

Patientsäkerhetsberättelse För Stora Rospiggen Norlandia 2024



Datum 25-02-28

Tanja Kravinskaja, verksamhetschef och Madeleine Lindberg, HSL ansvarig/bitr. verksamhetschef

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
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.....	6
Informationssäkerhet	6
Strålskydd.....	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens.....	7
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Sammanställning av egenkontroller.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering	16
Stärka analys, lärande och utveckling.....	16
Avvikelser	16
Klagomål och synpunkter	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	21

SAMMANFATTNING

Stora Rospiggens äldreboende har 80 egna lägenheter, samtliga med vårdsäng, lyftanordning i tak, handikappanpassat badrum samt personligt trygghetslarm. De 80 lägenheterna är fördelade på 4 våningar, 8 avdelningar som

Fem avdelningar är avsedda för äldre personer med behov av särskilt stöd av vård- och omsorgsinsatser. Och tre avdelningar för äldre personer med demenssjukdom.

Avdelning Penningby, Värnberg samt Noor är avsedda för biståndsbeslut baserade på personer med demenssjukdom.

Stora Rospiggen arbetar med patientsäkerheten fortsätter ideligen och genom övergripande mål och strategier samt ansvarsfördelning beskrivs hur arbetet ska gå till. Interna och externa aktörer, som till exempel läkarorganisation, sjukhus och uppdragsgivare är viktiga kontakter för att verksamheten ska nå målen. En bra kontakt med närstående är av vikt för att verksamheten ständigt ska kunna förbättras.

I det centrala ledningssystemet finns information och struktur över hur risker bedöms, bland annat i enskilt hem eller för enskild boende. I ledningssystemet finns även instruktion över hur bedömda risker och händelser följs upp och utvärderas. Uppföljning sker även i form av egenkontroller.

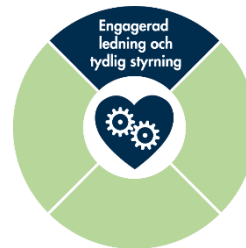
Under 2024 har arbetet med Norlandias ledningssystem, med tillhörande riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhetsarbetet samt händelsehantering fortsatt. Arbetet med egenkontroller har fortgått enligt plan. Befintliga rutiner har genomgått årlig revidering och en del nya lokala rutiner har upprättats för att stärka patientsäkerheten. En del av målen 2024 har uppnåtts och kommer att fortsätta arbetas med kontinuerligt under 2025 för att säkerställa patientsäkerheten.

Förbättringsområden så som ökad kunskap vid palliativ vård, bättre följsamhet inom hygienrutiner, förbättrad läkemedelshantering och registrering av synpunkter och klagomål har identifierats och dessa har resulterat i nya mål för 2025.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 §

Norlandia strävar efter att ge varje boende Ett gott liv varje dag. Vår värdegrund CARE, Competent, Ambitious, Respectful och Empathic genomsyrar hela vår organisation.

Stora Rospiggen arbetar enligt patientsäkerhetslagen. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet styrs i Norlandias kvalitetsledningssystem (TQM) och innefattar riktlinjer och rutiner samt händelseantering och används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Målen för 2023 inkluderade:

1. Fortsätta säkerställa att samtliga medarbetare utför webutbildningar, ex demens ABC, basala hygienrutiner, säker läkemedelshantering, nationella värdegrunden, livsmedelsutbildning (årligen).
2. Fortsätta utveckla kunskap och arbete kring kontaktmannaskap.
3. Fortsätta öka läkemedelssäkerheten
4. Ökad kunskap i fallprevention

Organisation och ansvar

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

Huvudmålet med vårt patientsäkerhetsarbete är säkerställa en god och säker vård. Norlandia äldreomsorgs (benämns Norlandia härafter) ledning fastslår kvalitets-, miljö- samt arbetsmiljöpolicy. Ledningen tar fram övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkerställer resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Norlandia har ett kvalitetsledningssystem som heter TQM (Total Quality Management). Genom TQM säkerställer Norlandia att verksamheten bedrivs ändamålsenligt enligt uppsatta mål, rutiner, metoder och omsorgsprocesser.

Norlandia är indelat i fyra geografiska områden och består av region Stockholm norr, region Mitt, region Öst och region Syd. Varje område leds av regionchef, ytterst ansvarig är driftsdirektören för affärsområdet äldreomsorg.

Norlandia kvalitetsavdelning är organiserad i affärsområdet äldreomsorg. Under större delen av året har driftsdirektören ansvarat för kvalitetsavdelningen. Sedan november leds avdelningen av en kvalitetschef. Kvalitetsavdelningen består av tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och en medicinskt ansvarig

för rehabilitering (MAR). MAS/MAR har också funktion som kvalitetsutvecklare. Utöver dessa finns en socialt ansvarig samordnare (SAS) samt kostekonom. Kvalitetsavdelningen utarbetar centrala rutiner, instruktioner samt dokument som stöd i kvalitetsarbetet för verksamhetschef och medarbetare.

I verksamheter där Norlandia har MAS/MAR ansvar regleras omfattningen av ansvaret i lagstiftning. I denna framgår ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det innebär också ansvar för att rutiner finns för en säker läkemedelshantering, att beslut om delegeringar är säkra och att patientjournal förs enligt patientdatalagen. Utöver detta, att läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när patientens tillstånd är sådant att det behövs. MAS/MAR utövar detta ansvar på flera sätt. Dels genom att ta fram centrala rutiner och instruktioner inom hälso- och sjukvård, dels genom uppföljning av olika slag samt stöd till verksamhetschef och legitimerad personal tex utbildningsinsatser.

