Patientsäkerhetsberättelse
för 5747 Attendo Hamnparken
År 2024

Datum: 2025-02-27

Innehållsförteckning

Inledning **3**

Sammanfattning **4**

Grundläggande förutsättningar för säker vård **6**

Engagerad ledning och tydlig styrning **6**

Övergripande mål och strategier 6
Organisation och ansvar 7
Samverkan för att förebygga vårdskador 10
Informationssäkerhet 12

En god säkerhetskultur **13**

Adekvat kunskap och kompetens **14**

Patienten som medskapare **16**

Agera för säker vård **17**

Egenkontroll **17**

Öka kunskap om inträffade vårdskador **21**

Tillförlitliga och säkra system och processer **22**

Säker vård här och nu **25**

Riskhantering 25

Stärka analys, lärande och utveckling **29**

Avvikelser 30
Klagomål och synpunkter 31
Kvalitetsregister 32

Öka riskmedvetenhet och beredskap **33**

Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år **35**

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. Adaption gjord för Attendo 21-11-22

Sammanfattning

Attendo Vegagatan är ett profilboendet med LOV-avtal från Norrtälje Kommun. Sedan 2 maj 2022 driver enheten ett särskilt boende för äldre, så kallat SÄBO, med 40 demensplatser och 40 somatiska platser.

Målområden för 2024 har varit:

- Registrera och följa upp samtliga patienter, som samtycker, i Senior Alert
    - Majoriteten av patienterna har registrerats i Senior Alert men inte alla, därför kommer detta att fortsätta vara ett målområde under 2025
- Förbättra smärtskattningen med ett validerat smärtskattningsinstrument samt förbättrad munhälsa sista veckan i livet.
    - Statistik i Svenska Palliativregistret visar att vi närmat oss Socialstyrelsens uppsatta målnivåer men inte nått hela vägen fram varför det kommer fortsätta vara ett målområde under 2025
- Uppnå godkänt resultat i dokumentationsgranskningen för HSL.
    - Målet uppnåddes under 2024 men under 2025 kommer ett nytt journalsystem implementeras varför godkänt resultat i dokumentationsgranskning kommer fortsätta vara ett målområde under 2025.

Några av de viktigaste åtgärder som genomförts under 2024:

- Antalet inrapporterade avvikelser har ökat markant
- Samtliga sjuksköterskor har gått flera olika läkemedelsutbildningar
- Vårdbiträden har utbildats till undersköterskor
- Samtlig omvårdnadspersonal, både ordinarie och vikarier, har genomgått utbildningar i förflyttningar och hjälpmedel

Målområden för 2025:

- Fortsätta med registreringar i de för verksamheten aktuella kvalitetsregistren, detta för att en systematisk utvärdering av kvalitetsindikatorer inom omvårdnad skall bli möjlig.
- Svenska palliativregistret - nå de av registret angivna målen, fortsatt satsning på munhälsa och smärtskattning. Registrera i grupp. Utbilda fler palliativombud. Uppföljande utbildning i Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP).
- Registreringen i Senior Alert skall göras på ett teambaserat sätt på teammöte och uppföljningar skall göras kontinuerligt.
- Förbättra följsamhet till basal hygien och klädregler. Mer fokus på hygienombud och kollegial granskning.
- Målet för HSL-dokumentation är att uppnå godkänt resultat på dokumentationsgranskning. Utmaning: byte av journalsystem. Utbildning i nya systemet och i den nya dokumentationsstrukturen.
- Kompetensutveckling omvårdnadspersonal gällande läkemedelshantering. Syftar till att minska antalet läkemedelsavvikelser.
- Implementering "Demenskonceptet". Implementera SWEDEM. BPSD - samtliga registrerade

patienter ska följas upp regelbundet. Följs upp kvartalsvis.

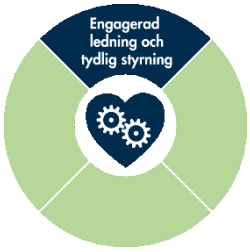
- Implementering "Patientsäkerhetsprojektet".

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 §

Visionen är en god och säker vård, överallt och alltid. Det övergripande målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador och de övergripande målen är att förbättra patientsäkerhetsresultat och patientsäkerhetskultur. Målen för patientsäkerhetsarbetet ska vara kommunicerade i verksamheten.

Attendo Hamnparkens ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö innehåller av ledningen fastställda kvalitets-, miljö- och arbetsmiljöpolicy, övergripande mål och strategier som bryts ner till verksamhetsmål. En trygg och säker hälso- och sjukvård nås genom att arbeta systematiskt med kvalitetsarbete gällande hälso- och sjukvård. Uppföljning av det lokala ledningssystemet samt kvaliteten på vården sker årligen genom en intern Egenkontroll samt en extern avtalsuppföljning från beställarorganisationen.

Målen för Attendo Hamnparken för 2024 var att:

- Förbättra kvaliteten i vården och omvårdnaden i det palliativa skedet och generellt. Målet för 2024 var att samtliga patienter skulle registreras i Senior Alert och samtliga dödsfall skulle registreras i Svenska Palliativregistret. Målet avseende Svenska palliativregistret är uppnått och fokus för kommande år blir att nå upp till Socialstyrelsens uppsatta målnivåer inom några av områdena. När det gäller registreringar i Senior Alert når vi inte riktigt upp till målet att samtliga patienter ska vara registrerade, däremot så ses en tydlig förbättring jämfört med 2023 då majoriteten av patienterna registrerats under 2024.

- Förbättra personalens följsamhet till basala hygienrutiner genom att fördjupa arbetet med analyser

av resultat från kollegiala granskningar av följsamheten till basala hygienrutinerna. Kollegiala granskningar har gjorts med varierande resultat - slutsatsen som dragits är att protokollen inte fyllts i helt sanningsenligt då sjuksköterskorna ser en hel del brister hos en stor del av omsorgspersonalen då det gäller följsamheten till basala hygienrutiner. Detta är ett område som kommer fortsätta fokuseras på under 2025.

- Förbättra kvaliteten i HSL-dokumentationen genom att följa årshjulet för HSL-dokumentationen. HSL-uppföljning på SÄBO genomfördes under 2024 av Attendos MAS samt av MAS från Norrtälje Kommun. Resultaten visar att dokumentationen över lag håller god kvalitet. Resultatet har genererat åtgärder som genomförts under året. Denna tillsyn, tillsammans med årshjulet för HSL har legat till grund för en del av årets patientsäkerhetsarbete. Under 2025 planeras ett byte av journalsystem, varför arbetet med att uppnå godkänt resultat i dokumentationsgranskningen kommer finnas kvar under 2025.

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef– har det övergripande ansvaret för att skapa forum och förutsättningar för medarbetare inom verksamheten att arbeta med patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer. Verksamhetschefen ansvarar för att:

- Säkerställa att ledningssystemets policy, riktlinjer och rutiner är kända och följs.
- Planera, led, kontrollera och följa upp verksamheten,
- Verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och bedriver ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.
- Identifiera och verkställa nödvändig samverkan.
- Formulera mål i samråd med verksamhetens medarbetare samt se till att målen nås inom ramen för ledningssystemet.
- Kvalitetsarbetet sker systematiskt och kontinuerligt samt att resultat och måluppfyllelse utvärderas.
- Hantera och utreda synpunkter, klagomål, rapportera risker, avvikelser och allvarliga händelser.
- Uppföljning och analys av verksamheten sker.
- Lokal kontroll/verifiering sker årligen.
- Utse en sjuksköterska med ansvar för läkemedelsförråd.
- Utse sjuksköterska med kontroll av narkotiska preparat.
- Delta i kvalitetsmöten.

Biträdande verksamhetschef - har ansvar för att i samråd med verksamhetschefen tillse att:

- HSL-rutiner finns och är uppdaterade och aktuella i enlighet med lagstiftning.
- Narkotiska preparat kontrollräknas varje månad

- Vaccinationer erbjuds årligen
- Följsamhet till Basala Hygien- och Klädregler (BHK) följs och kontrolleras regelbundet
- Förbereder och deltar vid inspektioner, avtalsmöten, kund/närståendemöten
- Handlings- och åtgärdsplaner upprättas efter uppföljningar, inspektioner, avtalsmöten och kund/närståendemöten.
- Medverka i kvalitetsmöten, HSL- och sjuksköterskemöten
- Bistå verksamhetschefen i hantering och utredning av synpunkter, klagomål, rapporterade risker, avvikelser och allvarliga händelser.
- Upprätta Patientsäkerhetsberättelsen.
- Leda den lokala kvalitetsgruppen och se till att kvalitetsmöten hålls regelbundet.

Sjuksköterska - ansvarar för att:

- Utifrån patientens behov systematiskt leda, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet.
- Utföra riskbedömningar avseende omvårdnad, ställa omvårdnadsdiagnoser, sätta upp mål och ordinera åtgärder samt följa upp dessa i enlighet med omvårdnadsprocessen i samband med inflytt samt fortlöpande under vårdtiden.
- Utföra de behandlande åtgärder som läkare ordinerar inom ramen för sjuksköterskans kompetensområde,
- Arbeta i enlighet med lokala rutiner och riktlinjer från Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS),
- Medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Rapportera risker och avvikelser.
- Bidra till att en hög patientsäkerhet uppnås
- Systematiska egenkontroller av läkemedel sker.
- Medverka vid Apotekares kontroll av verksamhetens läkemedelshantering.
- Omvårdnadsdokumentationen följer Patientdatalagen (PDL) samt de kvalitetskrav som ställs från Attendos kvalitetsutvecklare (KVU) och MAS från beställarorganisationen.
- Leda omvårdnadsarbetet på avdelningen tillsammans med gruppchefen.
- Tillsammans med gruppchefen planera och se till att teammöten hålls regelbundet på respektive plan.
- Delta i kvalitetsmöten.

