



Patientsäkerhetsberättelse
för 5311 Attendo Vårdbo Norrtälje
År 2024



Datum: 2025-02-28

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Informationssäkerhet	11
En god säkerhetskultur	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Patienten som medskapare.....	16
Agera för säker vård.....	17
Egenkontroll	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador	22
Tillförlitliga och säkra system och processer	24
Säker vård här och nu.....	27
Riskhantering	28
Stärka analys, lärande och utveckling.....	33
Avvikelser	33
Klagomål och synpunkter	35
Kvalitetsregister	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap	37
Mål, strategier och utmaningar för hälso-sjukvårdsarbetet för kommande år	39

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 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 Vårdbo Norrtälje består av 66 lägenheter varav vissa är tillgängliga för parboende. Lägenheterna är fördelade på åtta avdelningar varav tre är demensavdelningar. På Attendo Vårdbo Norrtälje erbjuds heldygnsvård.

De verktyg som använts i patientsäkerhetsarbetet har varit bl.a. riskbedömning och riskanalys, avvikelserapportering och analyser av avvikelser, kvalitetsmöten, egenkontroll, avtalsuppföljning, hantering av synpunkter och klagomål samt externa granskningar av verksamheten. Nedan följer en sammanfattning av några av de viktigaste punkterna i patientsäkerhetsarbetet under 2024.

Under 2024 påbörjades "patientsäkerhetsprojektet" vilket bygger på Socialstyrelsens verktyg för analys av patientsäkerhet i kommunal vård och omsorg. Analysen genomfördes under våren och under hösten har arbetet med handlingsplaner påbörjats. Analysen gav bekräftelse på redan identifierade svagheter och gav möjlighet att fördjupa förståelsen för dessa områdens påverkan på patientsäkerheten.

Ett av dessa områden var patientsäkerhetskulturen där det sedan tre år tillbaka har funnits ett pågående arbete. En viktig del i arbetet med patientsäkerhetskulturen har varit att skapa ett "icke skuldbeläggande förhållningssätt" med fokus på systemet istället för individen samt att öka antalet rapporterade risker och avvikelser.

Registrering i nationella register, såsom Senior Alert, Svenska palliativregistret och BPSD-registret har fortgått under året.

Basala hygien och klädregler (BHK) har varit ett prioriterat område och har följts upp regelbundet.

Nollvision för fall och trycksår har varit två viktiga områden där metoden delvis bestått i en mer noggrann utredning av avvikelser där arbetsterapeuten utreder och följer upp samtliga fall.

Ett annat viktigt mål för 2024 har varit att få in patientsäkerhet på alla agendor i samtliga mötesforum.

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 §

Målsättningen för patientsäkerhetsarbete har varit att kunna erbjuda säker vård av god kvalitet. Inom Attendo finns ett robust ledningssystem med riktlinjer som lätt kan omsättas till rutiner i det patientnära arbetet.

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet under 2024 har genererats ur verksamhetens egenkontroller, HSL-uppföljning dels av KSON.s MAS men även Attendos kvalitetsutvecklare, granskning av HSL-dokumentation, apotekets granskning av läkemedelshantering samt aktuella kvalitetsregister.

Målen avseende patientsäkerhet innefattar förbättringsarbete som faller inom lagrummet HSL.

Område: "Patientsäkerhetsprojektet"

MÅL:

1. Genomför analys av patientsäkerheten med hjälp av Socialstyrelsens verktyg för förstärkt patientsäkerhet i kommuner.
2. Upprätta handlingsplaner utifrån resultatet

Åtgärder:

- Upprätta en patientsäkerhetsgrupp
- Genomgå Socialstyrelsens utbildning avseende patientsäkerhet
- Regelbundna möten i patientsäkerhetsgruppen
- Genomför workshops för att ta fram handlingsplaner

Område: Basala Hygienrutiner och Klädregler (BHK)

MÅL:

1. Arbeta mer teambaserat kring hygienfrågor
2. 100 % följsamhet till BHK. Delmål: Andelen medarbetare som spritar händerna innan användning av handskar skall öka till minst 80%

Åtgärder

- Ett hygienombud/plan som arbetar tillsammans med gruppchef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- Gruppcheferna tar över den dolda punktprevalensen för BHK
- OAS ansvarar för hygienrund på sina avdelningar.
- Fokus-månad för hygien med fokus på teknik vid handdesinfektion och följsamhet till BHK.
- Fortsätta arbeta enligt årshjul för hygienarbete

Område: Fullgod HSL-dokumentation

MÅL: Över 90 % vid granskning av HSL-journaler

Åtgärder

- Granskning av 10 HSL-journaler varje månad med återkoppling i sjuksköterskegruppen
- Följa årshjulet för HSL-dokumentation

Område: Säker läkemedelshantering

MÅL: Godkänt resultat på apoteksgranskningen

Åtgärder

- Följsamhet till verksamhetens rutin för läkemedelshantering
- Utbildning avseende läkemedel som erbjuds av KSON

Område: Säkra delegeringar

MÅL: Godkänt resultat vid stickkontroll av KSON.s MAS

Åtgärder:

- Revidera rutin för delegering utifrån kravspecifikation från KSONS MAS
- Implementera checklista för uppföljning av delegeringar
- Implementera nya kunskapstest
- Samtliga sjuksköterskor skall gå utbildning i fyra steg som erbjuds av KSON

Område: God och säker omvårdnad

MÅL: Gröna siffror i Senior Alert

Åtgärder

- Teambaserat arbete med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar i kvalitetsregistret Senior Alert
- Fast agenda för teamträffarna

Område: Palliativ vård

MÅL: Uppnå "gröna resultat" i Svenska Palliativregistrets spindeldiagram

Åtgärder:

- Fortsatt arbete enligt den nationella vårdplanen för palliativ vård
- Fortsatt kompetensutveckling för palliativombuden utifrån vad som erbjuds från PKC
- Samtliga medarbetare skall göra PKC.s e-utbildning

Område: Inkontinensbedömningar/Inkontinensordinationer

MÅL: Samtliga patienter med inkontinens skall ha hjälpmedel som provats ut och förskrivits av sjuksköterska.

Åtgärder:

- Genomgång av samtliga ordinationer två gånger om året.
- Fokusmånad utifrån Attendos "checklista för att lyckas med INKO"
- Utbildning på plats med produktspecialist
- Implementera flödesschema för förskrivning av inkontinenshjälpmedel

Område: Fall

MÅL: "Nollvision fall", antalet fall i verksamheten skall minska

Åtgärder:

- Arbetsterapeut utreder samtliga fall
- Uppdatering av rutiner
- Implementering av checklista för omvårdnadspersonalen

Område: Trycksår

MÅL: "Nollvision Trycksår", Inga patienter ska utveckla trycksår

Åtgärder:

- Fokusmånad för trycksår

Område: Patientsäkerhet på alla möten

MÅL: Patientsäkerhetsfrågor skall finnas som en fast punkt på agendan för samtliga möten

Åtgärder:

- Fast agenda för teamträffarna
- Lyfta aspekten patientsäkerhet på kvalitetsmöte, under punkten kvalitet på APT och ledningsgrupp

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschefen har haft det övergripande ansvaret för att vården bedrivits i enlighet med de lagar som styr verksamheten samt att säkerställa en god och säker vård.

När denne inte varit på plats har Biträdande verksamhetschef haft det övergripande ansvaret.

Verksamhetschefen har ansvarat för att:

- Verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem.

- Planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten.
- Identifiera och verkställa nödvändig samverkan.
- Formulera mål i samråd med verksamhetens medarbetare samt att 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, rapporterade risker, avvikelser och allvarliga händelser.
- Uppföljning och analys av verksamheten sker.
- Lokal kontroll/verifiering sker årligen.
- Utse en sjuksköterska med ansvar för läkemedelsförråd.
- Utse sjuksköterskor ansvar för kontroll av narkotiska preparat.