I Norlandia har MAS och MAR uppdraget att till IVO anmäla händelser i verksamheterna som kunnat medföra allvarlig vårdskada eller medfört allvarlig vårdskada (lex Maria).

I verksamheter där Norlandia är vårdgivare men MAS/MAR ansvar finns kvar hos huvudmannen/kommunen fungerar Norlandia MAS/MAR som rådgivande och stödjande internt samt, följer upp verksamheten på samma sätt som andra verksamheter följs upp gällande hälso-och sjukvård.

Verksamhetschef representerar vårdgivaren Norlandia och är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten för att tillgodose patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschef ansvarar för att planera, leda och kontrollera patientsäkerhetsarbete på verksamhetsnivå. I ansvaret ingår att genomföra egenkontroller, utarbeta lokala rutiner och instruktioner. Verksamhetschef ansvarar vidare för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge god och säker vård. Verksamhetschef har möjlighet att överlåta vissa enskilda medicinska ledningsuppgifter till legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal vilket är gjort på Stora Rospiggen till biträdande verksamhetschef.

Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheten är fyra omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, en arbetsterapeut och en fysioterapeut. För att varje patients vård ska vara god och säker behöver hälso-och sjukvårdspersonal ofta medverka i verksamhetschefens övergripande arbete med patientsäkerhet och kvalitet på verksamhetsnivå, t ex genom att ge råd till verksamhetschef avseende kompetens, bemanning, lokaler och utrustning. Hälso-och sjukvårdspersonalen kan även behöva bistå verksamhetschefen vid framtagandet av lokala rutiner, instruktioner, egenkontroller och avvikelshantering inom hälso-och sjukvårdsområdet.

På Stora Rospiggen ansvarar HSL-ansvarig sjuksköterska över att samordna egenkontroller samt för utveckling av patientsäkerhetsarbetet på verksamheten och sammanställer regelbundet resultat till verksamhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. (SFS 2010:659 kap. 4§). Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan

På Stora Rospiggens äldreboende samverkar sjuksköterska, rehab-personal samt omsorgspersonal dagligen och genom omvårdnadskonferenser var fjärde vecka på respektive avdelning. Där diskuteras och analyseras våra boendes hälsotillstånd och övriga frågor angående de boende diskuteras och följs upp.

Läkarorganisation

På Stora Rospiggens äldreboende ansvarar Capio Legevisitten för läkarinsatser. Läkare finns på plats i verksamheten en dag i veckan, torsdagar och ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon övriga dagar och jourläkare finns tillgänglig kvällar samt helger.

Samverkansmöten sker 2 gånger per år eller oftare vid behov.

Sjukhus

Sjuksköterskan ansvarar för att ansvarig läkare alltid kontaktas för bedömning om boende behöver skickas till sjukhus. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge den mottagande slutenvårdsenheten relevant information. När en boende skickas till sjukhus tas alltid telefonkontakt med anhöriga och vid planerade läkarbesök följer medarbetare som känner boende med som stöd och om så behövs också för att styrka personuppgifter.

Vid utskrivning från sjukhus skall sjuksköterskan kontrollera att utskrivningsmeddelandet innehåller en sammanfattning av de medicinska, omvårdnadsmässiga och rehabiliterande insatser som boende erhållit.

Uppdragsgivare

Stora Rospiggens äldreboende drivs genom ett avtal enligt lagen om valfrihetssystem med Norrtälje kommun. Vi har ett kontinuerligt samarbete med kommunen.

I Stora Rospiggens förebyggande arbete av vårdskador använder vi oss av förekommande forskningsrön, instruktioner och riktlinjer från MAS och MAR, utredningar för inköp av förebyggande madrasser och hjälpmedel. Vi arbetar i olika nätverk för att samarbeta inför val av produkter i hälso- och sjukvårdsarbetet. Samtliga rutiner och riktlinjer inom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) utgår från riktlinjer av Tiohundraförvaltningens MAS.

MAS utför regelbundet kvalitetsgranskningar av hälso- och sjukvården på särskilda boenden i kommunen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

På Stora Rospiggens äldreboende sker all informationsöverföring gällande personuppgifter med varsamhet. Sedan tidigare lämnas aldrig personuppgifter i e-post eller telefonmeddelanden utan

tas enbart vid muntlig överskrifning externt. Internt lämnas inga fullständiga personuppgifter synliga för obehöriga att ta del av utan all information förvaras i låst dokumentationsrum.

På Stora Rospiggens äldreboende har sjuksköterskorna tid för muntlig rapport då man oftast större delen av dagen är tre till fyra sjuksköterskor i tjänst, övrig personal har lärapport mellan arbetspassen. Tjänstgörande sjuksköterska förmedlar också information av vikt muntligen till övriga professioner. Man har också ett kort avstämningsmöte varje morgon där dagens händelser går igenom. Informationsöverföring och planering gällande de boende sker även på omvårdnadskonferenserna mellan professionerna.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Vi hänvisar till Region Stockholms strålskyddsbokslut.

En god säkerhetskultur

Under 2024 har säkerhetsarbetet ingått i det dagliga arbetet likt tidigare år, för att bedriva en god vård och omsorg genom att följa rutiner och skapa patientsäkerhet och trygghet. Vi har samtalat om patientsäkerhet inom hela verksamheten. Detta sker regelbundet på tvärprofessionella möten. Vi har omvårdnadskonferenser, APT, våningsmöten där vi berör aktuella avvikelser, förbättringsförslag och kommer fram till åtgärder som provas och utvärderas.



