

Patientsäkerhetsberättelse

för Solbacka Demensboende

År 2024



Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	6
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
Samverkan med patient och närstående	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu.....	11
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Avvikelse	14
Klagomål och synpunkter.....	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	15

SAMMANFATTNING

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende, hemtjänst samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL. Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård ska årligen en patientsäkerhetsberättelse upprättas.

Verksamheten har under 2024 arbetat med att arbeta med säkerläkemedelshantering samt den palliativa vården. Ny läkemedelsrutin för överlämning av mediciner är genomförd och utbildning av personal har skett kontinuerligt. Palliativa vården har vi utbildat palliativa ombud som även har haft regelbundna palliativa råd/möten.

Vid egenkontroll som genomförs två gånger per år följs rutiner, riktlinjer och styrdokument upp. Vi har även genomfört månadsvis dokumentationsgranskning. Vid uppkomna risker för vårdskador följer vi dem rutiner som finns. Under 2024 fanns det inga registrerade risker för vårdskador i verksamhetens kvalitetsledningssystem Qualimax.

Under 2024 har verksamheten arbetat i Senior Alert med riskbedömningar. Sedan juni 2024 har verksamheten arbetat aktivt i Palliativa registret. Resultat av registrering i Senior Alert arbetades vidare på Teammöten. Resultat i Palliativa registret har det arbetats på de Palliativa råden. Samtliga medarbetare i verksamheten registrerar alltid risker, tillbud och negativa händelser i verksamhetens kvalitetsledningssystem Qualimax under avvikelser. Avvikelser arbetas det med på kvalitetsråden samt avdelningsmöten.

Vid synpunkter och klagomål från närstående och boende registreras synpunkter och klagomål i kvalitetsledningssystem Qualimax och hanteras skyndsamt av Verksamhetschef, enhetschef, gruppchefer samt medarbetare. Kontakt med närstående tas omgående vid händelser som innefattar deras närstående. Under 2024 har vi haft Teammöten en gång i veckan med medarbetare som är i tjänst (varje avdelning för sig). Vi har även under slutet på året påbörjat arbetet med att medarbetare är med deltagare på rond med Läkaren.

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 §

Qualimax är företagets ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö. Företagets ledning fastställer kvalitets-, miljö och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål, beskriver roller och ansvar, säkrar resurser och kompetens samt följer upp och utvärderar målen. Företaget ger direktiv och säkerställer så att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vård- och omsorgsprocesser som säkerställer kvaliteten. En trygg och säker hälso- och sjukvård erhålls genom ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.



Vardaga har satt upp mål och strategier som ett led i arbetet:

- Arbeta med att alla har kunskap om rapporteringsskyldigheten kring händelser, vårdskada
- Arbeta för att alla boende ska ha en korrekt omvårdnadsdokumentation
- Säkerställ att alla boende har en risk- och preventionsbedömning när de flyttar in, över tid och minst var 6:e månad.
- Alla patienter där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder och den ska kontinuerligt följas upp och revideras
- Alla patienter som samtycker ska registreras i kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD (vid demens)
- Alla patienter i livets slut i vår verksamhet ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Palliativa ombud bör finnas i verksamheten.
- Säkerställa och effektivisera samverkan i vårdprocessen för den boende genom tydlig mötesstruktur och bra teamarbete mellan alla yrkeskategorier. Vardagas teammöten.
- Säkerställ att de patienter 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 och frigöra den samlade kompetensen hos befintlig person
- Arbeta för en säker läkemedels- och delegeringsprocess
- Följa basal hygien och klädregler i vård och omsorg

När boende flyttar in på Solbacka görs risk- och preventionsbedömningar rörande fall, trycksår, undernäring, munhälsa, beteende mönster samt hot och våld. Dessa bedömningar görs två gånger per år samt vid behov. Vid vård i livets slut görs bedömningar rörande smärtskattning och munhälsa.

Vid samtycke förs dessa in i systemen Senior Alert och Svenska Palliativregistret. Om det finns risk upprättas hälsoplan med mål och åtgärder. Alla boende följs regelbundet upp i Teammöten, vilka utgår från bedömningar från Senior Alert. Vid inflyttning sker även en inkontinensbedömning via Guide tillsammans med vårdpersonal och sjuksköterska.

