minska risken.
Dessa risker och vårdplaner följs sedan upp minst var 6:e månad samt 1 gång/år vid verksamhetens egenkontroll av HSL.

Svenska Palliativ registret

Samtliga boende som bor på Krögaren/ Muraren registreras i Svenska palliativregistret när de avlider. Detta följs upp på möten mellan SSK/VC 1 gång /månad samt 1 gång/ år vid verksamhetens egenkontroll HSL.

Vi har strukturerad journalgranskning två gånger per år. Under 2025 kommer verksamhetschef granska ett mindre antal journaler varje månad för att snabbare återkoppla eventuella brister till sjuksköterska.

Egenkontroll livsmedel
Kontroll utförs dagligen genom checklistor som finns på varje våning och följs upp av verksamhetschef varje månad.

Egenkontroll läkemedelskvittering/signering

Verksamheten använder den digitala applikationen SignIt för digital signering av läkemedel. En påminnelsefunktion hjälper undersköterskorna att utföra insatsen i tid. Signeringen av överlämnande görs i realtid, dvs när det sker.

Kontroll utförs månadsvis för varje boende av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

PPM – Punktprevalensmätning

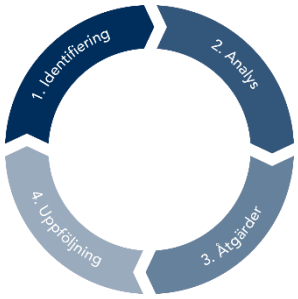
Punktprevalensmätning utförs på följsamheten av Basala hygienrutiner. Detta görs minst 4 ggr/år

Egenkontroll HSL

Egenkontroll HSL görs dels stickprover varje månad samt på alla boende 1 gång/år av verksamhetschef samt sjuksköterskekoordinator. Detta redovisas sedan till verksamhetens MAS.

Egenkontroll SoL
Egenkontroll Sol görs dels stickprover varje månad på minst 4 boende. Utöver dessa så genomförs en stor kontroll 1gång/år

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



Egenkontroll

Vid egenkontrollen av hälso-och sjukvårds journalerna ser vi att det finns riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt vårdplaner för samtliga boende. Planer och bedömning kring begränsningsåtgärder, inkontinens, munhälsa och sond finns i förekommande fall.
Hälso- och sjukvårdsdokumentationen: Förbättring bör ske gällande boendes delaktighet i vårdplanering. Status ska finnas på beslutade sökord och inte vara äldre än ett år. Statusanteckningarna kan fortsatt utvecklas så att omvårdnadsprocessen med bedömning, åtgärd, uppföljning och utvärdering av tydliggörs.

Alla boende har vårdplaner utifrån riskområden. Inkontinens, läkemedelshantering är de vanligaste vårdplanerna.

Alla boende har en aktuell riskbedömning för riskområdena och Senior Alert är uppdaterat.

Sammanfattning av egenkontroll HSL:

Vid egenkontrollen HSL har verksamheten upptäckt vissa brister i användandet av handskar, handsprit och plastförkläden. Verksamheten kommer under 2025 fortsätta att göra fler regelbundna kontroller. Under våren 2025 fortsätter arbetet med att all personal ska utföra den nya webbutbildningen i Basala Hygienrutiner.
I egenkontrollen av Inkontinens konstateras att verksamheten inte gör några större medicinska utredningar men att de utredningar som görs dokumenteras i Attincare och i vårdplanen. Stor följsamhet gällande ordinationer.
I egenkontrollen av MTP konstateras att verksamheten följer alla rutiner gällande service, registrering och föreskrivning. Dock har rutinen gällande rengöring brustit i några enstaka fall.

Avvikelser

Antal avvikelser under 2024 var 527 stycken (*jmf 2023 679* st), fördelat på 331 (*438*) fall, 135 (*146*) läkemedel och 61 (*95*) övriga avvikelser.

Analys: uppfattningen är att skrivna avvikelser ger en bild som kan stämma med verkligheten. Verksamheten är bra på att dokumentera avvikelser, en anledning till att fallavvikelserna var höga 2023 och första halvan av 2024 var på grund av en enskild boende som stod för flertalet av dessa. Under 2024 har sjuksköterskebemanningen varit stabil vilket har lett till färre rapporterade läkemedelsavvikelser Avvikelser diskuteras ofta, hur man skriver, varför och vad det ska leda till. Även om varje avvikelse är en för mycket, måste de dokumenteras för att kunna analysera, åtgärda och utvärdera resultat.