Att arbeta med säkerhetskultur kräver att verksamhetsledning har en positiv inställning och har öppna dialoger där medarbetarna är delaktiga och får aktivt delta i att förbättra brister och risker. Utbildning är en viktig del i att skapa trygghet och uppmåna till eget initiativtagande och tänkande kring allt som berör patientsäkerhet. Även att ha en inbjudande kultur till att komma med förbättringsförslag så att vård och omsorg utvecklas. Utvärdering av rutiner och arbetssätt är viktigt för hela verksamheten. All personal har behörighet och kunskap att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i företagets kvalitetsledningssystem och är medvetna om sin skyldighet. Personal deltar i händelse- samt risk/ analys när det är aktuellt samt enligt årshjulet. Avvikelserna skrivs av personalen i kvalitetsledningssystemet TQM.

Adekvat kunskap och kompetens

I verksamheten utgår vi utifrån varje enskild medarbetares kompetensnivå, ser över behov av utbildning och utveckling vid medarbetarsamtal. Kompetensutvecklingsplan för verksamheten finns och följs löpande upp, under året har även fler utbildningsinsatser anordnats där man identifierat områden som krävt kompetenshöjning. Vi har deltagit i flera olika utbildningar, värdegrund, basala hygienrutiner, nutrition och peg hantering, larmutbildning, diabetesutbildning, introduktionsutbildning för nyanställda, ergonomiutbildning, inkontinensutbildning, fått flera PKC-ombud via Norrtälje kommun, utbildat medarbetarna i NVP, psykisk hälsa hos äldre. Äldreomsorgslyftet har möjliggjort att 11 medarbetare från Stora Rospiggen fått möjlighet att påbörja undersköterskeutbildningen via Norrtälje kommun.



På Stora Rospiggen har vi under 2024 haft rullande grundschema på 4 veckor, som säkerställer att det finns ordinarie personal och vid behov inarbetade vikarier med god kompetens. Ny personal får individanpassad introduktion och följs upp för att säkerställa god och säker vård och omsorg. Jourtid, kvällar/nätter finns jourssköterska från Agito samt jourhavande läkare via Capio Legevisitten.

När vi startade upp verksamheten i januari 2023 arbetade vi med rekrytering och teambuilding i personalgruppen för att bygga en sammansvetsad grupp, detta har även återspeglats under 2024. Vi har fortsatt arbetat med gruppernas samarbetsförmåga och skapat bra förutsättningar för att kunna bygga starka och engagerade personalgrupper. Vi har haft APT:n, avdelning- och våningsmöten.

HSL teamet har i november kompletterats med en samverkan mellan sjuksköterskor och undersköterskor, där utvalda behöriga och kompetenta undersköterskor fått möjligheten att arbeta som hälso- och sjukvård undersköterskor (sk hsl-uskor) några av ordinarie pass. Vid dessa tillfällen är de behjälpliga sjuksköterskorna med sedvanliga delegerade undersköterskor uppgifter som bla blodprovstagning, kontrollerar läkemedelsskåp, kateterbyten, utgöra vitalparametrar, utvärderar olika insatser, behjälpliga vid inskrivningar mm. En lista för arbetsuppgifter som denna kan utföra har skapats. Utvärdering av denna satsning i december visar på positiv effekt för sjuksköterskor som kan optimera sin tid tillsammans med boende. Hsl uskor uttryckte att deras kompetens höjdes tack vare nya samverkan.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

På Stora Rospiggens äldreboende är samverkan med boende och närstående viktigt. Närstående uppmuntras till kontakt med såväl omvårdnadspersonal som sjuksköterskor och verksamhetschef. Närstående ska bjudas in till anhörigträffar regelbundet där verksamhetschef presenterar det pågående arbetet i verksamheten samt besvarar eventuella frågor och synpunkter.



Den boende avgör vilken insyn den närstående skall ha i den vård och omsorg som erbjuds, planeras och genomförs. Då en del av de boende på Stora Rospiggens äldreboende har demensdiagnos och inte alltid kan medverka i sin egen patientsäkerhetsarbete blir kontakten med närstående särskilt viktigt.

Vid första kontakten med den boende och närstående vid inflytt lämnas informationsmaterial med kontaktuppgifter och vad som är viktigt att tänka på. I pärmen finns även en beskrivning av verksamheten. Närstående bjuds in till välkomstsamtal om den boende samtycker. Vi uppmuntrar till att boende tillsammans med närstående fyller i min livshistoria.

Vi har startat upp boråd där vi bland annat pratat om boendes frågor och funderingar gällande kosthållning och dialog gällande insatser för att motverka ensamhet via anpassade aktiviteter. Mötesformen har resulterat i flera förbättringsförslag t.e.x odlingslådor på balkongerna kommande säsong.

Samverkan med boende och närstående sker mest i den dagliga omvårdnaden. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktperson som tillsammans har det direkta informationsansvaret till boende och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon

dagligen de dagar hen inte är på plats i huset. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan boende/närstående och läkare. Medarbetare finns alltid till hands för närstående vid vård i livets slut.

Synpunkter och klagomål läggs in i TQM och åtgärdas som ett förbättringsarbete och ska återkopplas inom rimlig tid till patient och eventuell närstående.

Närstående kan medverka vid läkar- och tandläkarbesök eller till annan sjukvårdsinrättning om patienten önskar det.

Utöver detta informeras närstående om verksamheten kontinuerligt per telefon, e-post och via månadsbrev.

Patienten och/eller närstående informeras så långt det är möjligt vid inträffade eller/och misstänkta vårdskador. Ibland går inte detta pga patientens funktionstillstånd eller om hinder finns utifrån sekretess.