Årligen görs kompetensinventering samt kompetensutvecklingsplaner för att säkerställa att medarbetarna har relevant kompetens för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på ett patientsäkert sätt. Under 2024 arbetade verksamheten med att se över delegeringsprocessen samt genomförde förbättringar i form av hur delegeringsförfarandet skulle genomföras. Vid läkemedelsavvikelser följs dessa regelbundet upp av sjuksköterska och delegeringen ses över, samtal med berörd medarbetare genomförs av tjänstgörande sjuksköterska eller HSL enhetschef. Kontroll av följsamhet av basala hygienrutiner sker var tredje månad enligt rutin från Vardaga. Dessa följs upp regelbundet av hygienansvarig, verksamhetschef och i hygiengruppsmöte.

Organisation och ansvar

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy. Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

Regionchefen har ansvaret i regionen att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkra verksamhetschefens kompetens.

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet.

Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas. Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada. På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§, 7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Samverkan sker via avtal som verksamheten har med Läkarnorganisationen Capio Legevisitten samt tiohundras läkarorganisation för att förebygga vårdskador i verksamheten.

Solbacka har samverkan med Norrtälje Sjukhus gällande informationsöverföring när boende behöver besöka akutmottagningen. Enligt rutin skickas en röd dokumentmapp innehållande väsentlig information, såsom läkemedelslista, bemötandeplan, genomförandeplan samt blankett med aktuella uppgifter enligt SBAR och anhöriguppgifter, med den boende vid besök på sjukhuset.

Denna mapp skickas vid utskrivning tillbaka med den boende med motsvarande uppgifter.

Det skall även ske en muntlig rapport från sjukhus till Solbacka när boende kommer hem.

Solbacka har samverkan med Apoteket Hjärtat på Norrtälje Sjukhus för att säkerställa att läkemedel kan rekvireras akut om behov uppstår.

Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten

Verksamheten har regelbundna samverkansmöten med Kommunalförbundet vård och omsorg i Norrtälje, KOSN. Under 2024 har även kontakt med MAR samt MAS genomförts genom mail, telefon samt besök i verksamheten.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

HSL möte hålls en gång per månad med syfte att säkerställa att all hälso- och sjukvård sker på ett patientsäkert sätt.

Enhetschef HSL ansvarar för mötet där nya riktlinjer/rutiner introduceras och diskussion sker om hur arbetet fungerar, aktuella problem och eventuella brister tas upp.

Avdelningsmöte hålls vid minst ett tillfälle per månad för att säkerställa att överenskomna insatser fullföljs på bästa sätt. I mötet deltar gruppchef, omvårdnadspersonal och omvårdsansvarig sjuksköterska.

För att alla olika yrkeskategorier ska kunna ge sin syn/upplevelse/rekommendation rörande arbetet kring den boende, har Solbacka demensboende regelbundna Teammöten, med syftet att säkerställa den boendes säkerhet och välmående.

Samverkan inför läkemedelsgenomgång sker med omvårdnadspersonal veckan innan planerad läkemedelsgenomgång (sker minst 1 gång per år).

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT- policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga . Ambea/Vardaga är ett företag

med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system.

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Iver, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas.

Allting är anpassat i enlighet med GDPR. Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning.

Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

Vardaga har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Egenkontroll görs på verksamheten två gånger per år (maj och november) i Kvalitetsledningssystemet Qualimax och består av ett antal frågor om dokumentationen, med syfte till en grundlig genomgång av hela verksamheten för att identifiera potentiella förbättringsområden.

På verksamheten granskas hälso- och sjukvårdsdokumentationen genom kollegial granskning med hjälp av checklista från Vardaga.

Detta är ett tillfälle för både kontroll samt en lärandeprocess. Intern loggkontroll genomförs månadsvis av Verksamhetschef.

En god säkerhetskultur

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



Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och 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.

Kvalitetsrådet 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, patient, närstående eller andra intressenter.

Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner.

Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

På Solbacka får alla nyanställda ett introduktionsmaterial där information om rapportskyldighet och avvikelshantering ingår.

Avvikelser skrivs av all personal i kvalitetsledningssystemet Qualimax.

Notis om ny avvikelse kommer per e-post till chefer, sjuksköterskor och rehab personal, vilket gör att de snabbt kan följas upp och skyndsamt hanteras.

Sjuksköterskorna ansvarar för uppföljning av avvikelser rörande HSL och gruppchefer för uppföljning av avvikelser rörande SOL.

Fallavvikelser behandlas av paramedicin och följs upp på Teammöten.

Avvikelseerna behandlas och följs upp månadsvis på kvalitetsråd där samtliga yrkeskategorier är representerade.

Alla möten från kvalitetsrådet protokollförs.

Representanter på kvalitetsrådet har som uppgift att föra tillbaka information till sin avdelning och skapa dialog kring denna.

Vid allvarliga avvikelser blir både Vardagas och kommunens MAS samt Vardagas kvalitetsavdelning omgående underrättade för att ta ställning till om utredning och/eller anmälan skall ske.

På APT och planeringsdagar finns utrymme för diskussion, lärande och reflektion.

Utrymme finns även på avdelningsmöten, och Teammöten.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar på avdelningsmöten som hålls på respektive avdelning vid minst ett tillfälle per månad samt aktivt deltar på avdelningen och undervisar omvårdnadspersonal i olika omvårdnadsmoment.

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.

Som ny medarbetare i verksamheten får man tillgång till en första introduktion (onboarding) via förmånsportalen "Ambea för mig" innan anställningens första dag.

Syftet är att ge en helhetsbild kring verksamhetens övergripande vision och värdegrund.

Tid avsätts för medarbetare i verksamheten att genomföra de obligatoriska utbildningar som finns via Kompetensportalen.

På verksamheten finns ett års hjul där obligatoriska utbildningar är fördelade över året.

Alla nyanställda sjuksköterskor går en introduktionsutbildning via Promote, vilken pågår ca två månader, med syfte att ge en komplett introduktion till företaget, system och sin arbetsroll som sjuksköterska på verksamheten.

Säker bemanning uppnås i verksamheten genom att medarbetarna är delaktiga i schemalaggningen.

Verksamheten arbetar i schemasystemet medvind.

Gruppcheferna är ansvariga att se till att det finns ordinarie personal med rätt kompetens på huvuddelen av passen.

Alla medarbetare uppmanas att inkomma med förbättringar gällande korrigerande och förebyggande åtgärder. Förslagen läggs in och hanteras i förbättringsloggen i kvalitetsledningssystemet Qualimax, med en namngiven medarbetare som ansvarig.

Där kan alla medarbetare följa pågående och avslutade förbättringsområden och därmed vara delaktiga i förbättringsområden som uppkommit i verksamheten.



Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet.

Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Samverkan med patient och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten arbetar med boende- och närståenderåd. Närståenderådet leds av verksamhetschefen och rådet träffas minst två gånger per år. Dessutom sker kontinuerligt närståendeträffar. Vardaga har ett kundombud.

Kundombudet tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende. Arbetet med att utveckla patienter och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas.

Vi bjuder in närstående och boende att vara involverade i verksamheten genom närståendeträffar och dagliga samtal. Närstående är en viktig del i vården och involveras utifrån varje individs förmåga och vilja att delta, för att förebygga vårdskador

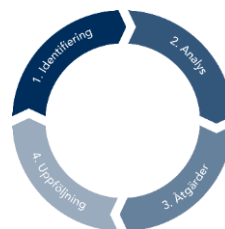
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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 ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkerställa verksamhetens kvalitet.

Egenkontroll kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Beskriv verksamhetens strategier och mål och koppla till egenkontroller som genomförts under år 2024 för ökad patientsäkerhet.

I egenkontrollen som genomfördes 2024 framkom det att verksamheten behöver arbeta mer kring arbete för att minska läkemedelsavvikelser samt arbeta mer kring fallprevention.