Sjuksköterska finns på plats alla vardagar 7-17 samt helger 7-16. Kvällstid (17-21 på vardagar och 16-21 på helger) ansvarar sjuksköterska från Attendos Mobila sjukskötersketeam för patientsäkerheten. Mellan 21-07 är det nattsjuksköterskan som ansvarar för patientsäkerheten. Dagsjuksköterskan är omvårdnadsansvarig för 20 patienter och ansvarar för den första bedömningen samt individuella åtgärder vid händelser/avvikelser samt beslutar om verksamhetschefen bör informeras omgående samt gör riskbedömningar.

Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut - ansvarar för att:

- Funktions- och aktivitetsbedömningar görs
- Individuella åtgärder ordineras vid fallavvikelser
- Riskbedömningar görs
- Främja ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt.
- Ta fram och vidareutveckla rutiner inom det egna kompetensområdet
- Följa upp mål och resultat inom det egna kompetensområdet.
- Delta på teammöten

- Delta i kvalitetsmöten.

Sjukgymnast och arbetsterapeut finns på plats tre dagar i veckan med möjlighet att komma till verksamheten övriga dagar om behov uppstår.

Gruppchef - ansvarar för att:

- Det dagliga arbetet på respektive våningsplan fungerar.
- Introducera nya medarbetare på respektive våningsplan.
- Tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska planera och se till att teammöten hålls regelbundet på respektive plan.
- Se till att alla boende på avdelningen har en kontaktperson och att kontaktmannaskapets arbetsuppgifter efterföljs.
- Välkomstsamtal genomförs.
- Kontrollbesikta rum innan inflyttning och kontakt med patient och närstående i samband med inflyttning.
- Tillvarata medarbetarnas synpunkter och förslag för att utveckla och förbättra verksamheten.
- Motivera arbetsgruppen och ge återkoppling inom omsorgsarbetet
- Medverka i verksamhetsplanering och uppföljning.
- Delta i kvalitetsmöten.

Läkare - Läkarbemanning köps in från Capio/Legevisitten. Patientansvarig läkare fanns under 2024 på plats en dag i veckan och är därutöver tillgänglig via telefon under vardagar kl. 8-16. Övrig tid finns jourläkare från Capio/Legevisitten i tjänst.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för Rehab (MAR) – ansvarar för att:

- Tillgodose att patienterna får säker och ändamålsenlig vård och behandling. Att det är god kvalitet och att det medicinska omhändertagandet tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet.
- Upprätta och revidera riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården. Deras riktlinjer är övergripande dokument som utgör ramverk och minimikrav.

Attendo Hamnparken följer Norrtälje Kommuns MAS riktlinjer.

Attendo har egna MAS:ar och de ansvarar för att genomföra ställningstagande gällande utredningar om vårdskada samt ansvarar för att anmäla eventuella allvarliga vårdskador samt risk för allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Dietist - finns inom Attendo, som ger stöd och vägledning vid behov i nutritionsfrågor

Samtliga medarbetare - ansvarar för att:

- Följa riktlinjer och rutiner som finns på arbetsplatsen och känna till och aktivt arbeta utifrån verksamhetens mål.
- Rapportera brister, missförhållande, synpunkter och klagomål till verksamhetschefen.
- Delta i att ta fram rutiner och vidareutveckla metoder.
- Det praktiska omvårdnadsarbetet utförs på ett personcentrerat och patientsäkert sätt i samverkan med sjuksköterska.
- Tillgodogöra sig relevanta kunskaper inom livsmedelshygien samt basala hygien- och

klädregler.
- Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Medarbetare med delegering är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför den delegerade uppgiften och ansvarar då för att den utförs korrekt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Attendo Hamnparken samverkade både externt och internt för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Nedan beskrivs hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Samverkan med externa vårdaktörer

Attendo Hamnparken hade LOV-avtal med Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON) samt med Upplands Väsby kommun under 2024. Samverkan med KSON sker genom regelbundna samverkansmöten, avtalsuppföljning samt kontakt med biståndshandläggare, boendesamordnare och avtalshandläggare genom mailfunktion i journalsystemet LifeCare samt telefonsamtal. Samverkan med Upplands Väsby kommun har skett genom telefonsamtal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar innehades av KSON:s MAS under 2024. Samverkan med MAS har skett i samband med MAS-möten, avtalsuppföljningar, samverkansmöten, utbildningar samt då behov uppstått i vardagen via telefonsamtal och mail.

Läkaransvar för Attendo Hamnparken hade Capio Legevisitten. Samverkansöverenskommelse finns med Capio Legevisitten. Läkare kommer på besök varje vecka till verksamheten, samt vid akuta behov dygnet runt. Tjänstgörande sjuksköterska har, dygnet runt, möjlighet att ringa tjänstgörande läkare på Capio Legevisitten då patientens tillstånd kräver det. Samverkan med patientansvarig läkare har även skett via rondstödet Collabodoc. Samverkansmöten med läkarorganisationen har hållits regelbundet under året för att diskutera rutiner och arbetsflöde, där har MAS deltagit.

Samverkan med Norrtälje Sjukhus har skett regelbundet då patienter på Attendo Hamnparken vårdats inneliggande på sjukhuset eller besökt någon av sjukhusets öppenvårdsmottagningar. Samverkan har även skett vid samverkansmöten mellan Norrtälje Sjukhus och de olika utförarna av SÄBO (särskilt boende för äldre) inom Norrtälje Kommun. Fokus för dessa möten har varit säkra övergångar för patienter mellan de olika vårdinstanserna. I detta forum har också samverkan kring hur ambulansens resurser nyttjas på bästa sätt då det gäller patienter som skickas från SÄBO till akuten på Norrtälje Sjukhus.

Samverkan har även skett med andra sjukhus inom regionen såsom Danderyds Sjukhus, St. Eriks ögonsjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset när patienter på Attendo Hamnparken varit i behov av högspecialiserad vård.

Samverkan mellan Attendo Hamnparken och det av tandvårdsstabens upphandlade tandvårdsföretaget, Flexident, som erbjuder och utför kostnadsfria munhälsobedömningar skedde regelbundet under 2024. Dessutom fanns tandhygienist från Munhälsogruppen på Attendo Hamnparken varje vecka och erbjöd tandhygienistbehandlingar. Tandläkare från Flexident och

Munhälsogruppen erbjöd patienter på Attendo Hamnparken nödvändig tandvård regelbundet under året.

Avtal för medicinsk fotsjukvård fanns med en av KSON upphandlad fotterapeut.

Fotsjukvård som inte krävt remiss har erbjudits på plats på Attendo Hamnparken av en av boendet utsedd fotsjukvårdare.

Avtal finns med Apoteket AB som genomför årlig kvalitetsgranskning av läkemedel och läkemedelshantering.

Avtal fanns med Vårdhygien som genomför hygienrond på verksamheten, efter verksamhetens initiering. De finns även till hjälp för att få råd och stöd samt erbjuder utbildningar både webbaserat och lokalt.

Avtal finns med Invacare för extern kontroll av taklyftar och vårdsängar och utförs en gång per år eller enligt föreskrivet intervall.

För service av hyrda eller personförskrivna hjälpmedel finns avtal med Sodexo.

Samverkan mellan verksamhetens yrkesgrupper runt patienten

Samverkan och informationsöverföring mellan HSL- och SoL-personal sker i första hand via dokumentationssystemen Procapita och Lifecare.

Samverkan kring patienterna sker i regelbundna teammöten, var fjärde vecka, där omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med gruppchef är sammankallande.

Samverkan kring patienten vid inflytt sker mellan kontaktman, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, gruppchef, patienten och dennes närstående vid ett välkomstsamtal inom en vecka.

Samverkan med samtliga personal på Attendo Hamnparken sker varje månad på arbetsplatsträff (APT).

Samverkan mellan HSL-personal har skett kontinuerligt, vid dagliga avstämningar gällande patienter samt regelbundna HSL-möten.

Samverkan mellan biträdande verksamhetschefer för samtliga Attendo-boenden i Norrtälje har skett genom regelbundna möten.

Samverkan mellan sjuksköterskorna på samtliga Attendo-boenden har skett vid ett gemensamt sjuksköterskemöte.

Samverkan mellan arbetsterapeut och sjukgymnast på samtliga Attendo-boende i Norrtälje har skett vid regelbundna möten.

Ledningsgruppen för Attendo Hamnparken består av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, sjuksköterska, gruppchefer, arbetsterapeut och planeringsledare. Samverkan i denna grupp har skett vid regelbundna möten varje månad.

Samverkan har även skett internt inom de olika ansvarsgrupperna på Attendo Hamnparken:

- Kvalitetsgrupp
- Hygienombud
- Palliativa ombud
- Inkontinens - och förrådsombud
- Värderingscoacher

- Kostombud

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 medarbetarna på Vegagatan. Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser ska efterföljas.