Avvikelser, synpunkter, klagomål och förbättringsförslag tas upp i personalgruppen på nästkommande omvårdnadskonferens och/eller APT. Om behov finns får även boende och anhöriga träffa berörd personal i ärende tillsammans med verksamhetsledning för att gemensamt komma fram till en bra lösning för berörda parter.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Hälso- och sjukvårdsansvarig har fortlöpande under året genomfört egenkontroller av hälso- och sjukvården enligt Norlandias årshjul och rutiner. Kvalitetsavdelningen genomför hälso- och sjukvårdsuppföljningar på verksamheten vart tredje år samt tätare riskbaserade uppföljningar om signaler på brister i patientsäkerheten finns.

Egenkontroller enligt Norlandias årshjul och månadsuppföljnings mallen

Avvikelser och händelser Månadsvis kontrolleras/registreras:

Kvartalsvis genomförs en sammanställning och analys av samtliga registrerade händelser från verksamheten för att identifiera bakomliggande orsaker.

Basal hygien

Kvartalsvis kontrolleras:

- följsamheten i basal hygien genom observationer med analyser därefter.
- intern hygienrund

Två gånger per år kontrolleras:

- följsamheten i basal hygien genom självskattningar

Årligen genomförs:

- hygienrund

Begränsning/Skyddsåtgärder

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal tvång- och begränsningsåtgärder (larm, grindar m.m.) utan samtycke respektive dokumenterade samtycken för skyddsåtgärder

Brandskyddsarbete

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antal genomförda säkerhetskontroller gällande brandsäkerheten

Årligen kontrolleras/registreras:

- antal genomförda brandronder

Delegeringar

Omvårdnadspersonal delegeras och förs in i Signit system (digital signering) enligt rutiner. Sjuksköterskorna har ansvar att kontrollera delegeringarnas giltighet varje månad.

Dokumentation

Månadsvis kontrolleras:

- granskas 10% av SoL-journaler
- antalet aktuella genomförandeplaner
- granskas 10% av HSL-journaler
- loggkontroller

Kvalitetsregister

Månadsvis:

- antal registreringar i Senior Alert
- antal registreringar i Palliativa registret
- antal registreringar i BPSD

Livsmedelshygien

Dagligen kontrolleras/registreras:

- temperatur på livsmedel vid servering

Veckovis kontrolleras/registreras:

- rengöring av kylskåp
- temperatur på livsmedel vid leverans
- temperatur i kyl och frys
- temperatur och rengöring av diskmaskin

Varannan vecka kontrolleras/registreras:

- rengöring av torrförråd

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- rengöring fläkt, spis, ventiler
- följsamheten av nedkylning av livsmedel

Varannan månad kontrolleras/registreras:

- skadedjursbesiktning

Kvartalsvis kontrolleras/registreras:

- rengöring/avfrostning av frys
- rengöring munstycke kranar

Två gånger per år kontrolleras/registreras:

- kalibrering av termometrar

Årligen kontrolleras/registreras:

- Utbildning i livsmedelshygien

Läkemedelshantering

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- narkotikakontroll i basförrådet

Årligen kontrolleras/registreras:

- läkemedelsgranskning från Apoteket

Medicintekniska Produkter (MTP)

Årligen kontrolleras/registreras:

- översyn av verksamheten MTP
- kalibrering
- besiktning

Nattfasta

Två gången per år kontrolleras/registreras:

- boendes nattfasta

Trycksår

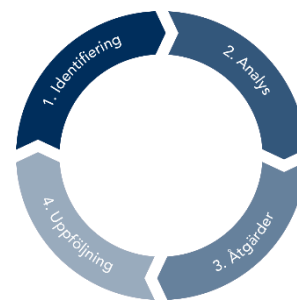
Månadsvis kontrolleras/registreras:

- antalet trycksår och övriga sår

Trygghetslarm

Månadsvis kontrolleras/registreras:

- Statistik över svarstiden på larm
- funktionen på boendes förskrivna larm



Följande nedan förbättringsområden identifierades efter egenkontrollerna:

Palliativ vård

Mål: Öka kunskap runt **palliativ vård** samt förbättra vården i livets slutskede

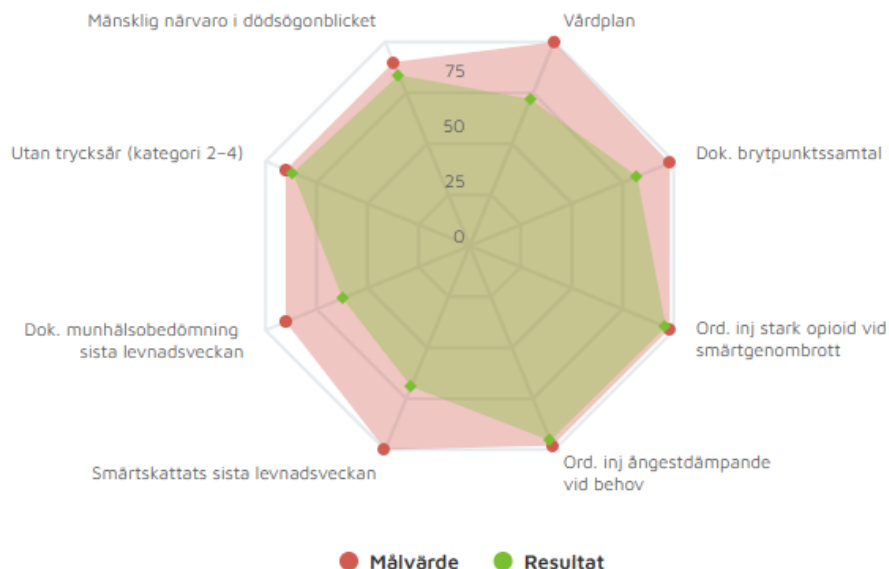
Analys: Implementerat NVP i verksamheten, 8 medarbetare har fått utbildning externt av Norrtälje kommun i PKC. Att registrera i palliativa registret är en punkt på checklistan för avlidna.