Biträdandeverksamhetschef har ansvaret för att i samråd med verksamhetschefen tillse att :

- HSL-rutiner finns är uppdaterade och aktuella i enlighet med lagstiftning.
- Narkotikan blir räknad varje månad.
- Årliga vaccinationer sker.
- Följsamhet till Basala Hygien och Klädregler (BHK) följs och kontrolleras regelbundet
- Förbereda och delta vid inspektioner, avtalsmöten, övriga kund/anhörig-möten
- Handlings och åtgärdsplaner upprättas efter uppföljningar, inspektioner, avtalsmöten, övriga kund/anhörig-möten
- Medverka i kvalitetsråd, HSL- och SSK-möten
- Bistå VC i hantering och utredning av synpunkter, klagomål, rapporterade risker, avvikelser och allvarliga händelser.
- Patientsäkerhetsberättelsen upprättas

Gruppchefer har ansvaret för att:

- daglig drift på respektive våningsplan fungerar
- rekrytera och introducera nya medarbetare på respektive våningsplan
- våningsmöten hålls regelbundet för respektive våning
- utse kontaktmannaskap samt se till att kontaktmannaskapets arbetsuppgifter efterföljs.
- välkomstsamtal & vårdplaneringar genomförs.
- riskbedömningar genomförs
- kontrollbesikta rum innan inflyttning och kontakt med kund och närstående i samband med inflytt.
- ansvarig för att SOL-dokumentation och genomförandeplanerna är skrivna och uppdaterade
- varje boende har ett fungerande trygghetslarm
- tillvarata medarbetarnas synpunkter och förslag för att utveckla och förbättra verksamheten.
- motivera arbetsgruppen och ge återkoppling i en positiv anda inom omsorgsarbetet.
- medverka i verksamhetsplanering och uppföljning.
- utse mentorer/handledare och medverka i handledning av studenter och medarbetare

Kvalitetssamordnaren har ansvaret för att:

- Leda den lokala kvalitetsgruppen, där verksamhetschef, bitr. verksamhetschef, sjuksköterskor och omvårdspersonal medverkar.

Sjuksköterska med ansvar för läkemedelsförrådet har ansvarat för att:

- Systematisk egenkontroll av läkemedel sker.
- Medverka vid Apotekares kontroll av verksamhetens läkemedelshantering.

Sjuksköterska med dokumentationsansvar har ansvarat för att:

- Omvårdnadsdokumentationen följer Patientdatalagen samt de kvalitetskrav som ställs från Attendos KVV och MAS från beställarorganisationen.

Sjuksköterska har ansvarat för att:

- Utifrån brukarens behov systematiskt leda, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet.
- Utföra riskbedömningar avseende omvårdnad, ställa omvårdnadsdiagnos, 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 MAS
- Medverka i det systematiska kvalitetsarbetet
- Rapportera risker och avvikelser
- Bidra till att en hög patientsäkerhet uppnås

Fysioterapeut och arbetsterapeut har ansvarat för att:

- Bedöma av aktivitetsnivå och funktionsnivå
- Främja ett rehabiliterande och hälsofrämjande arbetssätt
- Ombesörja träning och kompenserande åtgärder
- Handleda personal inom det egna kompetensområdet
- Ta fram och vidareutveckla rutiner inom det egna kompetensområdet.
- Inventera och besiktiga av MTP.
- Följa upp mål och resultat inom det egna kompetensområdet.
- Delta i möten och aktiviteter
- Rapportera risker och avvikelser.

Undersköterskor samt icke legitimerade yrkesutövare har ansvarat för att:

- Det praktiska omvårdnadsarbetet utförs på ett personcentrerat och patientsäkert sätt i samverkan med sjuksköterska.
- medarbetare med delegering är när de utför delegerade arbetsuppgifter hälso- och sjukvårdspersonal och ansvarar för att utföra uppgiften korrekt.
- Medverka i framtagande, utvärdering och vidareutveckling av rutiner och arbetssätt.
- Rapportera risker och avvikelser samt eventuella missförhållanden till verksamhetschefen.
- Tillgodogöra sig relevanta kunskaper inom livsmedelshygien, basala hygien och klädregler.
- Inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerlig medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Attendo Vårdbo Norrtälje samverkade både externt och intern för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada under 2024.

Samverkan externt

Attendo Vårdbo Norrtälje hade LOV-avtal med Kommunalförbundet Sjukvård och Omsorg i Norrtälje (KSON).

Samverkan med KSON har skett genom regelbundna samverkansmöten, avtalsuppföljning samt kontakt med biståndshandläggare, boendesamordnare och avtalshandläggare genom mailfunktionen i journalsystemet LifeCare.

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 i vardagen uppstått via telefon och mail.

Läkaransvar för Attendo Vårdbo Norrtälje hade Capio Legevisitten.

Samverkan med läkarorganisationen har skett kontinuerligt vid rond en gång/vecka samt vid akuta förändringar i patienters hälsotillstånd då tjänstgörande sjuksköterska kontaktat ansvarig läkare, alternativt, på jourtid jourläkare. Samverkan med patientansvarig läkare har även skett via kommunikationsverktyget Collabodoc.

Samverkan med Norrtälje sjukhus har skett regelbundet då boende på Attendo Vårdbo Norrtälje har lagts in på sjukhus eller besökt någon av sjukhusets öppenvårdsmottagningar. Samverkan har även skett vid samverkansmöten mellan Norrtälje sjukhus och de olika SÄBO-aktörerna inom Norrtälje kommun. Fokus för dessa möten har varit säkra vårdövergångar. I detta forum har även samverkan kring hur man kan nyttja ambulansens resurser 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 Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus eller Södersjukhuset då boende på Attendo Vårdbo Norrtälje varit i behov av högspecialiserad vård.

Samverkan skedde regelbundet mellan Attendo Vårdbo Norrtälje och företag som arbetar med mun och tandhälsa.

- Upphandlad tandläkarorganisation inom Region Stockholm var Flexident, de utförde årliga munhälsobedömningar.
- Munhälsogruppen erbjöd tandhygienistbedömningar samt tandvård och fanns på plats på Attendo Vårdbo Norrtälje en gång i veckan.
- Mobila team från både Flexidents samt OralCares utförde nödvändig tandvård samt tandhygienisbehandlingar på Attendo Vårdbo Norrtälje regelbundet.

Avtal fanns med Apoteket AB för årlig kontroll av läkemedelshantering.

Avtal fanns för fotsjukvård med en av KSON:s upphandlade fotterapeuter.

Avtal fanns med vårdhygien Stockholm för exempelvis hygienrond, utbildning eller annat stöd för verksamheten då behov uppstår.

Samverkan internt

Samverkan har skett regelbundet vid APT.

Samverkan har skett dagligen vid morgonmöte.

Samverkan mellan HSL och SoL-personal har skett regelbundet vid team-träffar och våningsmöten.

Samverkan mellan HSL-personal har skett kontinuerligt samt vid veckovisa HSL-möten.

Samverkan inom sjuksköterskegruppen har skett kontinuerligt samt vid månatliga sjuksköterskemöten.

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

Samverkan har även skett med sjuksköterskegrupper från övriga Attendo-boenden i Norrtälje genom gemensamt sjuksköterskemöte.

Attendo Vårdbo Norrtäljes Ledningsgrupp består av Verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, gruppchefer, sjuksköterska, arbetsterapeut samt bemanningssamordnare. Samverkan i denna konstellation har skett månadsvis.

Samverkan har även skett intern inom de olika ansvarsgrupperna som är aktiva på Attendo Vårdbo Norrtälje.

- Kvalitetsgrupp
- Hygiengrupp
- Palliativgrupp
- Kostgrupp
- Inkontinensgrupp
- Värderingscoacher
- BPSD-grupp
- Arbetsmiljögrupp

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

All personal på Attendo Vårdbo Norrtälje har skrivit på sekretessavtal vid anställningens start.

På Attendo Vårdbo Norrtälje Norrtälje krävs att varje medarbetare har en personlig inloggning för att komma in i datorn, efter det krävs antingen personlig inloggning, SITHS-kort eller e-legitimation för att nå verksamhetens dokumentationssystem ProCapita och LifeCare.