Klagomål och synpunkter

De klagomål och synpunkter som har inkommit har varit få. Ett av dem rörde en hörapparat som gått sönder när personalen tvättat den i tvättmaskinen. Ett annat klagomål inkom från en anhörig som upplevde att en medboende störde ordningen på våningen. Utöver det inkommer det då och då synpunkter kring maten. Gällande maten har vi regelbundna möten/samtal med matleverantören och frågan följs upp på Boenderåd 4 gånger/år.

Under 2024 kommer vi fortsatt systematisera övergripande hur vi arbetar och följer upp klagomål och synpunkter och på så sätt också fortsatt arbeta för att boende känner delaktighet och inflytande i de förbättringar som görs i verksamheten.

Riskanalys

Riskanalyser utförs i nationellt register Senior Alert vid inflytt och följs sedan upp 2 ggr/år. Undernäring, fall, trycksår samt blåsdysfunktion ingår för alla. Utöver detta utförs riskanalys när en risk uppdagas tex suicid, utagerande beteendeproblematik eller om det finns risk för att den boende avviker från verksamheten.

Mål och strategier för kommande år

Övergripande mål för Kavat Vård 2024 är att inga allvarliga avvikelser skall uppkomma pga. av bristande teamarbete.

Rutiner och arbetssätt för teamarbete är upprättad, samt en rutin/checklista har utarbetats för rapportering mellan omsorgspersonal och legitimerad personal utifrån SBAR.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vår målsättning är att fortsätt nollvision skall gälla rörande vårdskador, att sättet att nå dit är genom ett mycket aktivt kvalitets-och patientsäkerhetsarbete.

- Att ständigt arbeta med förbättringsarbete så att alla medarbetare är medvetna om vilka regler och riktlinjer som gäller.
- Läkemedelsrevisioner.
- Regelbundna läkemedelsavstämningar.
- Registrera i de nationella kvaliteters register som Senior Alert, BPSD och Palliativa registret.
- Undvika olämpliga läkemedel till äldre.
- Samarbetet mellan olika personalgrupper - Teamarbete.
- Regelbunden dokumentation av avvikelser.
- Genomgång av synpunkter och parametrar som kommer fram på den årliga nationella brukarenkäten (NBU) , samt de som lämnas in av boende, medarbetare och närstående.
- Systematisera arbetssätt för klagomål och synpunkter.
- Interna och externa utbildningsinsatser för att tillmötesgå vårdtagarnas behov.

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.

Under 2024 har ingen anmälan enligt till Lex Mariaför ställningstagande skickats till IVO . Vården anses vara säker.
Vi har under året gått igenom med all personal gällande vad Lex Maria är och hur man anmäler detta.

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.

Medarbetarna har fått en genomgång av basala hygienrutiner på APT. Hygienombud finns på varje våning. Läkemedelsgenomgång sker minst 2 ggr/år hos varje boende med ansvarig läkare. Krögaren Muraren jobbar enligt Nationella vårdprogrammet för palliativ vård. Detta gör att det blir en god kvalité av den

palliativa vården. Vi registrerar och gör riskbedömningar i Senior Alert, har en säker process i delegeringar samt utför egenkontroller.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Tillförliten anses som god.

Rutiner och riktlinjer är kända och säkerställer våra processer. Uppföljning sker genom egenkontrollerna, där identifieras områden som behöver förbättras. Genom delaktighet i framtagande av åtgärder ökar chansen att nå nya mål. Uppföljningarna är viktiga för att värdet av förändringar ska kännas värdefullt och motiverar till ytterligare utveckling.

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

Rutiner och arbetssätt finns framtagna om ett driftstopp sker av internet eller strömbortfall.
Beredskap finns för större leveransproblem av produkter eller läkemedel. Löpande samarbete mellan Kavat Vårds alla enheter finns samt att det finns ett större lager på huvudkontor.
Sjuksköterskebemanningen är god och alla våra 3 tillsvidareanställda sjuksköterskor har arbetat i företaget under flera år.
Verksamheten gör regelbundet riskanalyser för att säkra vården och omsorgen.
Detta sammantaget har medfört en stabil, trygg och kontinuerlig vård och omsorg.

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.

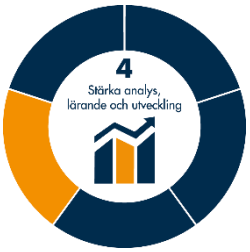
Riskbedömningar avseende fall, trycksår och undernäring är löpande gjorda på samtliga boende samt att vårdplaner har upprättats där risk finns.
Detta för att kunna identifiera och förebygga trycksår, undernäring samt fallskador.