Informationsöverföring sker både internt och externt, muntligt och skriftligt och är en viktig resurs i patientsäkerhetsarbetet. Det är viktigt att informationen skyddas från att spridas oavsiktligt samt avsiktligt till fel mottagare. Vid anställning får varje medarbetare läsa vad som ingår i tystnadsplikten och signerar det dokumentet. Studenter informeras även de om tystnadsplikt och får via högskolan signera ett dokument gällande att de har tystnadsplikt.

En riskbedömning görs innan personal får tillgång till journalsystem. Alla som får tillgång läser och signerar dokumentet ”Behovs och riskanalys för behörighet till journalsystem”.

Sjuksköterskor har läsbehörighet i journalsystemet Take Care. Vid inflytt tillfrågas den enskilde om samtycke till att uppgifter hämtas från Take Care.

För att säkerställa att journalföring sker på ett säkert sätt utför verksamhetschef loggkontroll varje kvartal i journalsystemet LifeCare och Procapita. Kontrollerna har under året visat att inga medarbetare har tagit del av journaler där ingen vårdrelation föreligger.

Loggkontroll gällande Take Care sker av Capio/Legevisitten varje månad. Inga avvikelser har uppkommit under året.

Verksamheten har under året jobbat i flera system där personuppgifter registreras:

- Signeringsverktyget Appva - sjuksköterskor använder SITHS-kort vid inloggning i dator.Vid inloggning i mobila enheter används tvåfaktorsidentifiering för både HSL-personal och omvårdnadspersonal.
- Planeringsverktyget Epsilon - i början av året användes individuella lösenord för att logga in i systemet men under året ändrades inloggningsmetod till tvåfaktorsidentifiering.
- Kommunikationsstödet Collabodoc - används för kommunikation mellan läkare på Capio Legevisitten och sjuksköterska. Vid inloggning används SITHS-kort.
- Kvalitetsregister - SITHS-kort används för inloggning.

En god säkerhetskultur

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

Det krävs att verksamhetsledningen har en positiv inställning och har öppna dialoger där medarbetare är delaktiga och får aktivt delta i att förbättra brister och risker.

Avvikelsehantering är en av grundpelarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntra och uppmanas kontinuerligt till att skriva avvikelser för att uppmärksamma brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner. I samband med nyanställning samt vid APT och teammöten får samtliga medarbetare ta del av rutinen för avvikelsehantering. Ledningen på Attendo Hamnparken belyser kontinuerligt varför avvikelser är en viktig del av verksamheten. När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra en vårdskada skrivs en avvikelse. Risker och avvikelser har sedan mitten av mars 2024 rapporterats i Hamnparkens interna avvikelsesystem ADD. Fram till mitten av mars rapporterades avvikelser i Centuri. Kvalitetssamordnare och verksamhetschef tilldelas avvikelsen. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp på kvalitetsmöte som hålls varje månad. Tilldelade personer bedömer allvarlighetsgraden och vid misstanke om allvarlig vårdskada, Lex Maria, eller risk för missförhållande enligt Lex Sarah, kontaktas verksamhetschef samt MAS. En utredning, av en person utsedd av Attendo, genomförs i dessa situationer, skyndsamt. Utredningen kvalitetssäkras av Attendos MAS som därefter genomför ställningstagande om händelsen ska rapporteras vidare till IVO. Alla avvikelser sammanställs månadsvis och analyserar i ett kvalitetsgrupp. Resultat analyseras för att kunna se olika mönster och trender. I kvalitetsgruppen ingår:

- verksamhetschef
- biträdande verksamhetschef/HSL-ansvarig sjuksköterska/kvalitetssamordnare
- sjuksköterska
- arbetsterapeut/sjukgymnast
- samordnare
- gruppchefer.

Efter analys och fördjupning i kvalitetsgruppen tas sedan avvikelserna upp på teammöten samt APT. Förbättringsförslag, handlingsplaner samt nya förbättrade rutiner och arbetssätt är ett resultat av inkomna avvikelser. I forumen teammöte, ledningsgruppsmöten samt APT lyfts dessa delar samt aspekter som rör arbetsmiljö regelbundet upp på ett sätt som syftar till att främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring att identifierade risker. Stor vikt läggs vid att poängtera att arbetet med riskanalyser, avvikelsehantering och egenkontroll inte syftar till att leta syndabockar, utan betraktas som något positivt i arbetet med ständiga förbättringar för en hög patientsäkerhet.

Under året skulle implementering ske av ett Patientsäkerhetsarbete - detta har ej påbörjats som

tanken var att det skulle, vilket gör att det blir ett av fokusområdena under 2025 att jobba med.

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.

Att medarbetarna i verksamheten har god yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. Detta påbörjas redan vid rekryteringsprocessen och fortsätter vidare under anställningen genom att medarbetarna genomför relevanta internutbildningar, både webutbildningar och praktiska utbildningar. Ett samarbete mellan verksamhetschef och samordnare säkerställer en god och trygg bemanning och schemaläggning, utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens. Verksamheten ska vara bemannad med personal som innehar sådan kompetens och erfarenhet att patientens behov av omsorg och personligt stöd kan tillgodoses. Samtlig personal ska ha kunskaper, förmågor och färdigheter som behövs för att garantera patienten omsorg och vård av god kvalitet. Det innebär till exempel att ha kunskaper om människors olika förutsättningar och behov, att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs och ha kunskap om gällande regelverk. I denna process har samordnaren en viktig roll i att tillse att rätt person är på rätt plats. Vid god kännedom om personal och dess kompetens bidrar det till en ökad kvalitet i verksamheten. Även kunskap om schemaplanering och schemaläggning blir en viktig del för att tillse att personal planeras på så sätt att vården inte ska brista. Att exempelvis tillse att personal alltid finns tillgänglig med delegering är en kompetens som måste tillvaratas i planering av arbetet för att arbeta på ett patientsäkert sätt. Att samordnaren även har en god kännedom om vilka timvikarier som arbetar gör att rätt person kan sättas på rätt plats för en god kvalitét.

Attendo Hamnparken har enligt avtal med beställarorganisationen ett krav på att minst 80% av omvårdnadspersonal ska vara utbildade undersköterskor. Närmare 90% av omvårdnadspersonalen på Attendo Hamnparken är utbildade undersköterskor.

Varje enskild medarbetares kompetensnivå och behov av utbildning och utveckling gås igenom årligen vid medarbetarsamtal.

Den legitimerade personalen undersöker kontinuerligt vilka utbildningar som är aktuella att genomföra mot bakgrund av de äldres aktuella hälsotillstånd. Under det årliga medarbetarsamtalet identifierar verksamhetschefen tillsammans med medarbetaren dennes behov och önskemål av val av utbildningar

Sjuksköterska har funnits på plats på Attendo Hamnparken mellan kl. 07.00-17.00 alla vardagar samt

mellan kl. 07.00-16.00 på lördagar och söndagar. Nattetid mellan kl. 20.45 - 07.15 har en sjuksköterska funnits i tjänst på Attendos fyra boende i Norrtälje. På kvällstid har sedan i mars Attendos mobila sjukskötersketeam haft uppdraget att ansvara för HSL-insatser. Under januari - mars var det ordinarie dagsjuksköterskor som turades om att ansvara för den arbetsuppgiften.

Sjukgymnast och arbetsterapeut har funnits på plats på Attendo Hamnparken tre dagar/vecka med möjlighet att komma övriga dagar om behovet uppstått.

Undersköterskor och vårdbiträden har varit i tjänst dygnet runt samtliga dagar.

Patientansvarig läkare från Capio Legevisitten har varit på plats på Attendo Hamnparken en dag per vecka, därutöver har hon varit tillgänglig på telefon mellan kl. 8.00 - 16.00 på vardagar. Övrig tid har Capio Legevisittens Säbo-jour haft ansvaret för läkarinsatserna.

Tre omsorgspersonal har genomgått Palliativt Kunskapscentrums (PKC) utbildning till palliativombud under 2024. Sedan tidigare finns det tre omsorgspersonal, en sjuksköterska, en sjukgymnast och biträdande verksamhetschef som gått den utbildningen.

Samtliga fem sjuksköterskor har gått utbildning i :

- Läkemedelshantering

- Diabetes

- Äldre och läkemedel

som getts av Apoteket AB via KSON.

En undersköterska blev under 2024 färdig Specialistundersköterska inom demensvård.

Samtlig personal på Attendo Hamnparken genomgick i början av 2024 utbildning inom Första hjälpen vid psykisk ohälsa, Lågaffektivt bemötande samt Hot och våld.

Samtlig omvårdnadspersonal har under året gått Attendos internutbildning i Kontaktmannaskap.

Dokumentationsombuden har under hösten fått en internutbildning i upprättande av genomförandeplan.

Inkontinensombuden har under året fått utbildning i inkontinensvård av företaget Attends.

Gruppcheferna har fått utbildning i ledarskap.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheten arbetar aktivt med att göra patienten och dess närståendes delaktighet i vården. I samband med inskrivning så informeras närstående att det är möjligt att delta i patientsäkerhetsarbetet. Patienten görs delaktig i sin planering av vård och omsorg i hälsoplaner och i genomförandeplanen. För att säkerställa den äldres behov av vård och omsorg arbetar enheten i tvärprofessionella team. Med patientens medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande till närstående.