All personal som behöver kunna gå in i individdokumentationen, har på blanketten "Behovsanalys för behörighet till journalsystem" fått signera att de tagit del av riktlinjerna kring åtkomst av dessa uppgifter.

Verksamhetschefen har var tredje månad utfört loggkontroller, för att säkerställa att endast behöriga haft tillgång till journalsystemen. Loggkontrollerna visade att inga medarbetare har tagit del av journaler där det inte föreligger en vårdrelation.

Verksamheten har under året använt andra applikationer och system där personuppgifter registreras såsom signeringsverktyget Appva, planeringsverktyget Epsilon samt de nationella kvalitetsregistren.

Avseende de nationella kvalitetsregistren har SITHS-kort använts för inloggning.

Avseende Appva har SITHS-kort använts av HSL-personal, vid inloggning i mobila enheter används

tvåfaktoridentifiering.

Avseende Epsilon har tvåfaktoridentifiering implementerats under året, innan dess användes lösenord.

Kommunikationsstödet Collabodoc har använts för kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor. Vid inloggning i Collabodoc används SITHS-kort.

En god säkerhetskultur



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

Patientsäkerhetskultur uppstår när man kombinerar begreppet organisationskultur med den inom vård och omsorg grundläggande principen att inte skada och innebär att man inom verksamheten arbetar för att medvetandegöra risker och främja säkerhet.

Under vårterminen 2021 identifierade sjuksköterskegruppen ett behov av att lyfta betydelsen av kulturen på arbetsplatsen och dess påverkan på patientsäkerheten. Ett arbete som har varit fortsatt centralt då vår övertygelse är att en god organisationskultur och arbetsmiljö är en förutsättning för en stark patientsäkerhetskultur.

Attendos övergripande uppdrag, "*att stärka individen*" gäller jämtemot boende och kunder men har även använts inom arbetsgruppen för att främja en god organisationskultur.

För oss innebär det att varje person:

- Är trygg och kan vara den de är
- Är delaktig och blir lyssnad på
- Blir bemött med värme och respekt
- Trivs och är en del av en gemenskap
- Upplever ökad mening och självständighet

Även Attendos uppförandekod har varit ett centralt verktyg för att främja en god kultur på arbetsplatsen.

En öppen kultur på Attendo Vårdbo Norrtälje skall karakteriseras av att:

- Alla i medarbetargruppen kan erkänna att ett fel kan inträffa.
- Alla i medarbetargruppen kan rapportera avvikelser och risker utan att känna oro eller rädsla för att bli straffad eller tillrättavisad.
- Alla oavsett profession eller avdelningstillhörighet samarbetar för att hitta lösningar på risker och problem.
- Alla i medarbetargruppen är beredda att lära av misstag och pröva nya arbetssätt

Patientsäkerhetskultur är beroende av en rad olika dimensioner av verksamheten.

Övergripande kvalitetsengagemang

För att skapa ett övergripande engagemang för kvalitetsarbetet på Attendo Vårdbo Norrtälje har månadens fokus varit ett viktigt verktyg. Under en fokuspåveckan har olika aspekter av ett ämne där vi vill åstadkomma en förbättring lyfts på ett sätt som skall locka till engagemang och delaktighet. En annan viktig strategi för att skapa engagemang har varit en från ledningens sida noggrann process kring avvikelshanteringen. Syftet har varit att medarbetarna skall känna att deras avvikelser tas emot och hanteras och framförallt att det i de fallen det är motiverat en förändring i våra arbetssätt sker.

Prioritering av patientsäkerhet

Att de som bor på Attendo Vårdbo Norrtälje gör det i säkerhet har varit av hög prioritet hos samtliga medarbetare. Utmaningen har legat i att bryta ner begreppet patientsäkerhet på en nivå där vi kan vara säkra på att vi nått samförstånd. Detta har gjorts genom att föra en dialog kring våra arbetssätt utifrån ett säkerhetsperspektiv där vi sätter den boende i centrum vid verksamhetens olika mötesforum.

Avvikelse rapportering

Arbetet kring avvikelserapportering har fokuserats på att verksamheten har ett systembaserat förhållningssätt där rapporteringen utgår ifrån patientperspektivet och att komma bort från "att skriva avvikelse på" någon medarbetare. Dialog har förts angående att avvikelser skrivs ur patientperspektivet. Vad var risken för patienten? Vad blev konsekvensen för patienten? Vidare har dialog förts angående att skriva avvikelserapporter vid risker och inte bara efter att något har hänt för att stärka det förebyggande arbetet.

Händelseanalys

Samtliga avvikelser har utretts av verksamhetschef eller biträdande verksamhetschef tillsammans med sjuksköterskor och arbetsterapeut för att sedan analyseras på organisationsnivå på verksamhetens kvalitetsmöte. Analysen på organisationsnivå har varit av stor vikt avseende att medvetandegöra själva syftet med avvikelserapporteringen, att kunna förbättra och jobba förebyggande inom hela organisationen. Att analysera avvikelser på en aggregerad och avidentifierad nivå har även stärkt budskapet av att inte skuldbelägga individer.

Lärandeorganisation

Syftet med att inkludera medarbetarna i analysen av händelser har varit att generera ett lärande samt att så många förändringar som möjligt skall grundas i medarbetarnas analys.

Kommunikation kring patientsäkerhetsfrågor

Kommunikation kring patientsäkerhetsfrågor har visat sig vara mycket viktig för att få en samsyn vad patientsäkerhet egentligen är. Samtal kring patientsäkerhetsfrågor har förts både i formella forum, såsom APT, Kvalitetsmöten, HSL-möten och Teamträffar men även informellt när frågeställningar uppstår.

Utbildning

Utbildning inom patientsäkerhet har varit en utmaning. Verksamhetschef, biträdande verksamhetschef samt en sjuksköterska, en arbetsterapeut, och två undersköterskor har genomgått Socialstyrelsens utbildning inom patientsäkerhetsfrågor. Behov finns även av utbildning

för undersköterskor och vårdbiträden inom patientsäkerhet.

Arbetsmiljö

Ett av de stora fokusområdena under de senaste åren har varit den psykosociala arbetsmiljön och under 2024 har arbetet fortsatt. Under året har samtlig personal erbjudits inspirationsföreläsningar inom området självledarskap.

Workshops i olika mötesforum har implementerats som verktyg för att stärka medarbetarnas delaktighet i beslutsfattande.

Teamsamverkan

Teamsamverkan kring patientsäkerhet har varit en utmaning. Anledningen till detta var att teamet kring patienten sällan träffas samtidigt. Samverkan sker istället mellan olika personalkategorier i olika forum. Sjuksköterskan har haft en viktig roll då hon ingår i samtliga forum och därav kan få en överblick och en förståelse för helheten av de arbetssätt och processer som påverkar patientsäkerheten och kan lyfta eventuell problem och risker. En målsättning för 2024 har varit att sätta upp patientsäkerhetsfrågor på agendan för samtliga möten inte minst på teamträffen.

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.

Attendo Vårdbo Norrtälje har haft sjuksköterskor på plats mellan 07:00 och 17:00 alla vardagar samt mellan 07:00 och 16:00 på helgdagar. Sjuksköterska med beredskap har funnits tillgänglig på telefon mellan 17:00 och 21:00 på vardagar och mellan 16:00 och 21:00 på helgdagar. Nattetid, mellan 20:45 och 07:15 har sjuksköterska som fördelar sin tid mellan fyra stycken Attendo-boenden funnits i tjänst.

Sjukgymnast delas men ett annat Attendo-boende och har funnits på plats, onsdag - fredag med möjlighet att komma även på måndagar och tisdagar om behov uppstår i verksamheten.

Arbetsterapeut delas med ett annat Attendo-boende och har funnits på plats måndag - onsdag med möjlighet att komma även torsdag och fredag om behov uppstår i verksamheten.