Alla medarbetare har kunskap om Kavat Vårds rutiner för rapportering av avvikelser och att de har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig. Ledningsgruppsmöte är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare på APT, patient, närstående eller andra intressenter.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget.

Avvikelser bedöms i vårt avvikelsesystem från siffra 1-3. Alla HSL-avvikelser utreds av legitimerad personal. Avvikelser diskuteras i ledningsgrupp och omvårdnadsmöten för att finna lösningar och för att minska risken att det ska hända igen.
På Muraren Krögaren träffas ledningsgruppen regelbundet, dvs minst 1 gång/månad. Där går vi igenom avvikelser, diskuterar fram åtgärder och förslag för att minimera risken för att nya avvikelser ska uppstå och även se hur vi kan förbättra vården för våra boende. Verksamhetschef och sjuksköterskor har avstämningsmöten 1 gång per månad där man stämmer av med varandra vilka avvikelser som inkommit för att snabbt kunna åtgärda orsaker till dessa.
På omvårdnadsmöten träffas legitimerad personal tillsammans med omvårdnadspersonal där bland annat patientärenden och Senior Alert tas upp. Sjuksköterskan registrerar i Senior Alert. Vid inflyttning görs en riskanalys av ny boende och denna uppdateras var 6:e månad samt vid förändrat status.

Stärka analys, lärande och utveckling



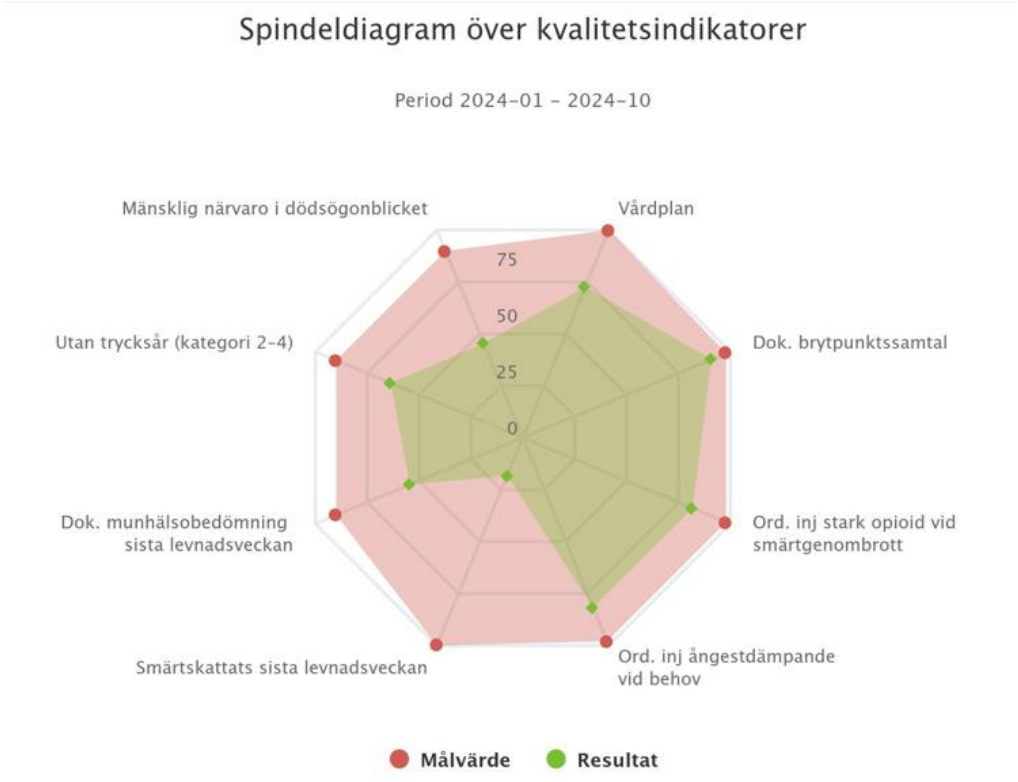
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information
Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning och nationella register.

Under året har tre vårdbiträden valt fortsatt att vidareutbilda sig i syfte att erhålla en undersköterskeutbildning. Samtliga tillsvidare anställda har erbjudits utbildningarna Demens ABC, Demens ABC+ samt Nollvision samt Betaniastiftelsens utbildningar i Palliativ vård, När livet lämnar och Lindring bortom boten. Verksamheten har under 2023-2024 i samverkan med Capio Äldre Mobil drivit projektet ” Från tråd till mantel” som syftar till att höja kompetensen om och utveckla arbetssätt som stärker den palliativa vården och omsorgen. Under året har verksamheten 2 ggr/månad haft palliativa ronder enligt en checklista, haft workshops utifrån de palliativa hörnstenarna med medarbetarna.