Åtgärd: Stående punkt på HSL-möten som sker varje vecka, uppmuntra till dokumentation/registrering

Uppföljning åtgärd: Kontrollera statistik i palliativa registret visa resultatet på HSL-möten samt apt. All personal ska genomgå webb-utbildning – Lindring bortom boten.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-02 - 2025-01



Område: Vårdhygien

Mål: Öka följsamheten kring basala hygienrutiner

Analys: Vid egenkontroll uppmärksammas brister i följsamheten av hygien, förkläder används inte trots risk för stänk, det glöms bort att ta handsprit innan användning av handskar.

Åtgärd: Alla medarbetare ska genomföra basala hygienrutiner utbildning via Socialstyrelsen. Förslag att undersöka och om möjligt köpa in maskin för kontroll av spritade händer.

Uppföljning åtgärd: Fortsätta med stickkontroller.

Område: Fall

Mål: Förebygga fall

Analys: Under 2024 dokumenterades 87 fall i verksamheten. Det är ett flertal boende som har stått för mer än majoriteten av fallen.

Åtgärd: Arbetar med profylaxordinationer på individnivå vid inflytt, samt vid förändringar av boendes mående. Arbetsterapeut genomför ADL-bedömningar vid inflytt samt enligt årshjulet där fallrisker kan identifieras. Fysioterapeut är åtgärdsansvarig för alla fall i TQM och kan där med se trender och sätta in åtgärder. Var 4e vecka är det omvårdnadskonferenser där undersköterskor, sjuksköterskor samt rehab personal möts och diskuterar boende samt följer upp nytillkomna fall. Fallförebyggande insatser inkluderar också riktad utbildning för personalen och information till boende. Vi uppmärksammar också ”Balansera mera” veckan.

Uppföljning åtgärd: Registreringar i Senior Alert

Mål: Trygg och säker läkemedelshantering

Analys: Upphittade tomma Apo-påsar i verksamheten, uteblivna signeringar i signeringsprogrammet SignIt.

Åtgärd: Utvärdera varför rutinen inte fungerar, förbättra och implementera

Uppföljning åtgärd: I TQM avvikelsekartläggning.

Sammanställning av egenkontroller

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner	Alla medarbetare ska göra webb-utbildning.	År 2024 har 70 % av medarbetarna gått utbildning.	Ett flertal av nyanställda har ej hunnit genomföra utbildningen.	Ny utbildningsportal möjliggör snabbare kontroll av ej genomförda utbildningar.		Samtliga medarbetare 1 gång/år	TQM
Medicintekniska produkter	Alla produkter ska vara säkra och godkända. Alla produkter ska vara spårbara	Alla produkter godkända					Besiktningsprotokoll
Extern kvalitetsgranskning läkemedelshandling	Att granskning genomförs en gång per år.	Har genomförts	Bättre rutin vid förvaring av läkemedel i kylskåp Rutin för generika behöver följas bättre	Rutin skapas och ska följas upp under 2 kvartal 2025		1 gång/år	Apoteket AB
Nattfaste mätning	Ej överstiga 11-timmar	Våren 2024 resultat 10,25 Hösten 2024 resultat 9,8					TQM

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 §

Har vården varit säker

Händelser registreras i händelsemodulen i TQM där även omedelbara åtgärder som vidtagits registreras. Händelsen rapporteras till verksamhetschef som omgående påbörjar orsaksanalys för att identifiera bakomliggande orsaker. Verksamhetschef påbörjar utredning med insamling av fakta och utser åtgärdsansvariga utifrån händelsens art. Verksamhetschef och den legitimerade personalen avgör, efter klassificering av allvarlighetsgrad och konsekvens för patienten, om den inträffade händelsen enbart kan hanteras i det lokala systematiska förbättringsarbetet eller om vårdavvikelsen ska rapporteras till MAS eller MAR. MAS/MAR i samverkan med verksamhetschef tar beslut om utredningens omfattning. En fördjupad utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada görs alltid i samarbete med MAS eller MAR. Vid den fördjupade utredningen används utredningsmall i TQM.



Verksamheten uppmuntrar all personal att skriva avvikelse då de upplever patientsäkerhetsrisker. Händelser som har medfört eller kunnat leda till vårdskada rapporteras i Norlandias kvalitetsledningssystem TQM. Händelsen utreds direkt i TQM där man analyserar orsaken till händelsen och åtgärder genomförs för att förhindra liknande händelser. Effekter av insatta åtgärder analyseras. Vid händelse som kunnat eller har medfört vårdskada tas kontakt med MAS och utredning genomförs vidare gemensamt. Avvikelse lyfts på gemensamma personalträffar för att öka engagemanget och dialogen kring patientsäkerhetsfrågorna.

På Stora Rospiggens äldreboende utförs riskanalyser kring varje boende för att upptäcka risker som kan leda till att dennes skadas. Riskanalyserna leder till konkreta åtgärder som eliminerar eller minimerar identifierade risker.