Undersköterskor och vårdbiträden har funnits på Vårdbo dygnet runt. Attendo Vårdbo har enligt avtal med beställarorganisationen krav på att 80 % av omvårdnadspersonalen är utbildade undersköterskor. Detta har bidragit till att det har funnits en hög andel undersköterskor på plats under året som gått. Vid sårbara perioder såsom sommarsemestrarna har verksamhetens planeringsledare strävat efter att fördela personalen på ett sätt som säkerställer att det finns kompetent personal på plats under dygnets alla timmar som stöd till mindre erfarna kollegor och vikarier.

Patientansvarig läkare från Capio Legevisitten har funnits tillgänglig för rond på plats en förmiddag i veckan samt på telefon, måndag till fredag 08:00 till 16:00. Övrig tid har Capio Legevisittens SÄBO-jour haft ansvaret.

Vid det årliga medarbetarsamtalet har verksamhetschef och medarbetare diskuterat behov av kompetensutveckling. Verksamhetschefen har satt upp en plan för kompetensutveckling inom verksamheten, dels genom vidareutbildning, externa utbildningar men även genom webbutbildningar i Attendo Talents.

Kompetensutvecklingsplan 2024

Obligatoriska utbildningar 2024:

- Livsmedelshygien
- Ergonomi och lyftteknik
- "Så här jobbar vi med INKO"
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Värmebölja
- Durevallinstitutet "Förebygga och bemöta utåtagerande beteende inom demensvård"
- PKC.s digitala utbildning avseende vård i livets slutskede
- Arbeta säkert med läkemedel för den som har innehaft delegering
- "Nollvision" avseende skyddsåtgärder för samtliga som arbetar på demensavdelning

Under 2024 avslutades Specialistsjuksköterskeutbildning inom vård av äldre för en sjuksköterska samt Specialistsjuksköterskeutbildning inom demensvård med Silviacertifiering för en sjuksköterska.

En sjuksköterska deltog i ÄO-dagarna.

Tre av fyra sjuksköterskor samt en av nattsjuksköterskorna deltog Apotekets AB.s utbildning avseende läkemedelshantering, diabetes och äldre och läkemedel via KSON

- Läkemedelshantering

- Diabetes

- Äldre och läkemedel

som getts av Apoteket AB via KSON.

Under 2024 avslutade 8 vårdbiträden en uppdragsutbildning till Undersköterska.

Under 2024 avslutade en undersköterska specialistundersköterskeutbildning inom neuropsykiatriska funktionsvariationer.

Samtliga Palliativombud, åtta undersköterskor samt en sjuksköterska genomförde Palliativt Kunskapscentrums (PKC) utbildning för palliativa ombud.

Verksamhetschef, biträdande verksamhetschef, gruppchefer samt en arbetsterapeut deltog i föreläsning avseende psykisk ohälsa hos äldre samt förebyggande av suicid.

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 §

Samverkan med boende har skett via boråd en gång per kvartal samt vid extrainsatta tillfällen då behov har funnits, de extrainsatta boråden avser framförallt kost.

Boråd och närståendeträffar har haft fokus främst på kvalitetsaspekten av omsorgen, inför kommande år behöver även patientsäkerhetsaspekten tas in i dessa forum.

Samverkan med närstående i form av närståendeträffar har skett två gånger under 2024, dock har detta varit främst ett forum för att förmedla information.

Patienter har gjorts delaktiga i den egna vården genom att riskbedömningar i så stor utsträckning som möjligt utförts i samråd med patienten samt att de åtgärder som satts in sker enlighet med patientens samtycke. Inom detta område finns dock ett stort förbättringspotential vilket bekräftades av "patientsäkerhetsprojektet", Inför kommande år är intentionen är att vården skall bli än mer personcentrerad och patienten skall inkluderas som en fullvärdig medlem i teamet.

Patient och närstående har erbjudits delaktighet i ankomstsamtalet, vårdplaneringsmöten samt den årliga läkemedelsgenomgången.

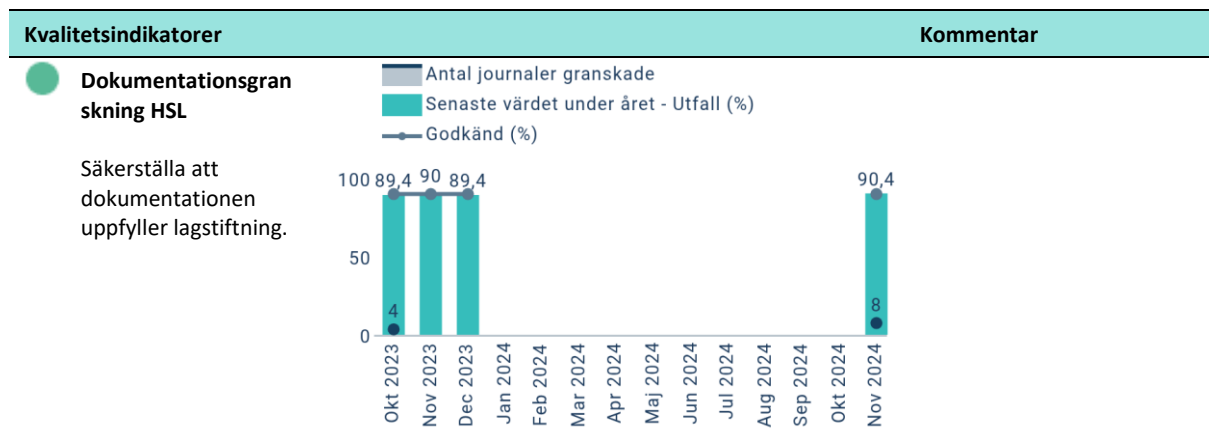
Agera för säker vård



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.



Dokumentationsgranskning SSK

Resultatet på HSL-dokumentationsgranskningen var godkänt. Granskningen visade att kraven för kvantitet till största del uppfylldes, dock fanns brister i kvaliteten på journaltexten. Att kraven för kvantitet uppfylldes berodde på att vi systematiskt uppdaterade dokumentationen efter ett årshjul. Avseende kvaliteten eller innehållet i själva journalanteckningarna har det varit en stor utmaning då utformningen av mallar och frastexter i beställarens version av ProCapita inte ligger i linje med Attendos dokumentationskrav. Många av nedslagen handlade om dokumentation av riskbedömningar vid inkontinens samt ordination av skyddsåtgärder vilket saknar journalmallar och därför behöver dokumenteras i fritext vilket gör dokumentationen ostrukturerad och ibland bristfällig. I samband med utredning av avvikelser har vi även sett att dokumentation som faller utanför årshjulet exempelvis uppdateringar i samband med förändrat hälsotillstånd eller

dokumentation i samband med akuta förändringar missas.

Journalgranskning Rehab

Rehabprofessionerna har utfört egenkontroll av sin dokumentation genom kollegial granskning. Stickkontroller och journalgranskning har utförts genom att 2ggr/år gå igenom en kollegas dokumentation utifrån både KSONS.s- och Attendos journalgranskningsmallar. Detta har skett i samarbete med kollegor från Attendo Hamnparken och Balders Båge har bidragit till ett kollegialt lärande resonemang kring hur vi ständigt lär och förbättrar vår dokumentation.