Förflyttningsteknik, utbildning i Munhälsovård och värmebölja har även erbjudits under året för samtliga anställda.

Sjuksköterskorna arbetar regelbundet med Senior Alert, palliativ registret samt checklista demens används inför varje omvårdnadsmöte.
Det görs individuella beställningar av inkontinensskydd samt individuellt förskrivna antidecubitusmadrasser vid behov. Sjuksköterskor deltar i fortlöpande utbildningar inom relevant områden.



Statistiken från palliativ registret ovan visar att verksamheten inte har uppnått målvärdet inom alla områden. Totalt har 11 avlidit under 2024.
Smärtskattning sista levnadsveckan, Dokumentation av munhälsobedömning sista levnadsveckan samt mänsklig närvaro i dödsögonblicket är parametrar som verksamheten fortsätter att arbeta med.

Man kan konstatera att vid rutiner för smärtskattning har verksamheten brustit vid 9 tillfällen under året. Dokumentation av munhälsobedömning har skett vid 6 av 11 tillfällen. Att kontroll av hudkostym för att upptäcka trycksår har gjorts vid 7 fall av 11. Verksamheten har en hög följsamhet i delar av det palliativa registreras parametrar, dock finns utvecklingsområden. Dessa områden kommer verksamheten ha som mål under 2025 för att nå målvärde samt bibehålla de målvärden som uppnåtts.

Avvikelser

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

All personal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

Kavat Vård har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.
All personal anmäler avvikelser direkt i vårt system, SafeDoc. När något händer som innebär skada eller risk för skada rapporteras detta till omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskan bedömer vilka åtgärder som ska genomföras för att förhindra skada/lindra skada.
Verksamhetschefen blir även informerad om att risk/skada har uppstått och påbörjar skyndsamt utredningen tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska.
Avvikelser bedöms i vårt avvikelsesystem från siffra 1-3. Är det en avvikelse som genererar allvarlighetsgrad 3, meddelar verksamhetschef Kavats MAS. Alla HSL-avvikelser utreds av legitimerad personal. Avvikelser diskuteras på ledningsgruppsmöten och arbetsplatsträffar för att finna lösningar och för att minska risken att det ska hända igen. Verksamhetschefen deltar både i ledningsgrupp och på arbetsplatsträffar och är den som ansvarar för rutinen, hanteringen av avvikelsen samt är den som avslutar avvikelsen.

Verksamhetschef och legitimerad personal ansvarar för att avvikelsen återkopplas till MAS.
Leder händelsen till en vårdskada gör kvalitetschef /MAS anmälan till IVO.
Ingen Lex Maria anmälan har gjorts under 2024.

Antal avvikelser under 2024 var 527 stycken, fördelat på 331 fall, 135 läkemedel och 61 övriga avvikelser.

Analys: fortsatt hög andel fall, som fram till och med första halva av året uppkom från fall av en och samma boende med stor fallrisk. Läkemedelsavvikelser uppstår till stor del på grund av tappade tabletter som hittas på golvet/ i sängen eller då personal missat att ge apodos/ dosett. Läkemedelsavvikelser har även uppkommit av att sjuksköterska missat att dela dosett eller liknande. Avvikelser diskuteras ofta, hur man skriver, varför och vad det ska leda till. Även om varje avvikelse är en för mycket, måste de dokumenteras för att kunna hitta mönster. Vi kan även se att en del avvikelser har skrivits som inte är en avvikelse.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6
Kavat Vård har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.
Alla synpunkter och klagomål från patienter eller anhöriga registreras som avvikelse. Dessa hanteras därefter skyndsamt och möte planeras in med berörda. På detta möte gås ärendet igenom och åtgärder presenteras.

Information om hur ett klagomål/synpunkt kan lämnas till verksamheten lämnas i samband med inflytt. I de fall den boende ej har förmågan att ta emot den informationen lämnas det till närstående. Under året har 3 klagomål/synpunkter registreras. Varje ärende är behandlat, och i den mån det gått att åtgärda är det utfört. Återkoppling har skett till den person som lämnat in klagomålet.