I anslutning till inflyttning träffar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast den inflyttade och gör en första bedömning om förflyttningsförmåga och behov av hjälpmedel för att förebygga risker. Tjänstgörande sjuksköterska utför även en första bedömning av den boendes status omgående för att upptäcka eventuella risker för den boende. Bedömningar dokumenteras i journalsystem Epsilon och med åtgärder om risker upptäcks. Vidare utför omvårdnadsansvarig sjuksköterska riskbedömning inom fjorton dagar för utvecklande av trycksår, nutritionsproblem och fall efter inflyttning. Inkontinensutredning påbörjas även inom fjorton dagar efter inflyttning. Sjuksköterska utför också en preventionsbedömning för den enskilde vid inflytt och därefter vid behov men minst 2 gånger per år där exempelvis risk för suicid, självskadebeteende eller exempelvis brandrisk kartläggs. Dessa riskbedömningar upprepas och följs upp regelbundet och vid behov under den boendes tid på Stora Rospiggen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Arbete med basala hygienrutiner fortskrider för alla anställda inklusive nyanställda. Majoriteten av personal har genomfört Socialstyrelsens webutbildning i basala hygienrutiner. Verksamheterna kontrollerar regelbundet följsamhet till rutinerna. Skattningen har visat att följsamheten till hygienrutin samt klädregler är bra.

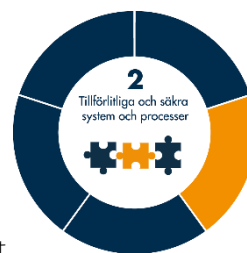
Läkemedelsgenomgång genomförs minst 1 gång per år samt vid behov för att förebygga läkemedelsrelaterade vårdskador. I övrigt för att förebygga läkemedelsrelaterade skador sker fortlöpande arbete med att förstärka kompetensen hos omvårdnadspersonal kring överlämnande av läkemedel.

Rapporteringsöverföring är ett identifierat riskområde mellan omvårdnadspersonal.

Tillgänglighet till läkare är ett riskområde som kan medföra risk för försenad medicinsk bedömning och åtgärd vilket kan leda till vårdskador. För att minimera risken har verksamheten gått in i en digital plattform Collabodoc som är en kommunikationslösning mellan sjuksköterska på boendet och läkaren om patienternas hälso- och sjukvårdsbehov.

Verksamheten har en digital signering av läkemedlen SignIt. Under 2025 kommer digital kalender ”att göra listan” för sjuksköterskor att implementeras.

Kommunikationen från hälso- och sjukvårdspersonalen till medarbetarna sker digitalt i Epsilon, vid morgonrapporten, avstämningen på eftermiddag och vid olika mötes forum så som omvårdnadskonferenser, möten för BPSD – skattnings/uppföljning m.fl.



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

Tillgången till personal är och har varit stadigt. Korttidssjukfrånvaron har minskat sista kvartalen 2024.

Genom bra bemanningsplanering och bra samarbete mellan olika yrkeskategorier och även andra aktörer har bemanningen kunnat tryggas upp även om det stundtals varit tufft.

Under sommarmånaderna vid vissa tillfällen uppstod brist på delegerad personal. Detta på grund av att det anställdes ett flertal nyanställd omvårdnadspersonal mitt i sommarsemestrar. Detta resulterade i större arbetspåfrestning på ordinarie delegerad personal. Händelsen analyserades och ledde till en förbättrad och strukturerad planering för nästkommande sommarplanering och utveckling av rollen som hsl uska.

Verksamheten har inte kommit i gång med att kunna få till läsbarheten i TakeCare. Detta ska återupptas med läkarorganisationen för att finna en lösning under 2025.



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.

Verksamheten har en lokal kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, samordnare, undersköterska. Gruppen träffas varje månad och arbetar med att analysera inrapporterade avvikelser, identifiera risker, göra riskanalyser samt försöka följa upp vidtagna förbättringsåtgärder, allt på organisatorisk nivå.

Verksamheten gör en risk – och händelseanalys på organisatorisk nivå vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser inför verksamhetsförändringar. Riskernas storlek bedöms utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för inträffande, samt åtgärder för att försöka undvika att det inträffar igen.

På individnivå görs riskanalys i samband med inflyt och efter behov, uppföljning sker en gång varje år eller vid behov.

Verksamhetschefen granskar arbetsskador och tillbud och bedömer risk ur ett patientperspektiv och verksamhetsperspektiv regelbundet. Åtgärder vidtas och följs upp.

Verksamhetschef/regionchef beslutar om åtgärder som ska vidtas mot bakomliggande orsaker och därefter följer ett förbättringsarbete med implementering av eventuella förändringar i verksamheten. Verksamhetschef/regionchef informerar och samarbetar även vid behov med regionala kvalitetsutvecklaren och Norlandias MAS/MAR.

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, nationella register, m.fl.



Avvikelser

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

Beskriv **hur** verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

All hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för att rapportera avvikelser och risker i vården enligt gällande riktlinjer, och omsorgspersonalen ska omedelbart meddela till ansvarig sjuksköterska om den boende i samband med hälso- och sjukvård skadats eller utsatts för risk att skadas. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att bedöma och handlägga eventuella avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och samråda med verksamhetschef om hanterandet av avvikelser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i enlighet med de riktlinjer för avvikelshantering som finns i Norlandias ledningssystem.

På Stora Rospiggens äldreboende ska händelser gällande hälso- och sjukvård registreras i Norlandias avvikelssystem TQM av den som upptäcker händelsen samt i journalsystemet Epsilon av tjänstgörande sjuksköterska. I TQM skickas alla händelser till verksamhetschef som utser ansvariga för vidare åtgärder i händelsen och utredning av orsak bakom händelse. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras kommunens MAS. Norlandias interna MAS tar också del av avvikelser i TQM för analys och förbättringsåtgärder.