Status	Åtgärder	Slutdatum
✓ Avslutad	Det ska framgå var ifrån diagnoser är hämtade, källan ska vara daterad. Veta att diagnoserna är korrekta	2024-02-13
✓ Avslutad	Fortfarande otydliga formuleringar, skriva isär de olika samtyckena så att det blir tydligt vad patienten samtycker till.	2025-02-28
▶ Pågående	Riskbedömningar inkontinens Samtliga patienter skall riskbedömas avseende inkontinens och detta skall dokumenteras i patientjournalen på ett strukturerat sätt.	2025-02-28
▶ Pågående	Riskbedömningar i samband med ordination av skyddsåtgärd skall dokumenteras i HSL-journalen. Dokumentera riskbedömning i samband med ordination av skyddsåtgärd korrekt i patientjournalen. Det skall framgå inte bara att riskbedömningen är utförd utan vad den visade.	2025-05-31
✓ Avslutad	Lägga till samtycke avseende informationsöverföring.	2025-02-28

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) har syftat till att förhindra och förebygga spridning av eventuella smittor. Arbetet med BHK har varit pågående under hela året enligt ett årshjul som arbetades fram i hygiengruppen. Hygiengruppen på Attendo Vårdbo Norrtälje har bestått av Biträdande Verksamhetschef, en sjuksköterska med ansvar för hygien samt ett hygienombud. Aktiviteter som skett under året har varit hygienronder, stickkontroller och punktprevalensmätningar. Aktiviteterna har givit en tydlig bild av vad verksamheten behöver satsa på inom hygienområdet och insatser och utbildningar har planerats utifrån resultaten. De huvudsakliga insatserna under året har varit en fokusmånad, e-utbildning för omvårdnadspersonalen samt arbete med att förbättra förutsättningarna för följsamheten till BHK såsom tillgång till handsprit.

"Dolda" granskningar av BHK har genomförts en gång under vårterminen samt en gång under höstterminen. Personalgruppen informeras om att en granskning pågår men inte om vem som granskar resultatet av granskningarna har presenterats på APT där även dialog kring resultat och strategier för förbättring har förts.

Basala hygien- och klädregler 2024	Q2		Q3	
	Antal (N="20")	Andel	Antal (N="30")	Andel
Korrekt desinfektion av händerna före	8,00	40,00 %	18,00	60,00 %
Korrekt desinfektion av händerna efter	18,00	90,00 %	28,00	93,00 %
Korrekt användning av handskar	17,00	85 %	14,00	47 %
Korrekt användning av plastförkläde	10,00	50,00 %	23,00	77,00 %
Korrekt följsamhet basala hygienrutiner	3,00	15,00 %	16,00	53,00 %
Korrekt arbetsdräkt	18,00	90 %	29,00	97 %
Fri från ringar, klockor, armband, bandage	20,00	100 %	23,00	77 %
Naglar korta och fria från nagellack	16,00	80 %	28,00	93 %
Kort eller uppsatt hår	17,00	85 %	21,00	70 %
Korrekt följsamhet klädrutiner	13	65 %	19	63 %
Korrekt följsamhet i basala hygien och klädrutiner	3	15 %	14	46 %

Följsamheten till hygienrutiner ger utrymme till förbättring, framförallt avseende desinfektion av händer före, det är dock värt att poängtera att det skett en förbättring i jämförelse med 2023 års resultat. Avseende klädregler var följsamheten god, dock fanns individer som glömmer att ta av armband, ringar och eventuellt nagellack innan arbetspassets början.

Som ett komplement till de "dolda" granskningarna har öppna stickkontroller genomförts genom att sjuksköterskorna slumpvis väljer ut individer som kontrolleras i samband med ett omvårdnadsmoment.

Basala hygien- och klädregler 2024	Stickkontroller	
	Antal (N= 10)	Andel
Korrekt desinfektion av händerna före	8,00	80 %
Korrekt desinfektion av händerna efter	10,00	100 %
Korrekt användning av handskar	10,00	100 %
Korrekt användning av plastförkläde	8,00	80 %

Basala hygien- och klädregler 2024		Stickkontroller
Korrekt följsamhet basala hygienrutiner		
Korrekt arbetsdräkt	10,00	100 %
Fri från ringar, klockor, armband, bandage	9,00	90 %
Naglar korta och fria från nagellack	10,00	100 %
Kort eller uppsatt hår	10,00	100 %
Korrekt följsamhet klädrutiner	9	90 %
Korrekt följsamhet i basala hygien och klädrutiner	8	80 %

Resultatet av de öppna stickkontrollerna indikerar att omvårdnadspersonal har kännedom avseende BHK, följsamheten var avsevärt högre vid dessa kontroller.

Hygienronder

Hygienronder har genomförts en gång per kvartal. Hygienronderna visade på tillgång till hand- och ytdesinfektion i lägenheter, allmänna utrymmen samt kök och förråd. Däremot saknades tvål i lägenheterna vid ett fåtal tillfällen. Anledningen till detta var att boende inte ville att tvålen och pappershanddukarna avsedda för personalen skulle förvaras i deras badrumsskåp. Tillgången till tvål och pappersservetter fick bättre resultat under 2024 i jämförelse med 2023.

Vårdhygienisk egenkontroll

Vårdhygienisk egenkontroll (VEK) har genomförts enligt det verktyg för strukturerat ledningsarbete inom kommunal vård och omsorg som svensk förening för vårdhygien tagit fram. Resultatet har genererat uppdaterade rutiner för städning och punkdesinfektion i allmänna utrymmen.

Infektionsregistrering

Antalet antibiotikabehandlade infektioner har följts upp månadsvis. Ingen uppenbar minskning av antibiotikaanvändning kan identifierats. Den vanligast orsaken till antibiotikabehandling har varit urinvägsinfektioner hos vårdtagare utan urinkateter. Vid analys i sjuksköterskegruppen har det visat sig att det är återupprepade behandlingar hos en grupp av patienter med återkommande infektioner. Endast två infektioner hos kateterbärare har behandlats med antibiotika. Analys i sjuksköterskegruppen antyder att ett aktivt arbete med att avveckla urinkatetrar kan vara en bakomliggande faktor. Vidare har en spridd magsjuka registrerats. Ingen konstaterad Covid-19 eller influensa har registrerats, däremot har förkylningar förekommit.

Kontroll av signerade läkemedel

Kontroll av signerade läkemedel har genomförts dagligen klockan 13:00 och 16:00. Vid osignerade läkemedel har sjuksköterskor kontaktat omvårdnadspersonal för påminnelse. Avvikelser har skrivits vid de tillfällen någon glömt att signera ett läkemedel. Antalet osignerade läkemedel har följts upp månadsvis på kvalitetsmöte samt APT och förekomsten har minskat under året..

Mätning av nattfasta en gång/termin

	Antal patienter	Antal genomförda mätningar	Antal patienter med nattfasta över 11 timmar	Antal patienter som saknar dokumenterad åtgärd i journal vid överskriden nattfasta	Antal patienter med dygnsfasta över 4 timmar	Antal patienter som saknar dokumenterad åtgärd i journal vid överskriden dygnsfasta
VT 2024	69	69	25	0	8	0
HT 2024	66	66	30	0	0	0

Mätningen av natt- och dygnsfasta identifierade ett antal patienter med för lång natt eller dygnsfasta, dock fanns ordinerade åtgärder för samtliga.

Medicintekniska produkter (MTP)

Rehab har genomfört schematisk kontroll av MTP 1-2ggr /år.

Vårdsängar, takliftar och golvliftar har kontrolleras via serviceavtal med Invacare och Sodexo regelbundet samt genom att tekniker gör lättare underhåll efter behov under året.

Övriga hjälpmedel som överflyttningssplattformar, duschstolar, liftselen och andra småhjälpmedel har inspekterats 2ggr/år.

Personligt förskrivna hjälpmedel som rullstolar, elrullstolar har besiktigats och körförmåga har inspekteras och bedöms av förskrivare 1ggr/ år. Vid särskilda fall har sådana uppföljningar skett mer frekvent.

Utöver årliga kontroller har arbetsterapeut gått igenom samtliga hjälpmedel i hjälpmedelsförrådet och kontrollerat ålder och skick på hjälpmedlet. Gamla och slitna hjälpmedel har kasserats/returnerats. Förvaringen har sedan strukturerats på ett sätt som gör det lättare att hitta rätt hjälpmedel samt följa principer för hygien i förrådet.

Kontroll av temperatur för kylskåp avsett för läkemedel

I kylskåpen förvaras läkemedel enligt anvisningar från tillverkare. Temperaturen har kontrollerats en gång per vecka och kontrollen har signerats på därför avsedd lista. Vid risk för värmebölja har temperaturen kontrollerats dagligen. Temperaturerna som uppmättes låg inom tillåtna referensvärden.