Under 2024 har omvårdnadspersonalen på arbetsplatsträff fått information samt genomgång i hur man skall arbeta aktivt för att minimera risker för vårdskador.

I Vardaga arbetar verksamheten i kvalitetsledningssystemet Qualimax där personal fått utbildning via kompetensportalen.

För att säkerställa och utveckla verksamheten vidare, kring området säker vård, har det under 2024 genomförts samtal på avdelningsnivå, kvalitetsråd samt teammöten.

Detta ledde till att analys genomfördes, vilket ger en lärande situation som ledde till att verksamheten kunde arbeta mer kring förebyggande säker vård.

För att öka säker vård gjordes även ett omtag gällande överlämning av läkemedel.

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 verksamheten haft patienter med utåtagerande beteende.

Detta har lett till att verksamheten har arbetat med Vardagas rutin hot och våld samt säkerställt att medarbetare har utfört utbildningen hot och våld i kompetensportalen.

Inga händelser som utretts har bedömts som allvarliga inträffade vårdskador.

Riskområden som är identifierade under 2024 är att patienter blir felplacerade av beställaren då verksamheten ej är ett profilboende.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2024.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Webbutbildning hot och våld	All personal skall ha genomfört utbildningen	Hälften av medarbetarna har genomfört utbildningen	Målet uppfyllt. ej	Utbildningen är inskriven i årshjulet gällande obligatoriska utbildningar.	Fortsätter under 2025	Förutom information vid introduktion kommer det att tas upp på kommande APT möten	Avvikelser 2024
Läkemedels hantering	Ny rutin för administrering av läkemedel införd under hösten	Personal blivit mer trygga i överlämnande av läkemedel.	Målet uppfyllt. ej	Reviderat delegeringsförfarande.	Fortsätter under 2025.	SSK gruppen har gått igenom med personalgruppen hur man säkert överlämnar läkemedel.	Avvikelser 2024.
Webbutbildning Rapporteringsskyldighet	All personal skall ha genomfört utbildningen.	Hälften av medarbetarna har genomfört utbildningen.	Målet uppfyllt. ej	Utbildningen är inskriven i årshjulet gällande obligatoriska utbildningar.	Fortsätter under 2025.	Förutom information vid introduktion kommer det att tas upp på kommande APT möten	Kompetensportalen.

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.

Verksamheten arbetar med de basala hygienrutinerna genom att vid introduktion skall nyanställd genomföra webbutbildning basala hygienrutiner.

I verksamheten byter man arbetskläder dagligen, verksamheten ser till att det alltid finns rena och hela kläder vid arbetspassens start oavsett tid på dygnet.

Vid inflyttning av ny patient görs kost och vätskeregistrering (3 dygn), ADL bedömning, NEWS samt kontroll av vikt och längd.

På verksamheten arbetar vi för att alla boende ska ha en läkemedelsgenomgång vid inflyttning och sedan en gång per år.

Veckan innan läkemedelsgenomgången har vi teammöte, där bland annat riskbedömningar från Senior Alert, APS och phase-proxy går igenom.

När boende avlider registreras de som lämnat samtycke i Svenska Palliativregistret.

Statistik från registret går igenom regelbundet på palliativa rådet för att säkerställa att vi följer rekommendationer och rutiner, samt för en diskussion hur vi ska arbeta med palliativ vård på bästa sätt.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Tabell 2. Beskriv kortfattat vilka vårdprocesser, rutiner och verktyg som används i verksamheten under år 2024 för att öka patientsäkerheten och minska risker för specifika vårdskador.

Områden	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2024	Uppföljning & åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner	Att samtliga arbetar efter gällande riktlinjer och rutiner.	Verksamheten har ej uppnått förväntat resultat.	Målet ej uppnått.	Webb utbildning basala hygien vid nyanställning.	Fortsatt utbildning av personal både via webbutbildning men även av hygiensjuksköterskan.	Samtlig personal och chefer. Månadskontroller. Utbildning för medarbetare	Vardagas styrdokument
Läkemedelsgenomgång	Säkerställa läkemedelsbehandling utifrån patientens behov.	Målet ej uppnått.	Då verksamheten hade svårt att rekrytera ssk uppnåddes ej resultatet.	Pågående arbete har skett 2024 gällande läkemedelsgenomgångar.	Fortsatt samverkan mellan SSK och läkare kring planering genom läkemedelsgenomgångar.	Samarbete i SSK gruppen för att genomföra så många läkemedelsgenomgångar innan årets slut.	Vardagas styrdokument.