Vid förändrat hälsotillstånd hos patienten, erbjuds vårdplanering där patienten och/eller närstående deltar. Vid vård i livets slutskede erbjuds brytpunktssamtal med läkaren där patient och dess närstående erbjuds att vara delaktiga.

I verksamheten anordnas boråd regelbundet.

Nyhetsbrev skickas ut till närstående, från verksamhetschefen, en gång per månad.

Patient och närstående informeras i samband med inflytt och därefter i närståendebrev att det finns en blankett för synpunkt och klagomål att fylla i och lämna in.

Närståendeträff har skett två gånger under 2024. På den första närståendeträffen hölls en föreläsning om psykisk ohälsa. På den andra träffen togs resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning upp till diskussion.

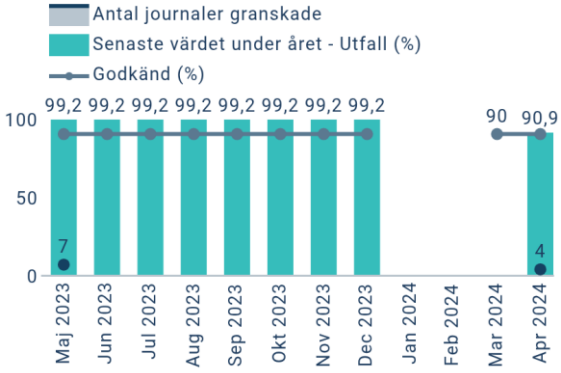
Verksamheten samarbetar med patienter och närstående via resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning, Attendos egen kundundersökning samt inkomna synpunkter och klagomål.

Agera för säker vård

Egenkontroll

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.

Kvalitetsindikatorer		Kommentar
Dokumentationsgranskning HSL Säkerställa att dokumentationen uppfyller lagstiftning.		

Identifiering

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Självskattning/följsamhet till basala hygien- och klädrutiner	4 ggr/år	Årshjul Attendo
Avvikelser	1 ggr/månad	Avvikelsesystem
Narkotikakontroll	1 ggr/månad	Protokoll samt digitalt signeringssystem

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Dygns- och nattfastakontroll	2 ggr/år	Protokoll
Palliativregistret	10 ggr/år	Utdataportal registret
Senior Alert	10 ggr/år	Statistik i registret
BPSD-registret	10 ggr/år	Statistik i registret
Infektionsregistrering	4 ggr/år	Uppföljningsmall
Apoteksgranskning	1 ggr/år	Protokoll
Vårdhygien	1 ggr/år	Protokoll

Analys

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner	100 % av medarbetarna ska göra webbutbildningen. 100% följsamhet till basala hygienrutiner	Merparten av fastanställd personal har gjort webbutbildningen. 85% följsamhet.	Följsamheten till basala hygienrutiner kan bli bättre	Vi fortsätter påminna om att följa basala hygienrutiner då detta är ständigt pågående arbete	Självskattning och observationer som sker enligt årshjul	All personal	Socialstyrelsens föreskrifter om basala hygienrutiner. Kvalitetssystem
Säkerställa att avvikelser registreras i avvikelsessystemet	Avvikelsehantering sker i ADD/Centuri. Avvikelser tas upp på avvikelsemöte, APT, teammöte	Den som observerar avvikelsen registrerar den i systemet	Alla avvikelser skrivs inte i avvikelsesystemet	Fortsätta uppmuntra till att registrera avvikelser	Genomgång på avvikelsemöte, APT och teammöte	All personal	Kvalitetsledningssystem
HSL-journal granskning	Godkänd HSL-dokumentation	Godkänd dokumentation i enligt med gällande lagar, förordningar och förskrifter.	MAS-granskning av dokumentation. Återkoppling på HSL-möte. Handledning i dokumentation för att förbättra dokumentationen	Kollegiala granskningar. Lära av varandras dokumentation.	Kollegial granskning enligt årshjul	HSL-personal	HSL-lagar, förordningar och föreskrifter
Kontrollräkning narkotika	Att identifiera eventuellt svinn i narkotikajournaler	Under 2024 upptäcktes enstaka avvikelser	God följsamhet till narkotikakontroller	Måntliga kontroller av narkotikajournaler av ansvarig sjuksköterska	HSL-ansvarig sjuksköterska följer upp varje	Sjuksköterskor	Hälso- och sjukvårdslagen

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
				för denna uppgift	månad att konroller gjorts och utreder om avvikelser finns		
Dygns- och nattfastakontroll	Säkerställa att de boende inte har mer än 4 timmar mellan måltider på dagen samt en nattfasta som inte överstiger 11 timmar.	Flertal boende vars nattfast överstiger 11 timmar, dock har samtliga av dessa boende dokumenterade åtgärder	Resultatet visar att dygns- och nattfastakontroller behöver fortsätta för att säkerställa att de boendes nattfasta inte överstiger 11 timmar.	Behov av fortsatt tydliggöra vikten av mellanmål under dygnet	Nattfastakontroller	All personal	Socialstyrelsens
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Att förebygga VRI	En stor minskning kan ses i antalet antibiotikabehandlade urinvägsinfektioner både hos patienter med och utan urinkateter. Antalet antibitoikabehandlingar hos patienter med urinkateter har minskat från 26 stycken år 2023 till 2 stycken under 2024, motsvarande antal för patienter utan urinkateter har minskat från 20 stycken år 2023 till 11 stycken år 2024.	Fortsätta följa upp VRI varje månad	Mätning av VRI varje månad. Preventivt arbete med basala hygienrutiner.	Sammanställning kvartalsvis av HSL-ansvarig sjuksköterska	All personal	Vårdhandboken
Palliativregistret	Att uppnå Socialstyrelsen satta målnivåer	Jämfört med 2023 så har enheten	Vården under patientens	Använda validerat smärtskattning	HSL-ansvarig sjuksköters	All personal	Socialstyerlsen, Palliativregist

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
	gällande smärtskattning med validerat smärtskattning sinstrument samt dokumenterad munhälsa under patientens sista vecka i livet.	förbättrat sina resultat inom angivna områden. Smärtskattning med validerat smärtskattning sinstrument har ökat från 30% 2023 till 81,8% år 2024 och dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan har ökat från 60% år 2023 till 81,8% år 2024. Enheten har närmat sig Socialstyrelsens uppsatta målnivåer men har ännu inte kommit hela vägen dit.	sista vecka i livet kan förbättras på enheten	sinstrument, förbättra dokumentationen av munhälsan sista veckan i livet. Utbilda 2 palliativombud på varje plan.	ka tar statistik från palliativregistret varje månad på HSL-möte		ret
Senior Alert	Samtliga boende som gett sitt godkännade ska ha riskbedömningar och åtgärder i Senior Alert	En klar förbättring ses i antalet registreringar i registret jämfört med 2023. Majoriteten av alla patienter har registrerats i registret	Arbetet med att få omsorgspersonalen mer delaktig i registreringarna kommer att implementeras under 2025.	Följa årshjulet för HSL-arbetet. Riskbedömningar och åtgärdsplaner kommer att göras på teammöte för att få omsorgspersonalen delaktig i arbetet.	HSL-ansvarig sjuksköterska tar statistik från Senior Alert varje månad på HSL-möte	All personal	Senior Alert
BPSD-registret	Samtliga boende på demensavdelning ska ha bemötandeplan i BPSD-registret	Samtliga boende på demensavdelning har bemötandeplan	Registrering i registret har gjorts i hög utsträckning	Fortsätta göra registreringar och uppföljningar i registret	Omvårdnadsansarig sjuksköterska tar statistik från BPSD-registret varje månad på teammöte	All personal	BPSD-registret
Apoteksgranskning	Godkänt restultat på Apoteksgransk	Ett antal förbättringsförslag hittades	Vissa förbättringsområden	Åtgärdsplan upprättad efter protokollet	HSL-ansvarig sjuksköters	All personal	Apoteket

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
	ning		sågs vid granskningen		ka följer upp att åtgärdsplanen följs		
Vårdhygien	Att följa vårdhygieniskt arbete	Vissa vårdhygieniska förbättringsområden identifierades	Vissa vårdhygieniska brister sågs vid granskningen	Vårdhygieniska förbättringsområden sammanställdes i en åtgärdsplan	HSL-ansvarig sjuksköterska följer upp att åtgärdsplanen följs	All personal	Hälso- och sjukvårdslagen

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker

Alla medarbetare, inklusive studenter och praktikanter på enheten ska delta i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet, ha kunskap om hur de identifierar risker för vårdskador och är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Samtliga medarbetare ansvarar för att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medför eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. För att kunna arbetar förebyggande behöver både verksamhetschef och medarbetare känna till och vara medvetna om om vilka situationer och arbetsmoment som kan vara riskfyllda och arbeta systematiskt med att förebygga dessa. Information om denna skyldighet samt introduktion i hur avvikelsesystemet fungerar har under 2024 givits vid nyanställning som en del av introduktionen samt lyft på APT, HSL-möte och teammöten. Vårdskador eller risk för vårdskador har under året kunnat upptäckas i rimlig tid genom sjuksköterskornas och omvårdnadspersonalens kontinuerliga omvårdnadsarbete samt genom ett systematiskt arbetssätt med uppföljning av inkomna avvikelser i förbättringsområdet. Genom standardiserat patientsäkerhetsarbete utifrån rutiner, checklistor och samverkansforum har verksamheten arbetat med att förebygga och tidigt upptäcka vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår med mera.