Kontroll av temperatur i läkemedelsrum

Temperaturen har kontrollerats en gång per vecka och kontrollen har signerats på därför avsedd lista. Vid risk för värmebölja har temperaturen kontrollerats dagligen. Temperaturerna som uppmättes låg inom tillåtna referensvärden.

Kontroll av läkemedels hållbarhet samt kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel

Två sjuksköterskor har varit ansvarig för basförråd, att beställa hem och kontrollera utgångsdatum.

Tre andra sjuksköterskor har varit ansvariga för att kontrollräkna narkotikaklassade läkemedel. Kontrollräkningar har skett en gång per månad.

Apoteksgranskning

Apoteksgranskning har genomförts genom Apoteket AB med godkänt resultat. Ett fåtal förslag på

förbättringar genererades och genomfördes.

"Patientsäkerhetsprojektet"

Under 2024 utfördes en egenkontroll av verksamhetens patientsäkerhet genom analys av verksamhetens patientsäkerhet och handlingsplan för framtiden med hjälp av ett analysverktyg framtaget av Socialstyrelsen som en del i den nationella satsningen på patientsäkerhet. Analysen visade på tre områden och ett antal teman med potential för förbättringar som låg till grund för handlingsplaner inom patientsäkerhetsarbetet för kommande år.

"Patientsäkerhetsprojektet"		
Område	Tema	Område för upprättad handlingsplan
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer	Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling	Användandet av IT-stöd
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer	Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården	Dokumentation och informationsöverföring
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Analys som möjliggör lärande	Öka medarbetardeltaktigheten på kvalitetsmöte
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Lärande från analyser och det egna arbetet	Reflektion och workshop i personalgruppen
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	Spridning av kunskap och lärdomar	Informationskedja och uppföljning
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete	En god säkerhetskultur	Från reaktiv till proaktiv
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete	Adekvat kunskap och kompetens	Utbildning i patientsäkerhet till alla medarbetare

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.

På Attendo Vårdbo Norrtälje hanterades synpunkter, klagomål och avvikelser kontinuerligt genom att medarbetare rapporterade i verksamhetens gemensamma system för hantering av avvikelser.

Samtliga avvikelser utreds och analyseras först på individnivå av verksamhetschef och biträdande verksamhetschef med hjälp av sjuksköterskor och arbetsterapeut och sedan på aggregerad nivå på kvalitetsmöte där även handlingsplaner tas fram och följs upp. Resultatet av analysen och eventuella handlingsplaner/åtgärder presenteras sedan på APT. En del av de avvikelserapporter som inkom kunde anses vara allvarliga. Allvarliga avvikelser rapporterades vidare till kvalitetsutvecklare kopplad till verksamheten som i sin tur avgjorde om utredning krävdes.

Under 2024 ansågs tre avvikelser vara allvarliga och utreddes vidare enligt lex Maria, ett trycksår, ett suicidförsök samt ett klagomål avseende brister i vården i livets slutskede.

Trycksåret bedömdes vara en vårdskada.

Suicidförsöket bedömdes som en risk för allvarlig vårdskada och rapporterades till IVO.

Utredningen kring klagomålet avseende vården i livets slutskede visade på att patienten fått adekvat vård i enlighet med NVP.

Utöver dessa valde verksamheten själva ut ett antal avvikelseanalyser som ansetts vara aktuella för förbättringsarbeten på organisationsnivå för att stärka patientsäkerheten. Dessa presenterades på APT och workshop hölls för att gemensamt ta fram förbättringar för verksamheten.

I samband med avvikelshantering och utredningar har ett antal riskområden identifierats.

Förflyttningar med lift

Det har i samband med kvalitetskontroller identifierats att det förekommit tillfällen där personal hanterat förflyttningar med lift själva trots att förflyttningsordinationen varit dubbelbemanning. Detta togs upp för gemensam dialog vid APT samt vid teamträffar. Dialog i medarbetargrupperna visade att ordinationerna i journalsystemet är svårtillgängliga för omvårdnadspersonalen pga. hur dokumentationssystemet är uppbyggt. Ordinationskort har tagits fram och finns tillgängliga i patienternas lägenheter. Arbete har även skett genom dagliga påminnelser på morgonmöte och uppföljningar vid APT, planmöten och teamträffar.

Användning av drag och glidlakan

Det noterades i samband med utredning av en avvikelse att ett glidlakan användes hos en patient som inte uppfyllde kriterierna för och inte var ordinerad aktuellt glidlakan. HSL-gruppen beslutade att glidlakan enbart ska användas efter ordination och riskanalys av rehab. Arbetsterapeut inventerade samtliga glid och draglakan i verksamheten och det beslutades att kassera en stor del samt att endast ett fabrikat skall användas i verksamheten för tydlighet. Förenklade beskrivningar och manualer har tagits fram samt arbete med att införa "bäddkort" har initierats.

Informationsöverföring

Bifynd vid utredningar och analys av avvikelser har visat på att brister i kommunikation, rapportering och dokumentation ofta varit en bidragande orsak. Detta ligger i linje med vad som ses i forskningen kring avvikelser inom kommunal vård och omsorg och bekräftades även genom "Patientsäkerhetsprojektet". Brister i informationsöverföringen och leder till att risker inte identifieras och i förlängningen kan detta leda till vårdskador. Dialog och workshops på APT har resulterat i reviderade rutiner samt checklistor för att säkerställa informationsöverföringen. Handlingsplaner har tagits fram utifrån "Patientsäkerhetsprojektets" resultat.

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

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

Skyddsåtgärder

Skyddsåtgärder har syftat till att skydda våra boenden från skada, skyddsåtgärder har krävt riskbedömning samt samtycke från patienten. Inför varje beslut om skyddsåtgärd har en riskanalys utförts och ett samtycke inhämtats. Alla beslut kring skyddsåtgärder har fattats i team, det har varit minst en SoL och en HSL personal med vid ordination av en skyddsåtgärd. Alla ordinationer av en skyddsåtgärd har föregåtts av en riskbedömning inom teamet, riskbedömningen har följt en checklista och resultatet har dokumenterats enligt en standardiserad vårdplan som tagits fram inom sjuksköterskegruppen då det funnits svårigheter avseende strukturerad dokumentation av riskbedömningar och skyddsåtgärder. Skyddsåtgärder har alltid varit tidsbegränsade och har följts upp var tredje månad samt vid behov då det har uppstått.

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Delegering av HSL-uppgifter och administrering av läkemedel har varit nödvändigt i verksamheten.

Delegering av läkemedelsadministrering samt HSL-uppgifter har föregåtts av utbildning samt kunskapskontroll. 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. Nya kunskapstest samt en checklista för att följa upp delegerad personal har implementerats. 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 Vårdbo Norrtälje, rätt information skall finnas tillgänglig vid rätt tid och under korrekt term i den digitala journalen. Dokumentationen har skett i dokumentations-systemet ProCapita (HSL). Tydlig rutin samt 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 och vårdplaner skett enligt ett årshjul för HSL-dokumentation. Stickkontroller har utförts av Biträdande Verksamhetschef och återkoppling har lämnats till sjuksköterskegruppen. Det har dock varit svårt att leva upp till kvalitetskraven för journaltextens innehåll då ProCapita har innehållit en föråldrad terminologi frastexter.

Vid vård av patient i livets slutskede och efter beslut av ansvarig läkare, har vårdplan upprättats och dokumentation skett enligt NVP (Nationell Vårdplan för Palliativ vård). I samband med att NVP del 2D har satts in har dokumentationen i den elektroniska journalen avslutats och istället skett i vårdplanen som existerat i pappersform.

Driftstopp

I varje journalpärm har funnits utdraget allmänna uppgifter, anamnes och kontaktuppgifter för patienten. Vid inflyttning har tjänstgörande sjuksköterska ansvarat för att dessa skrivs ut och sätts in i pärmen. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har sedan tillsett att dessa är aktuella. Vid planerade driftstopp har även aktuell status samt aktuella omvårdnadsordinationer skrivs ut och förvaras i patientens pärm.