Registrerade hsl avvikelser 2024

Process	2023 uppstartåret	2024
Läkemedel	15	37
Fall	19	87
Klagomål/synpunkter	2	2

Hantera avvikelser om läkemedel:



Enligt statistik över registrerade händelser i TQM var antalet läkemedelsavvikelser under 2024, 37 stycken. Största delen av avvikelserna är läkemedel som ej administrerats enligt ordination. Delegerad personal har missat att administrera läkemedel på ordinerad tid eller missat administrering om boende haft dubbla dospåsar eller att signIt ej överensstämde med

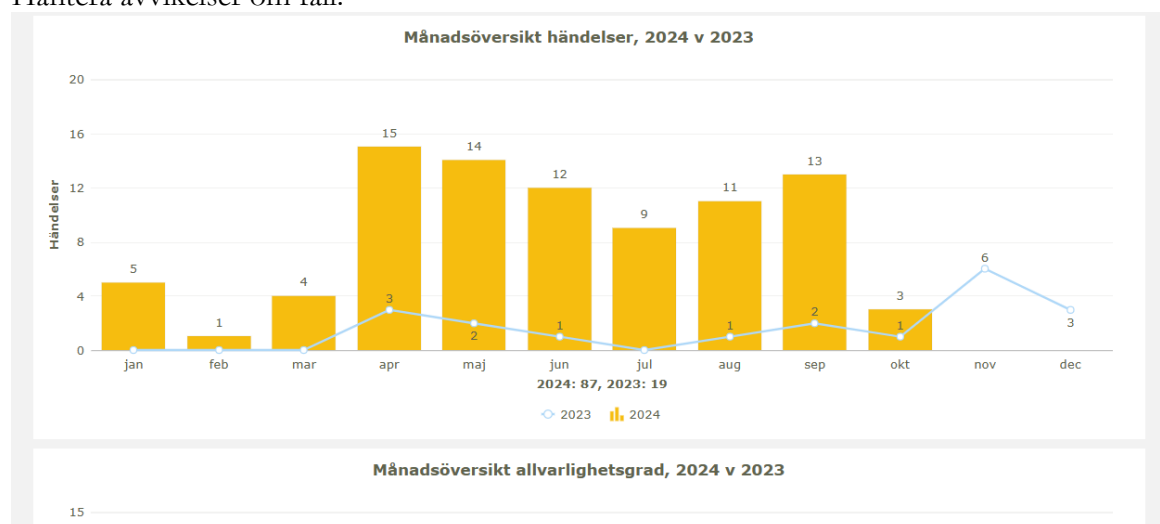
läkemedelslistan. Sjuksköterskorna ordinerar läkemedel i signIt vars insatser förs över manuellt av PlanIT ansvarig medarbetare.

Varje läkemedelavvikelse utreds av omvårdnadsansvarig sjuksköterska som blir åtgärdsansvarig, hen kommer även regelbundet ta ställning till om delegeringen skall fortsätta gälla för berörd medarbetare.

HSL-ansvarig har även genomfört granskningar samt stickkontroller på journalföring samt att läkemedelslistan överensstämmer med signIt.

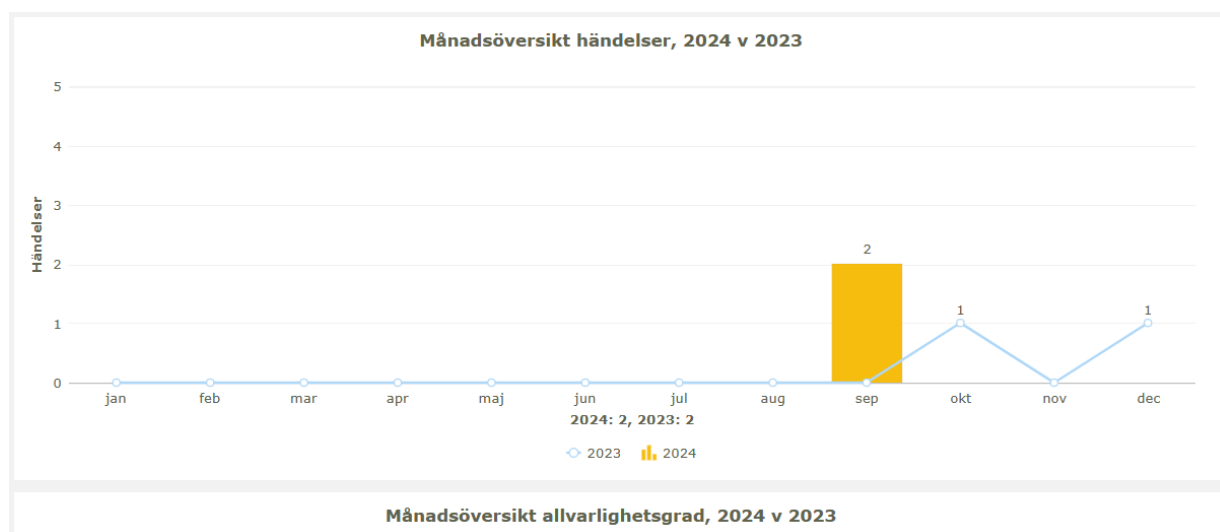
Informerat medarbetare under våningsmöten samt APT om vikten av noggrannhet vid all hantering av läkemedel.

Hantera avvikelser om fall:



Enligt statistik över registrerade händelser i TQM var antalet fallavvikelser under 2024, 87 stycken. Statistikanalysen visar en förändring i april månad 2024, majoriteten av dessa fall är relaterade till en boende. De åtgärder som genomfördes är läkemedelsgenomgångar, fallronder, extra insatt personal för att utvärdera och se mönster vid fall, inventering av risker i boendemiljön, insättning samt uppföljning av hjälpmedel samt konsultation av MAS.