Under 2024 har tre händelser rapporterats in som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Alla tre händelser utreddes som vårdskada enligt Lex Maria. Ingen händelse rapporterades vidare till IVO som allvarlig vårdskada. Utredningarna har visat på att dokumentation och överrapportering behöver förbättras.

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.

Läkemedelsgenomgångar

Samtliga patienter får årliga läkemedelsgenomgångarna vilka syftar till att optimera patientens behandling och då det är befogat avsluta onödig läkemedelsbehandling. Som grund till läkemedelsgenomgången har analys av blodprover samt bedömning enligt PHASE-20 (vilket är en symtomskattningsskala som identifierar symtom av eventuella biverkningar eller interaktioner). Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska genomförde tillsammans med patienten och i vissa fall kontaktman och/eller närstående läkemedelsgenomgångar för samtliga patienter under 2024.

Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder syftar till att skydda våra boenden från skada. Insättande av skyddsåtgärder kräver att en teambasread riskbedömning görs samt ett samtycke från patienten. Alla beslut kring skyddsåtgärder har fattats i omvårdnadsteamet, vilket bestått av omvårdnadsansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och omvårdnadspersonal. Insatta skyddsåtgärder har följts upp var tredje månad samt vid behov.

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Delegering av HSL-uppgifter är nödvändigt i verksamheten. Delegering av HSL-uppgifter föregås av en web-utbildning samt en skriftlig kunskapskontroll som görs på arbetsplatsen. Efter att en nationell rapport kring risker avseende läkemedelshantering inom kommunal vård och omsorg publicerats av Socialstyrelsen 2023 har beställarorganisationen KSON valt att göra en satsning på kompetenshöjande åtgärder samt kontroll av rutiner avseende delegering. Verksamhetens rutin för delegering har reviderats utifrån Attendos riktlinje samt kriterier angivna av KSON.s MAS. Samtliga sjuksköterskor har även gått en utbildning i tre steg avseende läkemedelshantering och delegering.

Dokumentation

Dokumentationen har utgjort en central del i patientsäkerhetsarbetet på Attendo Hamnparken Norrtälje. Rätt information ska finnas tillgänglig vid rätt tid och under korrekt term i den digitala

journalen. HSL-dokumentationen har skett i dokumentationssystemet Procapita. En tydlig rutin har funnits för vad som skall dokumenteras och hur ofta informationen skall följas upp. Informationen i journalen har uppdaterats då patientens tillstånd och behov förändrats men för att säkerställa att inget missas har en översyn av status, riskbedömningar och vårdplaner skett enligt ett årshjul för HSL-dokumentation. Biträdande verksamhetschef har följt upp att dokumentationen följer årshjulet och återkoppling har lämnats till sjuksköterskegruppen.

När vård av patienten bedöms av en läkare att den övergår till livets slutskede har en vårdplan upprättats och dokumentation sker enligt Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP). I samband med att NVP del 2D har satts in har dokumentationen i den elektroniska journalen avslutats och istället skett i vårdplanen i pappersform.

Driftstopp

I varje journalpärm finns allmänna uppgifter, anamnes och kontaktuppgifter för patienten utdragna i pappersformat. Vid inflyttning har omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarat för att dessa skrivs ut och sätts in i pärmen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar sedan för att dessa ständigt är aktuella. Vid planerade driftstopp har även aktuell status samt aktuella omvårdnadsordinationer skrivas ut och förvaras i patientens pärm.

Vid driftsstoppet ska dokumentation ske på ”Journalblad vid driftstopp” och föras in i Procapita senast inom 48 timmar. Under 2024 har inget driftstopp varit på Attendo Hamnparken.

Inkontinenshjälpmedel

Inkontinenshjälpmedel har förskrivits individuellt av sjuksköterska efter inkontinensutredning. Nikola.nu har använts som bedömningsinstrument. Utredningen följs upp två gånger per år, eller oftare vid förändrat hälsostatus för patienten. Som stöd i utredningen användes Attincare.

Förskrivning av individuella arbetstekniska hjälpmedel

Det har förekommit att rehab förskrivit individuella hjälpmedel för att främja aktivitet och säkra förflyttningar. Detta har varit hjälpmedel som stärker patientens egna förmåga till ett hälsosamt liv. Rehab har kunnat identifiera ett aktivitetsproblem/aktivitetsbehov, åtgärden på detta aktivitetsproblem har varit att antingen träna funktion eller att kompensera med hjälpmedel som exempel har kunnat vara digital kalender eller klocka, ljudboksspelare, griptång, rollator eller rullstol. Rehab har sedan tränat patienten i användandet och informerat personal som kunnat stötta i användandet. Åtgärden har följts upp kontinuerligt.

Vid förskrivning av individuella arbetstekniska hjälpmedel har informationen kommunicerats till omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna skriftligt i Procapita, muntligt på teammöte och genom handledning. Alla hjälpmedel har funktionskontrollerats minst en gång per år samt vid utprovning.

Säkra förflyttningar

Rehab har även ordinerat förflyttningstekniker när patienten behövt hjälp av personal. Exempel på det är manuella förflyttningstekniker eller förflyttningsteknik med stöd av arbetstekniska hjälpmedel.

Förflyttningsordination kommuniceras till övrig personal muntligt samt via skriftlig förflyttningsordination i Procapita. Förflyttningsordinationer utvärderades kontinuerligt i teamet.

Samtlig omvårdnadspersonalen utbildades i ergonomi och förflyttningsteknik via digitala onlinekurser samt via praktisk övning på verksamheten av sjukgymnast och arbetsterapeut.

Sjukgymnastens och arbetsterapeutens handledning av omvårdnadspersonalen har varit en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Omvårdnadspersonalen har instruerats kontinuerligt vad gäller förflyttning och mobilisering. Detta för att öka säkerheten för båda parter i en förflyttningssituation. Omvårdnadspersonalen har uppmanats att också ta tillvara på patientens egna resurser, för att bibehålla dennes fysiska förmågor så länge som möjligt och samtidigt minska risken för olyckor.

Medicintekniska produkter (MTP)

MTP inventeras och besiktas 1-2 gånger / år. Omvårdnadspersonalen uppmanas att göra en snabb funktionskontroll inför varje förflyttning med instruktioner som att:

- är hjälpmedlet helt och rent
- finns inga synliga skador
- tekniken fungerar.

Vid avvikelser kontaktar rehab samt att avvikelse skrivs i ADD.

Läkarkontakt

Läkarkontakt har skett kontinuerligt under dygnets alla timmar via telefonsamtal.

För kommunikation av icke akuta ärenden användes kommunikationsstödet Collabodoc. Collabodoc har inneburit att tid har frisatts för patientbesök i samband med att läkaren besökt verksamheten då mindre icke akuta ärenden inte behöver hanteras då.

Alla akuta ärenden har hanterats via telefonsamtal mellan sjuksköterska och läkare.

Läkemedel

Samtliga patienter på Attendo Hamnparken har läkemedel via dospåsar, det vill säga från apoteket dosdispenserade läkemedel. Rullar med dosdispenserade läkemedel har tagits emot och fördelats avdelningsvis av sjuksköterska, omvårdnadspersonal med delegering eller tjänstgörande sjuksköterska har sedan fördelat dospåsarna till patientens läkemedelsskåp.

Dosettdelning har förekommit för läkemedel som inte kan dispenseras i dospåse, vid kortare antibiotikakurer samt vid insättande av nya läkemedel som ska utvärderas efter en viss tid. Dosetter har delats av tjänstgörande sjuksköterska och lämnats i patientens läkemedelsskåp av omvårdnadspersonal med delegering för arbetsuppgiften. Utlämnandet av dosett till patientens läkemedelsskåp har sedan signerats i Appva, för spårbarheten. Dosetter har lämnats ut för en vecka i taget för att undvika dubbla dosetter i patientens läkemedelsskåp.

Originalförpackningar i patienternas läkemedelsskåp har förekommit för läkemedel som av olika anledningar inte kan delas i dosett utan behöver förvaras i originalförpackning, till exempel på grund av att de är ljuskänsliga eller fuktkänsliga.

Signering av administrering och överlämning av läkemedel sker i det digitala signeringsstödet Appva

Riskbedömningar för psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett stort problem för många personer över 65 och delvis dolt då det slentrianmässigt har setts som en naturlig del av åldrandet. På Attendo Hamnparken har riskbedömningar för psykisk ohälsa skett i samband med inflytt om behov finns samt om behov uppstår.

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.

Hälso- och sjukvården präglas ständigt av interaktioner mellan människor, teknik och organisationer. Förutsättningar för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar.

Situationer i omvärlden som kriget i Ukraina och det spända världspolitiska läget har inneburit att riskmedvetenhet och förberedelser inför en eventuell kris har blivit mer centrala delar av verksamheten.

Under 2024 har det vid upprepade tillfällen blivit förseningar av olika leveranser på grund av restsituationer. Verksamheten har försökt hantera detta genom att tillhandahålla större lager i verksamheten. Dock så har utrymme varit en begränsande faktor samt den arbetsinsats som krävs för att administrera ett större lager såsom att ha kontroll på att inga varor passerar sista förbrukningsdag. På grund av detta har verksamheten en begränsning i hur stora lager som kan tillhandahållas.