Under driftsstoppet har dokumentation skett på "Journalblad vid driftstopp" och iförts in i Pro Capita senast inom 48 timmar.

Under 2024 skedde ett i samband med att verksamheten ej hade tillgång till fungerande internetuppkoppling.

Inkontinenshjälpmedel

Inkontinenshjälpmedel har förskrivits individuellt av sjuksköterska efter inkontinensutredning. Nikola.nu har använts som bedömningsinstrument. Utredningen har följts upp två gånger per år, eller tidigare om patientens status förändrats. 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. Exempel på detta har varit att rehab identifierat ett aktivitetsproblem/aktivitetsbehov som tex. en önskan att kunna orientera sig i tid och rum, kunna ta del av samhällsinformation eller kultur samt kunna klara förflytta sig själv eller ett föremål. Åtgärden på detta aktivitetsproblem har varit att

antingen träna funktion eller att kompensera med hjälpmedel som exempel digitalt förtydligande kalender eller klocka, ljudboksspelare, griptång, rollator eller rullstol. Rehab har sedan tränat kunden 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 omvårdnads-personalen och sjuksköterskorna muntligt, skriftligt i ProCapita och genom handledning. Alla hjälpmedel har funktionskontrollerats minst en gång per år samt vid utprovning, service och om eventuella frågetecken kring hjälpmedlets status gjort sig gällande.

Säkra förflyttningar

Rehab har även ordinerat förflyttningstekniker när kunden behövt hjälp av personal. Exempel har varit manuella förflyttningstekniker eller förflyttningsteknik med stöd av arbetstekniska hjälpmedel.

Förflyttningsordination kommuniceras till personal muntligt, via journal samt via skriftlig förflyttningsordination. Omvårdnadsansvarig Sjuksköterska informerades muntligt men kunde också ta del av den nya förflyttningsordinationen via journal. Förflyttningsordinationer utvärderades kontinuerligt i teamet. MTP inventeras och besiktas 1-2 ggr / år. Omvårdnadspersonal uppmanades även att göra en snabb funktionskontroll inför varje förflyttning med instruktioner som är hjälpmedlet helt och rent, inga synliga skador och att tekniken fungerar. Vid avvikelser kontakter rehab samt att avvikelse skrivs i ADD.

Personalen utbildades i ergonomi och förflyttningsteknik via digitala onlinekurser samt via praktisk övning lokalt av egen rehabpersonal.

Sjukgymnastens och arbetsterapeutens handledning av omvårdnadspersonalen har varit en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Personalen har instruerats kontinuerligt vad gäller förflyttning och mobilisering. Detta för att öka säkerheten för båda parter i en förflyttningssituation. Personalen har uppmanats att också ta tillvara patientens egna resurser, vilket gör att dennes fysiska förmågor bibehålls längre och samtidigt förebygger risk för olyckor.

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 rond då mindre icke akuta ärenden hanteras kontinuerligt under veckans alla dagar.

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

Läkemedel

Flertalet patienter på Vårdbo har läkemedel via dospåse, d.v.s. från apoteket dosdispenserade läkemedel. Rullar med dosdispenserade läkemedel har tagits emot och fördelats i patientens läkemedelsskåp av sjuksköterska.

Viss dosettindelning har förekommit för läkemedel som inte kunnat dispenserats i dospåse och vid behandling med antibiotika. Dosetter har delats av tjänstgörande sjuksköterska och lämnats i patientens läkemedelsskåp av sjuksköterska. Dosetter har lämnats ut en vecka i taget för att undvika dubbla dosetter i patientens läkemedelsskåp.

Originalförpackningar har förekommit vid exempelvis hormonpreparat.

Signering 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 Vårdbo Norrtälje har riskbedömningar för psykisk ohälsa skett i samband med inflytt, om behov uppstår samt i samband med läkemedelsgenomgången.

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.

Covid-19-pandemin samt situationen i omvärlden med kriget i Ukraina och mellanöstern samt det spända världspolitiska läget har inneburit att riskmedvetenhet och förberedelser inför en eventuell kris har blivit en mer central del av verksamheten.

Under 2024 har förseningar i leveranser och restsituationer blivit vanligare. Verksamheten har hanterat detta genom att försöka hålla större lager. Utrymme har varit en begränsning samt den arbetsinsats som krävs för att administrera ett större lager såsom att ha rulljängs på varor så att ingenting passerar sista förbrukningsdatum. Verksamheten har på grund av detta en begränsning i hur stora lager som kan hållas.

Verksamheten har haft en säker försörjning av läkemedel under 2024. Vi har dock sett hur restsituationer blir vanligare och behöver ta höjd för detta. Lager av läkemedel för privat bruk har ej kunnat upprättats i enlighet med Socialstyrelsens råd om att ha tre månaders läkemedelsförbrukning i lager. Detta har framförallt berott på att det inte finns möjlighet att beställa originalförpackningar för dosdispenserade läkemedel.

Inom Attendo-verksamheterna i Norrtälje har funnits ett etablerat samarbete avseende att hjälpa varandra med material och läkemedel. Gemensam lagerhållning har funnits för material som används sällan. Även Norrtälje Sjukhus har varit behjälpligt med att låna ut då nya material behövts med kort varsel.

Attendo Vårdbo Norrtälje har haft vissa problem med personalförsörjning under 2024. Det har framförallt varit svårt att rekrytera undersköterskor men även vårdbiträden. Svårigheten grundar sig i en brist på utbildad personal samt hög konkurrens. För att möta problematiken har vårdbiträden erbjudits att utbilda sig till undersköterskor på arbetstid med finansiering av äldreomsorgslyftet.

Under 2024 tog Attendo fram en kontinuitetsplan som stöd för verksamheternas krigsförberedelser.

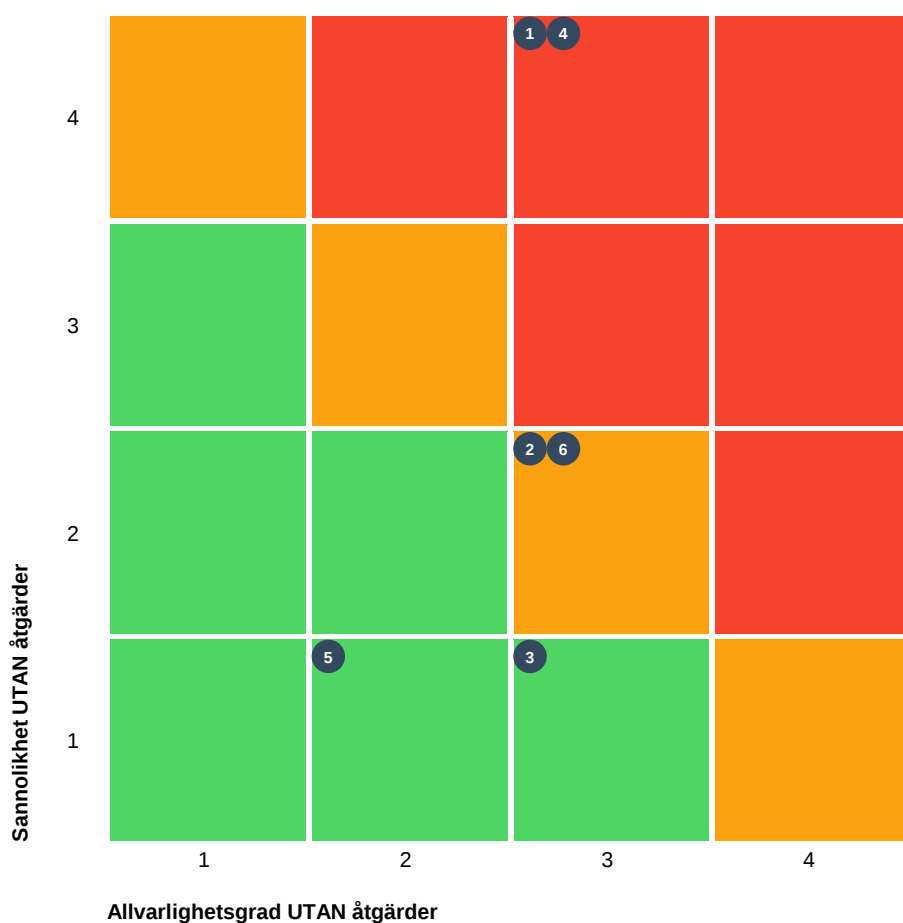
Under 2024 startade Attendo Vårdbo Norrtälje implementeringen av en ny krisplan för

verksamheten utifrån en av Attendo framtagen mall.