Hantera avvikelser om klagomål/synpunkter



Enligt statistik över registrerade händelser i TQM var antalet avvikelser för klagomål/synpunkter under 2024, 2 stycken. Bedömningen i lokala kvalitetsråden som gjort är att det fanns flertal synpunkter som inte fanns med i statistiken. Målet för 2025 är att nå ut med information om vikten av att registrera även klagomål och synpunkter.

En händelse är kring vilket frukostbröd som finns i verksamheten, denna synpunkt är åtgärdad då frukostbrödet nu finns på ordinarie beställning.

Den andra synpunkten har frågeställning kring rekrytering av medarbetare, duration av dusch, möjlighet till utevistelse.

Klagomål och synpunkter

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

Rapportering

I Norlandias ledningssystem finns anvisningar om hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Vid klagomål som rör allvarlig händelse skall alltid regionchef, VD och uppdragsgivare informeras omgående.

På Stora Rospiggens äldreboende är närstående och boende alltid välkomna att lämna in synpunkter eller förbättringsförslag direkt till verksamhetschef eller via övrig personal. Boendet har också en brevlåda där synpunkter, förbättringsförslag och klagomål kan lämnas anonymt via brevlådan på entréplan. Information om hur synpunkter kan delges till verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning och kontinuerligt vid anhörigträffar från verksamhetschef. I nyhetsbrevet till närstående och boende finns ståenden information om hur man kan lämna synpunkter. En QR- kod har skapats i slutet av 2024 för att snabbt kunna komma i kontakt med ledning.

Eventuella klagomål som kommer via Patientnämnden eller Inspektion för vård och omsorg (IVO) tas emot av verksamhetschef och utreds tillsammans med intern MAS.

Utredning och analys

Samtliga synpunkter registreras av den som tar emot synpunkten och hanteras av verksamhetschef där orsaksanalys och eventuella åtgärder beskrivs. Synpunkter som berör enskild boende behandlas under omvårdnadskonferens där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans utföra orsaksanalys och kartlägga vilka åtgärder som kan åtgärda klagomålet. Synpunkter eller klagomål som berör större delar eller hela verksamheten behandlas med handlingsplan, uppföljning och återkoppling.

Återkoppling

Återkoppling på synpunkter av generell karaktär ges under anhörgmöten, medan synpunkter på individnivå återkopplas till berörd person. MAS informeras om synpunkter som rör HSL-frågor.

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

Stora Rospiggen jobbar systematiskt och periodiserat med patientsäkerheten. Norlandias kvalitetsledningssystem tillhandahåller riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhetsarbete. Norlandias årshjul schemalägger åtgärder och nyckeltal gällande bland annat kvalitet utöver året som ett arbetsverktyg för att trygga patientsäkerheten. Löpande under året revideras lokala rutiner för att hålla dem uppdaterade med korrekt information samt för att göra dem ännu mer tydliga.

Genom intern fortlöpande kvalitetsgranskning, analysera händelser och arbetssätt och följa upp och mäta effekter av åtgärder synliggörs patientsäkerhetsarbetet och verksamheten kan komma framåt genom ständigt förbättringsarbete och en vilja till kompetenshöjning.

Det finns behov av kompetensutveckling och arbetet med detta fortgår ständigt och är planerat i bland annat årshjulet. Vi planerar att fortsatt kunna erbjuda utbildning för vårdbiträden till undersköterska under kommande år.

Den ansträngda situationen inom hälso – och sjukvården gör i stort att det ställs större krav på särskilda boenden. Det sket ofta snabba utskrivningar och ofta snabba så kallade akuta flyt till särskilt boende, vilket troligtvis är en konsekvens av att patienterna bor längre än nödvändigt i ordinärt boende. Det finns ökat behov av flera avancerade hälso – och sjukvårdsinsatser på särskilt boende. Det kräver flexibilitet och kunskap hos all hälso- och sjukvårdspersonal, för att kunna utföra arbetsuppgifterna samt stödja omvårdnadspersonalen. Det krävs även ett bra samarbete med ASIH, kommunen, specialistmottagningar. Det är av vikt att under kommande år utföra en tydlig inventering av verksamhetschef och HSL – personal för vad som krävs för att kunna möta riskfyllda insatser och ha väl inarbetade rutiner för detta.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

MÅL 2025:

1. Öka kunskap runt palliativ vård samt förbättra vården i livets slutskede
2. Öka följsamheten inom vårdhygien
3. Förebygga Fall
4. Trygg och säker läkemedelshantering
5. Registrera klagomål och synpunkter

STRATEGIER:

1. Öka kunskap samt fler tillfällen till utbildning, Stående punkt på HSL-möten som sker varje vecka, uppmuntra till dokumentation/registrering. Uppföljning åtgärd: Kontrollera statistik i palliativa registret visa resultatet på HSL-möten samt apt.
2. Alla medarbetare ska genomföra basala hygienrutiner utbildning via Socialstyrelsen. Förslag att undersöka och om möjligt köpa in maskin för kontroll av spritade händer. Fortsätta med stickkontroller.
3. Öka kunskap om fallprevention. Arbetar med profylaxordinationer, Arbetsterapeut genomför ADL-bedömningar vid inflytt samt vid behov. Fysioterapeut är åtgärdsansvarig för alla fall i TQM. Var 4e vecka är det omvårdnadskonferenser där undersköterskor, sjuksköterskor samt rehab personal möts och diskuterar boende samt följer upp nytillkomna fall.
4. Fortsätta implementera säker hantering av läkemedel i verksamheten, medarbetarna ska genomföra utbildningen arbeta säkert med läkemedel. Extern läkemedelsutbildning kommer erbjudas alla fast anställda som medarbetare samt till vikarie.
5. Informera personalen på APT och via nyhetsbrev gällande rutinen för klagomålshantering.