Gällande läkemedelsförsörjning så har verksamheten sett under 2024 hur restsituationer blir allt vanligare. Det har inte varit möjligt att tillhandahålla ett lager av läkemedel för privat bruk i enlighet med Socialstyrelsens råd om att ha ett lager för tre månaders förbrukning. Detta har berott på att det inte är möjligt att beställa originalförpackningar för läkemedel som dosdispenseras.

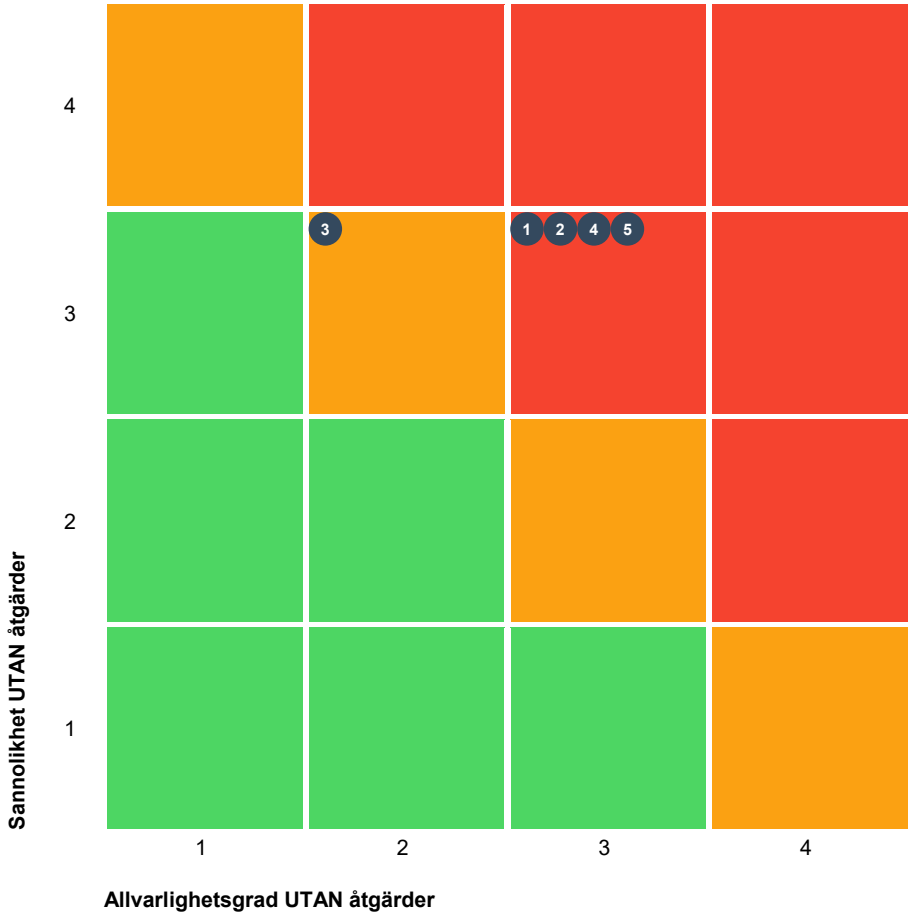
Inom Attendos verksamheter i Norrtälje har det sedan flera år funnits ett väl grundat samarbete avseende att hjälpa varandra med material och läkemedel. Gemensam lagerhållning har funnits för material som sällan används. Vid behov av material som varit restnoterat eller behövts med kort varsel har Norrtälje Sjukhus varit behjälpliga.

Under 2024 har det till viss del varit svårt att rekrytera omvårdnadspersonal och gruppchef. Detta grundar sig till viss del på hög konkurrens i Norrtälje men även på en brist av utbildad personal. Attendo Hamnparken har till viss del löst problematiken genom att erbjuda vårdbiträden utbildning till undersköterskor på arbetstid genom finansiering av äldreomsorgslyftet.

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.



4 Hög 1 Medium | Totalt: 5

Hög
Medium
Låg

	Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
4	Mycket stor - kan inträffa dagligen	Katastrofal - dödsfall, självmord, fysiska/sexuella övergrepp, bestående funktionsnedsättning
3	Stor - kan inträffa varje vecka	Betydande - allvarlig bestående skada/påtaglig risk för skada av kunds hälsa och utveckling, upprepade psykiska övergrepp, kränkande behandling, annan vanvård inklusive allvarlig försummelse, betydande brister i vårdmiljö
2	Liten - kan inträffa varje månad	Måttlig - risk för skada av kunds hälsa och utveckling, övergående funktionsnedsättning, tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen, tillfällig eller mindre allvarlig försummelse, otillräckligt stöd för att klara sig själv, förlängd vård eller behandlingstid
1	Mycket liten - kan inträffa 1 gång/år	Mindre - obehag eller obetydlig skada för kund

Nr.		Risker		Åtgärder	Slutdatum
1		**Negativ påverkan på hälsa r/t värmebölja** **Beskrivning** Ihållande perioder av värme under sommaren kan orsaka både hälsoproblem och ökad dödlighet. Det gäller särskilt under de perioder när värmen är hög under hela dygnet. När nätterna är varma hinner kroppen inte återhämta sig och det kan vara svårt att få ned temperaturen inomhus. Värmens negativa effekter på hälsan omfattar ett vitt spektra från relativt milda symtom såsom uttorkning och nedsatt allmäntillstånd, till mer allvarliga symtom såsom värmeslag och hjärtinfarkt. De negativa hälsoeffekterna av värme uppstår ofta redan samma dag eller efter en till två dagar efter att höga temperaturer noterats. **Konsekvensbeskrivning** Risk för ex uttorkning, nedsatt allmäntillstånd, värmeslag.		**Vätskeersättning** Minska risken för uttorkning	2024-08-31
				lokaler Fläktar i allmänutrymmen och be boende köpa fläkt till boendes rum	2024-08-31
2		**Risk för stickskada** **Beskrivning** Icke sticksäkra insulinnålar används hos en patient enligt rekommendation från diabetessköterskan för att se om patientens svängande blodsocker beror på att det är svårt att ge honom insulin med sticksäkra nålar. Patienten tar insulinet själv men personalen skruvar på och av insulinnålen. **Konsekvensbeskrivning** Risk för stickskada när nålen ska skruvas av och läggas ner i avsedd burk för stickande föremål.		**Sticksäkra produkter** Minska risken för stickskador	2024-01-31
6		**Titel på riskanalys: Införande av Digital signering i Appva MCSS** **Beskrivning** Centralt beslut är taget om att			

Nr.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
	digital signering ska införas i alla verksamheter där vi har HSL och MAS ansvar och/eller de verksamheter där vi har HSL-ansvar men där kommunen har MAS-ansvar och kommunens MAS har godkänt implementering av digitalt verktyg. Appva MCSS skall användas - ingen eg. skillnad i arbetssätt. Leg personal skapar signeringslistor och omv. personal signerar utförda insatser. Skillnaden är att detta sköts digitalt istället för på m manuella listor. Alla delegeringar skrivs direkt i MCSS och måste vara signerade av båda parter för att vara giltiga. SSK, VC och lokal admin arbetar i web-gränssnittet och omv.personal arbetar i telefonappen. Inloggning i web-gränssnittet sker med siths-kort alt via Net IQ. Inlogg i telefon-app sker mha lösenord och tagg. Precis som tidigare så ska insatsen/signeringslistan inte innehålla ngn info/förtydligande av ordination, denna info återfinns på ordinationshandlingen. **Konsekvensbeskrivning** Risk för åtkomstproblem i web-applikation - kan leda till att leg personal inte kan säkra korrekta insatser och inte kan utfärda delegeringar vilket i sig kan leda till att missar i läkemedelshanteringen ute hos kund.		
3	**Gruppchefer** **Beskrivning** Korrekt information från ledingen kommer inte fram till boende och anhöriga **Konsekvensbeskrivning** Boende får inte rätt information , oro, minskad delaktighet och inflytande i beslut om deras situation kan minskar	**Information om organisatorisk förändring, till anhöriga och boende** Att samtliga berörda ska få information i tid om förändring och hur det kommer att fungera	2024-04-30

Nr.		Risker		Åtgärder	Slutdatum
4		**Obehöriga tar sig in i lokalerna på kvällar/nätter** **Beskrivning** Obehöriga personer som tar sig in på avdelningarna på kvällar/nätter **Konsekvensbeskrivning** Otrygghet för de som bor på avdelningarna		**Byte av kod och tidsbegränsad möjlighet att ta sig in med kod** Minska risken att obehöriga tar sig in på avdelningarna under kvällar och nätter	2024-06-30
5		**Hot och våld av närstående** **Beskrivning** Substanspåverkad närstående som tidigare uppträtt hotfullt/störande och slagit sönder inredning **Konsekvensbeskrivning** Otrygghet för personal och andra boende		**Ändra rutin för att ta sig in i lokalerna** Minska risken för utmanande beteende från närstående	2024-06-30

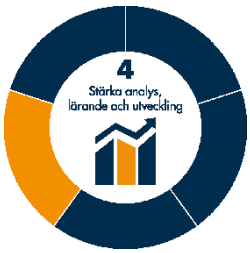
Ingen boende drabbades negativt av värme under sommaren, vilket tyder på att insatta åtgärder hade önskvärd effekt.