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.



Säker vård här och nu

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten år 2024 arbetat för att situationsanpassa hälso- och sjukvården och förebygga risker så att vården är säker även då variationer och störningar uppkommer.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Riskbedömningar av den enskilde	Att alla patienter skall ha en aktuell riskbedömning.	Ej uppfyllt.	Avvikelse har förekommit men ej av allvarlig grad då fokus legat på att samtliga patienter har aktuell handlingsplan med relevanta åtgärder för den enskilde funnits till hands, där risk identifierats	Bedömningar 2 ggr/år eller mer vid behov	Fortsatt följsamhet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.	Samtliga boenden och medarbetare	Årshjul Kvalitet och ledningssystem
Administrering av läkemedel	God kvalitet och följsamhet till lagstiftning.	Medarbetare känner sig mer trygga vid administrering av läkemedel.	Den nya rutinen implementerades på hösten 2024 analys av resultat ej genomförd art.	Ny rutin för administrering av läkemedel framtagna implementerad i verksamheten genom utskick och samtal på APT och avdelningsmöten.	SSK har följt upp följsamheten hos medarbetare.	Samtliga medarbetare i verksamheten.	Kvalitetssystemet

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.

Alla medarbetare i har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och 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.

Kvalitetsrådet 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, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder. För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata. Riskbedömning görs på alla patienter som flyttar in på verksamheten. Dessa görs även vid förändrat tillstånd eller minst 2 gånger om året. Likaså görs preventionsbedömningar. Hälsoplaner och handlingsplaner skrivs där det blir aktuellt. På kvalitetsrådet analyserar och utvärderar verksamheten som verksamheter ser kan bli en risk och informerar samtliga medarbetare i verksamheten. Genom detta förfarande tar verksamhetens medarbetare lärdom av varandra. Kvalitetsledningssystemet är till stor hjälp då allt finns samlat där. Arbetet fortsätter och läggs i förbättringsloggen, där vi kan arbeta vidare med just det aktuella området.

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.



Stärka analys, lärande och utveckling

Tabell 3. Beskriv kortfattat hur verksamheten ökat förståelsen för patientsäkerhet och på vilket sätt data samlas in, sammanställs, analyseras och används i ert förbättrings- och kvalitetsutvecklingsarbete under år 2024.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning och åtgärd	Om- fattning	Källa
Egenkontroll (EK) och förbättringsområden (FO)	EK: görs 2 gånger/år FO: blir klara innan nästa EK	EK: målet uppfyllt FO: De flesta är startade men alla är inte avslutade under året	Svårigheter att rekrytera ssk har haft viss påverkan på utfallet av FO	HSL gruppen har under 2024 fått genomgång av kvalitetsledningssystemet	Kontinuerlig uppföljning på sjuksköterskemötet.	Hela verksamheten	Kvalitetsledningssystemet.
Senior Alert (SA)	Höja antal registreringar i SA för dem som lämnat samtycke.	Målet uppfyllt. ej	Av stor vikt SSK kontinuerligt arbetar med SA.	Fanns ingen plan 2024.	Teamsamverkan mellan yrkesgrupperna samt planering för när dessa skall utföras.	Samtliga patienter.	SA.
Svenska palliativa registret (SPR)	Att alla patienter som avled under 2024skall registreras i SPA.	Målet uppfyllt. ej	Under 2024 har verksamheten utbildat palliativa ombud.	Uppstart av palliativa rådet.	Regelbundna palliativa rådsmöten.	Samtliga medarbetare.	Ambeas styrdokument. Nationella riktlinjer palliativ vård Socialstyrelsen.

Avvikelser

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet. På verksamheten dokumenterar medarbetare i kvalitetsledningssystem där avvikelser skrivs.