När ett klagomål eller synpunkter som avser hälso- och sjukvård inkommer ansvarar verksamhetschefen för att informera kvalitetschef/MAS. I samverkan med verksamhetschef och involverad personal görs en utredning

Inga allvarliga klagomål kring vården och omsorgen har inkommit.

De klagomål och synpunkter som inkommit under 2024 har varit kring maten, anhörig som upplevt att medboende stör på våningen och en tvättat hörapparat som gick sönder.
Alla klagomål är enligt rutin åtgärdade och återkopplade till den som framfört klagomålet.

Under 2024 kommer vi fortsatt systematisera övergripande hur vi arbetar och följer upp klagomål och synpunkter och på så sätt också fortsatt arbeta för att boende ska känna delaktighet och inflytande i de förbättringar som görs i verksamheten.

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.

Under 2024 har vi säkerställt bemanning och haft stabilt och god tillgång.
Driftstopp för journalsystem har skett under kortare perioder. Med befintliga rutiner säkerställer vi patientsäkerheten när detta inträffar.

Övergripande riskbedömning med handlingsplan finns för oförutsedda händelser av vikt.
Kris och beredskapsplan finns i företaget dock är detta ett utvecklingsområde under 2025.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Övergripande mål: Vi ska vara bäst på basic genom att följa ledningssystem, profilkoncept och andra styrande dokument

Mål: Inga vårdskador (nivå 3) är vårt Patientsäkerhetsmål.

Mått: Inga allvarliga avvikelser nivå 3.

Handlingsplan | Vård och omsorg

Aktivitet/VAD	HUR	NÄR/frekvens
Fortsatt utveckla patientsäkerheten genom att säkerställa arbetssätten för omvårdnadsmöten, samt dokumentation av dessa i både HSL och SOL ”röda tråden”. Företagsledningen bjuder in till utbildning.	Utse dokumentationsstödjare SOL och HSL. 1 SOL/våning och 1 HSL/verksamhet.	Jan 2025
Fortsatt utveckla patientsäkerheten genom att säkerställa arbetssätten för omvårdnadsmöten, samt dokumentation av dessa i både HSL och SOL ”röda tråden”.	Dokumentationsgranskning via stickkontroll.	Månadsvis vid verksamhetsuppföljning samt vid stora egenkontrollen 1 ggr/år.
Fortsatt utveckla patientsäkerheten genom att säkerställa arbetssätten för omvårdnadsmöten, samt dokumentation av dessa i både HSL och SOL ”röda tråden”.	Börja använda HSL-rapport. Säkerställa att åtgärder i HSL-planer förs in i genomförandeplanen. Dels genom att ssk stämmer av/ tydliggör på omvårdnadsmöten vad som ska föras in i genomförandeplanen, dels genom sol granskningen månadsvis.	Löpande.
Öka förståelsen för och arbetssätten kring vårdavvikelser och patientsäkerhet. (Tips, utgå från resultatet av patientsäkerhetsenkäten).	Gå igenom månadens avvikelser på APT, samt mer ingående gå igen 1-2 avvikelser, som ett lärande i vad som en avvikelser och orsak till att den uppstod. Använd resultatet från patientsäkerhetskulturmätning.	En gång i månaden.
Fortsatt implementera arbetssätt, stöd och uppföljning för HSL-processen.	Fortsätta att fylla i mallen för struktur och dokumentation för ssk.	Fylls i löpande, följs upp månadsvis vid verksamhetsuppföljning.

- Alla medarbetare utvecklar sin förståelse för begreppet personcentrerad vård och omsorg.
- Fortsätta utveckla arbetssätt för att göra den boende delaktig i upprättandet av vårdplaner.
- Gott teamarbete mellan omsorgspersonal och legitimerad personal. Säkerställa att omvårdnadsmöten genomförs enligt upprättad årsplanering där samtliga i teamet deltar.
- Fortsatt stärka det proaktiva arbetet genom att arbeta med risker och utföra riskanalyser.
- Sprida kunskaper och lärdomar från avvikelser och händelseanalyser i högre utsträckning.
- Förbättra uppföljning av åtgärder framtagna från händelseanalyser.
- Dokumentationen är rättssäker och följsam avseende både SoL och HSL. Ett tydligt förlopp ska synas i statusanteckningarna: bedömning-åtgärd-utvärdering.
- Att det ska finnas medarbetare på varje vånings som arbetar som mentorer i bl a dokumentation
- Medarbetarna utvecklar sin förståelse och kunskap kring den palliativa vården.
- Att fullfölja den kompetensutvecklingsplan som finns för 2025.