Under en period användes icke sticksäkra produkter hos en patient efter rekommendationer från specialistmottagningen. Efter utvärdering av denna period har åter sticksäkra produkter börjat användas igen hos patienten, då utvärderingen inte visade på önskvärt resultat. Detta har resulterat i att risken för stickskada har minimerats då vi återgått till sticksäkra produkter.

Statistik visar på att antalet läkemedelsavvikelser minskat sedan övergång till det digitala signeringssystemet Appva. Även om tillfällen med åtkomstproblem har funnits, så har dessa tillfällen inte påverkat arbetet i det stora hela. Vi ser att övergången till digital signering har haft en positiv effekt på läkemedelshanteringen.

Efter förändring i inpasseringsmöjligheterna till verksamheten har aggressiva och hotfulla närstående befunnit sig vid färre tillfällen i verksamheten på tider då ledningen för boendet inte är på plats. Några hotfulla situationer har uppstått och polis har tillkallats men över tid sett så har dessa tillfällen avtagit.

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.

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

Gjorda utredningar på enheten visar att dokumentation och informationsöverföring är två områden som det finns brister inom, både på verksamheten men även mellan verksamheten och Attendos Mobila sjukskötersketeam som är verksamma på enheten på kvällar.

Verksamheten registrerar i BPSD-registret, Svenska palliativregistret och Senior Alert. Under 2024 har resultatet i registren använts för att utvärdera hur arbetet fortskrider kopplat till patientsäkerhet. Dock behöver det göras mer systematiskt i utvecklingsarbetet för BPSD och Senior Alert. När det gäller resultaten i Svenska palliativregistret kan det ses att verksamheten kommit en bra bit på väg mot uppsatta målnivåer.

Vid Lex Maria är det av största vikt att förankra åtgärdsplanen baserat på identifierade orsaker till avvikelsen i hela verksamheten, det görs på kvalitetsmöte, APT och morgonmöte så fort det registreras som en allvarlig händelse som utreds enligt Lex Maria. På så vis blir det levande och fler drar lärdom inför framtiden. Ingen Lex Maria har rapporterats från verksamheten under 2024.

Genom regelbundna journalgranskningar av HSL-dokumentationen identifieras eventuella förbättringsområden i syfte att öka patientsäkerheten.

Avvikelser

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

Kategori	Totalt 2024 i ADD	Totalt 2024 i Stratsys	Totalt 2024
Fall - ej skada	101	18	119
Fall - skada	20	6	26
Fall - sjukhusvård	3	0	3
Läkemedel - glömt ge	24	7	31
Läkemedel - glömt signera	12	0	12
Läkemedel - fel delat, ej givet	4	3	7
Läkemedel - fel info	25	1	26
Läkemedel - fel dos/styrka	6	3	9
Läkemedel - fel i narkotikaräkning	0	1	1
Läkemedel - fel läkemedel	6	1	7
MTP - handhavande	7	7	14
MTP - fel på utrutsning	0	0	0
Total	208	47	255

Under 2024 rapporterades totalt 255 HSL-avvikelser in. Under 2023 rapporterades 92 HSL-avvikelser in.

Det har fortsatt varit stort arbete med att uppmuntra samtliga medarbetare att rapportera in avvikelser genom samtal på arbetsplatsträffar och teammöten. Fokus har varit att skapa en kultur där själva rapporteringen av avvikelsen inte ses som något negativt utan snarare som ett sätt att övergripande se vad som behöver förbättras på verksamheten. Fokus har också varit på att skapa en förståelse hos alla medarbetare för alla delar som ingår i avvikelsehanteringen – rapportering av avvikelsen, dokumentation i dokumentationssystem, samtal med kollega för att reda ut varför avvikelsen uppstått och åtgärdande av avvikelsen. Arbetet med dessa faktorer har under året lett till en bättre dialog kring avvikelser. Ett fortsatt arbete pågår med att få alla medarbetare att både kommunicera muntligt i överlämningar kring avvikelser och fokuserar på att lösa avvikelserna på ett konstruktivt samt dokumentera avvikelsen i avvikelsehanteringssystemet och i patientens journal.

Utifrån jämförelsen av antalet avvikelser som rapporterats in under 2023 och 2024 så har antalet ökat med 163 stycken, vilket tolkas som att arbetet med att uppmuntra personalen att skriva avvikelser har gett önskad effekt. Antagandet är att det under 2023 var en underrapportering av avvikelser inom alla kategorier. En teori om varför antalet inrapporterade avvikelser har ökat 2024 jämfört med 2023 är att verksamheten aktivt har jobbat med att få personalen att rapportera inträffade avvikelser och att det är händelsen man rapporterar in och att det inte ska ses som att det är någon som gjort något fel.

På månadsvisa kvalitetsmöten sammanställs och analyseras avvikelser i kvalitetsgruppen.

Det är svårt att dra en bra slutsats om antalet fall- och läkemedelsavvikelser har ökat eller minskat under året, då det har rapporterats in ett mycket större antal avvikelser inom alla kategorier under 2024 jämfört med 2023. Ser man det procentuellt så var andelen inrapporterade fallavvikelser 55% under 2023 jämfört med 58% 2024. Andelen inrapporterade läkemedelsavvikelser var 40% 2023 jämfört med 36% 2024 - en tänkbar anledning till den något lägre procentuella andelen läkemedelsavvikelser 2024 kan vara att verksamheten sedan i mars 2024 använder det digitala signeringssystemet Appva - där sjuksköterskorna följer upp missade signeringar dagligen. Andelen inrapporterade avvikelser avseende MTP ligger procentuellt oförändrat 0,4% 2023 jämfört med 0,5% 2024.

En sammantagen bild av avvikelsehanteringen är att verksamheten verkar följa avvikelserutinen bättre när det gäller situationer där Appva inte fungerar samt att registreringen av avvikelser har ökat under 2024.

Klagomål och synpunkter

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

Under 2023 rapporterades 4 klagomål in till verksamheten att jämföra med 6 stycken under 2024. Dessa klagomål har kommit från patienter och närstående på enheten.

Inga klagomål har kommit till verksamheten via patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Klagomål följs upp av verksamhetschefen med personlig återkoppling till de berörda. Inkomna synpunkter och klagomål tas också upp i kvalitetsteamet och vid APT varje månad.

Kvalitetsregister

På Attendo Hamnparken registreras det i tre kvalitetsregister:

- BPSD-registret

- Senior Alert

- Svenska palliativregistret

BPSD-registret

Under 2024 gick samtlig omvårdnadspersonal på demensavdelningarna utbildning i BPSD-registret. Två sjuksköterskor har sedan tidigare gått utbildningen. Samtliga boende på demensavdelningar har under året registrerats i registret och bemötandeplaner har tagits fram. Arbetet på avdelningarna behöver nu fokuserar på att all personal ska jobba enligt dessa bemötandeplaner och att de uppdateras kontinuerligt, så det inte bara blir ett dokument som sitter i en pärm. Registreringar och uppföljningar i registret kommer vara en stående punkt på teammöten som hålls en gång i månaden.

Under 2025 kommer kvalitetsregistret SWEDEM implementeras på Attendo Hamnparken som en del i implementeringen av Attendos Demenskoncept. Detta kommer möjliggöra uppföljningar av vården för patienter med kognitiv sjukdom och blir ett bra komplement till registreringarna i BPSD-registret.

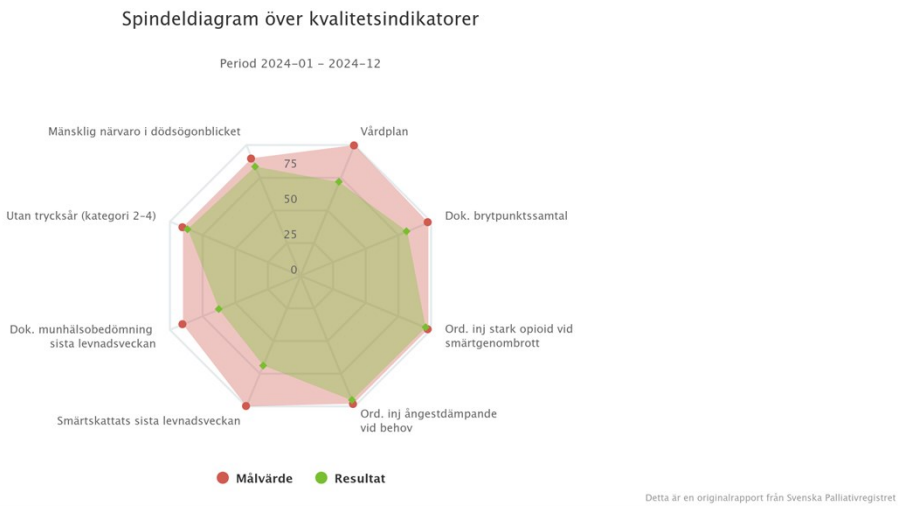
Senior Alert

Under 2024 har riskbedömningar för majoriteten av alla patienter på Attendo Hamnparken gjorts i Senior Alert. På grund av att endast ett fåtal registreringar hade gjorts året innan, har sjuksköterskorna gjort alla registreringar under 2024 för att komma ikapp med arbetet. Under 2025 kommer registreringar och uppföljningar i Senior Alert vara en stående punkt på teammöte en gång i månade, detta för att få till en teambasera bedömning och att upptäckta risker blir ett aktivt jobb i hela arbetsgruppen.