Alla avvikelser som skrivs på verksamheten registreras i Qmaxit med en förklarande kommentar samt förslag på åtgärd.

Avvikelser gällande hälso- och sjukvård tas om hand av ansvarig HSL-personal och avvikelser gällande SoL tas om hand av gruppchefer.

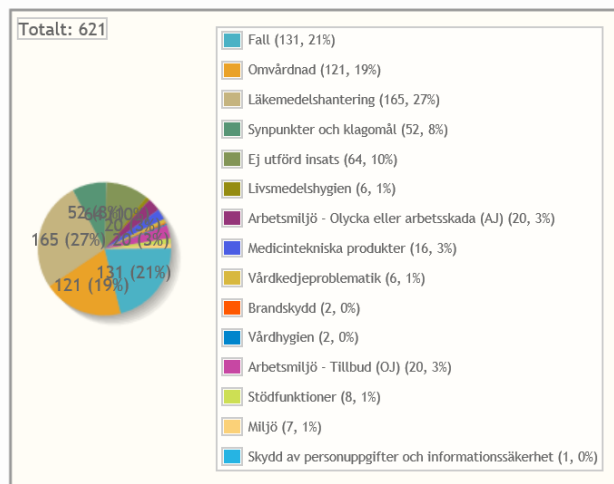
Avvikelser gällande fall tas om hand av paramedicin.

På ledningsmöten samt på kvalitetsråd tas det upp om det varit frekventa avvikelser av någon sort, ovanliga avvikelser eller annat vi kan ta lärdom av.

De avvikelser som verksamheten behöver arbeta vidare med skapas det förbättringsområden som verksamheten arbeta vidare med på avdelningsmöten, teammöten samt kvalitetsråd.

Återkoppling på avvikelser sker i avvikelssystemet och via dokumentation i Procapita och Life Care till medarbetare. Fallavvikelser följs upp på Teammöten.

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål. Medarbetarna på verksamheten har kunskap om Vardagas hantering av synpunkter och klagomål, och att de är skyldiga att rapportera och åtgärda ärendet.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.

Alla synpunkter och klagomål förs in i kvalitetsledningssystemet precis som alla avvikelser, med en förklarande kommentar.

Gruppchef på respektive avdelning ansvarar för uppföljning med stöd från verksamhetschef, vilka ser till att eventuella åtgärder sker skyndsamt.

Vid behov kontaktas även uppdragsgivaren och MAS.

Avvikelseerna följs upp på ledningsgruppsmöte och i kvalitetsrådet.

Återkoppling till medarbetare sker dels via APT, avdelningsmöten men framför allt till berörd person.

Under 2024 har verksamheten fått in 52 synpunkter och klagomål, dels från närstående, dels från medarbetare.

De flesta handlade om personalärenden från medarbetare. Under 2024 har inga ärenden inkommit från IVO eller Patientnämnden.

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.



Öka riskmedvetenhet och beredskap

Tabell 5. Beskriv kortfattat hur hälso- och sjukvården i er verksamhet under år 2024 anpassats till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden och på vilket sätt detta har säkerställts, tex. genom kompetensutveckling, samverkan.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Om-fattning	Källa
Samverkan med KOSON	Att verksamhetschef och nya HSL deltagit på samverkansmötena.	Målet uppfyllt	Ny verksamhetschef och HSL enhetschef känner att samarbetet med KOSON fungerar bra.	Uppdaterat våra ”röda mapper” enligt överenskom melse på samverkans möte	Fortsätta gå på de av KOSON inbjudna träffar	Ett par tillfällen per år.	MAR/MAS och KOSON.
Kompetensutveckling via KOSON.	Att verksamheten ska skicka medarbetare på de av KOSON erbjudna utbildningarna.	Målet uppfyllt.	Verksamheten har nu ett fåtal medarbetare som ej har rätt kompetens för verksamheten.	Verksamheten har skickat medarbetare när utbildning har erbjudits.	Medarbetare känner sig satsade på samt uppskattar kompetensutveckling.	Delar av personalgruppen som fått möjlighet att inskaffa rätt kompetens för verksamheten.	KOSON.