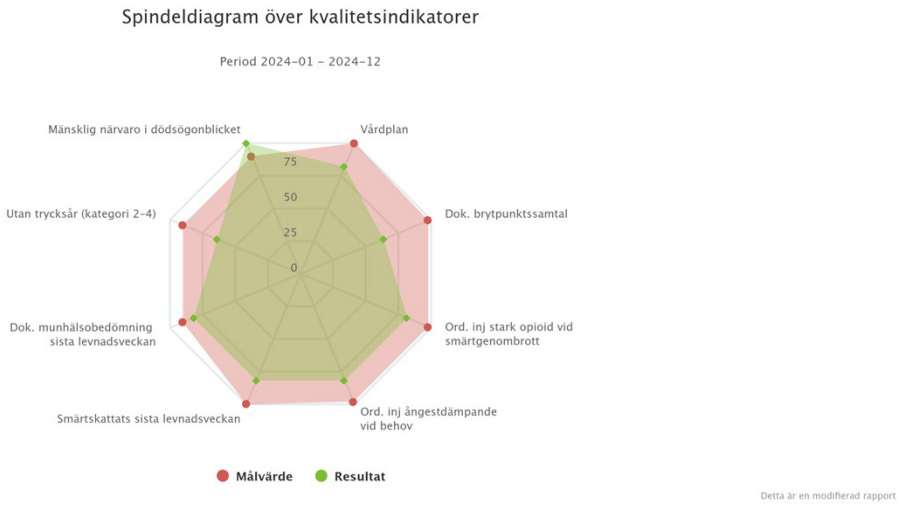
Svenska palliativregistret

I stort sett alla patienter som avlidit på enheten har registrerats i Svenska Palliativregistret under 2024. De registreringar som gjorts visar att enheten är närmat sig Socialstyrelsens uppsatta målnivåer då det gäller om patienten smärtskattats sista levnadsveckan med validerat smärtskattningsinstrument men även då det gäller den dokumenterade munhälsan under patientens sista levnadsvecka. Jämfört med riket i stort så har enheten ett något bättre resultat då det gäller dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan samt smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument. Samtlig personal gick utbildning i Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP) under 2023, där dessa punkter ingår som dagliga kontroller, men många personal upplever en osäkerhet på hur vårdplanen ska användas. Kompletterande utbildning kommer att hållas under 2025 för sjuksköterskor men också för nyanställd omvårdnadspersonal som inte har gått utbildningen tidigare. Möjlighet kommer också finnas för personal som tidigare gått utbildningen att gå den igen. Fler omvårdnadspersonal kommer också att utbildas till palliativombud vid Palliativ Kunskapscenter (PKC) under 2025. Fokus kommer fortsätta ligga på att dessa områden förbättras under 2025, för att enheten ska uppnå Socialstyrelsens uppsatta målnivåer. Statistik från registret kommer att följas på HSL-möte varje månad samt på palliativombudsmöten varje kvartal.

Spindeldiagram över hur det ser ut i hela Sverige under 2024:



Spindeldiagram över hur det ser ut på enheten under 2024:



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.

För att säkerställa att verksamheten fortsatt arbetar för hög patientsäkerhet under 2025 kommer fokusområden från 2024 kvarstår då dessa bedöms som vitala för verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

För att säkerställa hög standard av hygienrutiner kommer verksamheten arbeta med årlig utbildning och muntlig information vid teammöten, arbetsplatsträffar samt dagliga stickprovskontroller utförda av sjuksköterska för att säkerställa efterlevnad. Genom att kombinera utbildning och kontroller strävar vi efter att skapa en kultur av förbättring där hygienrutinerna är en integrerad och självklar del av varje medarbetares dagliga arbete.

För att säkerställa korrekt hantering av läkemedel görs årliga kunskapstester genomföras där kompetensen hos respektive medarbetare kartläggs på ett strukturerat sätt. Sjuksköterska lägger stort fokus på att aktivt bedöma huruvida en omvårdnadspersonal kan inneha en delegering samt vilka delar delegeringen bör innehålla för att på så vis hålla delegeringarna för all omvårdnadspersonal aktuella både i praktiken och i teorin. Strukturerad uppföljning av givna delegeringar görs under delegeringens giltighetstid. Kontinuerlig handledning ges också angående användningen av digitala signeringssystemet Appva med fokus på att upprätthålla frekvensen av signerade insatser i tid samt ytterligare stärka administreringen av läkemedel.

Sammantaget kommer fokus under kommande år vara att bygga vidare på säkerhetskulturen. Alla medarbetare i verksamheten kommer involveras för att säkerställa att säkerhetskulturen är genomgående i verksamheten. Arbetet kommer fortsatt ske genom skapandet av tydliga rutiner för riskfyllda situationer, bedrivandet av utbildning och regelbunden reflektion. Utöver detta kommer stort fokus ligga på att uppmuntra öppen kommunikation där alla medarbetare känner sig trygga att rapportera incidenter och potentiella risker. Att ledningen lyssnar på och tar itu med uppkomna utmaningar är avgörande för att identifiera och åtgärda säkerhetsbrister. Slutligen är det viktigt att erkänna och belöna säkerhetstänkande beteenden. Genom att uppmuntra och belöna personal som tar initiativ för att främja säkerheten, kan en kultur där säkerhet ses som en central del av verksamhetens uppdrag skapas.

Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år

Det övergripande målen för 2025 är att:

- Svenska palliativregistret - målet är att närma oss de av Socialstyrelsen satta målnivåerna med fortsatt satsning på munhälsa och smärtskattning. Målet är att 90% ska ha en dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan och 95% ska ha fått en smärtskattning med validerat smärtskattningsinstrument under sin sista levnadsvecka. Följs upp kvartalsvis.
- Registreringar i Senior Alert (fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion) ska göras på ett teambaserat sätt på teammöte och uppföljningar och åtgärder skall göras kontinuerligt var tredje månad. 100 % av de boende ska vara registrerade i registret.
- Utföra BPSD-registreringar för alla som bor på demensinriktad avdelning. Målet är att 100 % registrerats på helår samt uppföljningar av dessa en gång per år.
- Förbättra följsamhet till basal hygien och klädregler. 100% följsamhet till basala hygienrutiner samt 100% av medarbetarna ska göra webutbildningen basala hygienrutiner.
- Målet för HSL-dokumentation är att uppnå godkänt resultat (över 90%) på dokumentationsgranskning.

Under 2024 har fokus legat på arbetet med den palliativa vården och omsorgen, riskbedömningar och åtgärder i Senior Alert samt HSL-dokumentationen. Då vi trots detta inte nått upp till önskat resultat i Senior Alert och Svenska Palliativregistret, kommer vi fortsätta arbeta med dessa områden under 2025. Målet att uppnå godkänt resultat i granskningen av HSL-dokumentationen uppnåddes under 2024. Det målet ska uppnås varje år vilket innebär att vi kommer fortsätta följa årshjulet för dokumentationen för att bibehålla kvaliteten i dokumentationen. En utmaning under 2025 för att uppnå det målet är att verksamheten kommer att byta dokumentationssystem och med det blir det också en förändring i strukturen att dokumentera.

Hygienronder och kollegiala granskningar av basala hygienrutiner har visat på brister under 2024. Fokus under 2025 kommer vara att förbättra personalens följsamhet till de basala hygienrutinerna.

Område	Mål	Strategi/er	Åtgärder
Stärka analys, lärande och utveckling	Förbättra kvaliteten i vården och omvårdnaden i det palliativa skedet Närma oss Socialstyrelsen uppsatta målnivåer inom smärtskattning (95%) och dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan (90%). 100 % av patienterna ska registreras i Senior Alert. 100 % av patienterna på demensavdelning ska registreras i BPSD-registret	Fördjupa arbete med analys av resultat från Svenska palliativregistret, Senior Alert och BPSD-registret för att öka förståelsen och därmed göra arbetet med registret mer levande och värdefullt. Samtliga boende ska registreras i palliativregistret, Senior Alert och BPSD-registret.	Utbilda palliativa ombud. Följa upp på varje HSL-möte hur registreringar i registren går. Registreringar och uppföljningar i registren blir en stående punkt på teammöte.
Öka riskmedvetenhet	Förbättra personalens följsamhet till basala	Fördjupa arbetet med analys av resultat från	Följa upp på teammöte och APT vad granskningarna

Område	Mål	Strategi/er	Åtgärder
	hygienrutiner - 100 % följsamhet till basala hygienrutiner och 100 % av de anställda ska göra web-utbildningen basala hygienrutiner.	kollegiala granskning av följsamhet till basala hygienrutiner	visat. Stärka hygienombuden i deras ombudsroll.
Stärka analys, lärande och utveckling	Förbättra kvaliteten i HSL-dokumentationen genom att uppnå godkänt resultat på över 90%.	Följa årshjulet för HSL-dokumentation.	Genomgång på HSL-möte att årshjulet följs. Kollegial dokumentationsgranskning. Utbildning i det nya dokumentationssystemet som införs under 2025 samt utbildning i den nya dokumentationsstrukturen.