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.



2 Hög 2 Medium 2 Låg | Totalt: 6

	Sannolikhet UTAN åtgärder	Allvarlighetsgrad UTAN åtgärder
Hög		
Medium		
Låg		
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

N r.	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.	 Alla skall genomgå utbildning avssende åtgärder och omhändertagande vid värmebölja.  Följa Attendos checklistor  Skapa en sval plats på varje avdelning där man kan samla de boende om temperaturen i lägenheterna blir för hög. Samtliga avdelningar har en portabel AC för att kunna skapa en svalare temperatur i dagrummet. Kunna skapa en sval plats på varje avdelning  Folkhälsomyndighetens informationsblad "Råd vid värmebölja" sätts upp på strategiska platser. Information till boende och närstående för att medvetandegöra dem om riskerna vid höga temperaturer.  Information på APT  Rengöring av ventilation  Digitala termometrar i de mest utsatta lägenheterna  VC/BVC tar emot larm om värmebölja från KSON	2024-08-31 2024-08-31 2024-09-30 2024-09-30 2024-06-11 2024-05-31 2024-09-30 2024-08-31

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
		ha en person som meddelar verksamheterna då det varnas för värmebölja och verksamheterna behöver höja beredskapen.	
2	 Risk för stickskada Beskrivning Risk för att omvårdnadspersonal samt sjuksköterskor sticker sig i samband med injektion, venprovtagning. Konsekvensbeskrivning Blodsmitta	 Endast sticksäkra produkter används i samband med injektion eller venprovtagning Förhindra att personal sticker sig på använda kanyler.	2025-12-31
		 Använda kärl avsedda för kassering av stickande och skärande material. Minimera risken för att personal skall sticka sig på använda nålar.	2025-12-31
3	 Risk för att akuta händelser skrivs i rondplattformen och inte hanteras direkt Beskrivning Fördröjda åtgärder vid akuta händelser Konsekvensbeskrivning Vårdskada	 Utbildning i hur Collabodoc skall användas Alla skall ha kännedom om hur systemet skall användas	2024-05-26
4	 Risk för smittspridning i verksamheten Beskrivning Spridningen av virussjukdomar finns fortfarande i samhället och risk finns att boende smittas och blir sjuka. Konsekvensbeskrivning Risk för sjukdom och ohälsa hos boende.	 Följa Basala Hygienrutiner och Klädregler (BHK) Förebygga smitta	2024-12-31
		 Följa rutin vid smittoutbrott då det förekommer smitta i verksamheten Att begränsa smittspridning då smitta förekommer i verksamheten.	2024-04-30
		 Planerade inköp av spoldesinfektorer	2025-12-31
		 Hygienrond enligt Attendos mall en gång per kvartal. Tillse att förutsättningar för att följa BHK finns på plats	2025-01-01
		 Storstädning av hygienutrymmen samt korridorer.	2024-09-09
		 Återkommande punktprevalensmätningar avseende följsamhet till basal hygienrutiner och klädregler.	2025-06-30

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
		Uppföljning av följsamhet till rutiner för BHK.	
5	Risk för att rondtiden på plats i verksamheten minskar Beskrivning Då ronderna effektiviseras minskar tiden som läkare och SSK sitter i aktivt rondarbete. Tiden som blir över skall användas som klinisk tid med patienter. Konsekvensbeskrivning Minskad läkarnärvaro	Tydliggöra i samverkansavtalet vilka tider läkare skall finnas på plats i verksamheten.	2024-05-31
7	Risk för brister i kommunikationen mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterska under kvällstid. Beskrivning Vi går över från att verksamhetens egna sjuksköterskor har beredskap kvällstid till att mobila teamets sjuksköterskor har ansvar under kvällstid. Omvårdnadspersonalen är van att prata med sjuksköterskor som känner till verksamheten och många av de boende. Konsekvensbeskrivning Mobila teamets sjuksköterskor känner inte till boende och det finns risk att viktig information missas om inte informationsöverföringen sker strukturerat vid telefonkontakt.	Utbildning i strukturerad kommunikation med hjälp av S-BAR Utbilda samtlig omvårdnadspersonal i hur de kan rapportera till sjuksköterska enligt en struktur som hjälper dem att inte missa viktig information och vara väl förberedda inför samtalet. Ta fram en S-BAR-mall som personalen kan ha nära till hands inför eventuella samtal till mobila teamet Stöd till personalen	2024-03-31 2024-03-31
6	Omvårdnadspersonalen ringer fel nummer då de skall kontakta mobila teamet. Beskrivning Verksamheten har bytt kvällsorganisation vilket innebär nya sjuksköterskor och nya telefonnummer att ringa under jourtid. Konsekvensbeskrivning Fördröjning alternativt utebliven kontakt med sjuksköterska.	Lägga in mobila teamets telefonnummer i samtliga verksamhetsmobiler och på sikt ta bort det gamla Det skall vara lätt att ringa till rätt nummer Ta ner alla listor med det gamla numret och ersätt dem med nya Det skall vara lätt att ringa rätt nummer Beredskapssjuksköterska finns tillgänglig för mobila teamet samt bemannar det gamla numret om det skulle komma	2024-03-25 2024-03-25 2024-03-25

N r.	Risker	Åtgärder	Slutdatum
		samtal dit. Fånga upp eventuella felringningar samt bidra med trygghet till mobila teamets sjuksköterskor och omvårdnadspersonalen.	

Arbetet med att identifiera, analysera och förebygga risker har varit ett förbättringsområde inför 2024 avseende att identifiera fler risker och involvera hela personalgruppen i de förebyggande åtgärderna med förhoppning på ett mer proaktivt förhållningssätt inom hela arbetsgruppen.

Risikanalyser har tidigare utförts kvartalsvis samt vid större förändringar i verksamheten eller implementeringar av nya arbetssätt och sammanställts i Excel. Risken med detta arbetssätt har varit att analysen endast blir en pappersprodukt. Riskanalyserna utförs nu i verksamhetens system för systematiskt kvalitetsarbete, Stratsys. Stratsys har genom läsbehörighet möjliggjort en större insyn och delaktighet i arbetet med riskanalyser och sjuksköterskegruppen kan även vara delaktiga i att skapa och utföra åtgärder kopplade till en risk. Målet för 2024 var att inkludera verksamhetens HSL-personal i att identifiera risker, delta i analysen och systematiskt utvärdera åtgärder.

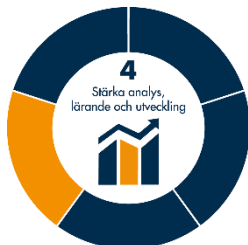
Under 2024 genomfördes riskanalyser tillsammans med sjuksköterskegruppen avseende risk för smittspridning, värmebölja, införandet av rondplattformen Collabodoc, byte av jourorganisation kvällstid samt skyddsåtgärder då även rehab-personal och omvårdnadspersonal deltagit.

Riskbedömningar utifrån evidensbaserade instrument har även genomförts på individnivå i samband vid inflytt samt fortlöpande under vårdtiden. De riskbedömningar som har varit aktuella under 2024 är:

Riskbedömning	Frekvens
Downton Fallrisk Index	I samband med inflytt, var tredje månad samt vid eventuellt förändrat hälsostatus.
Modifierad Norton	I samband med inflytt, var tredje månad samt vid eventuellt förändrat hälsostatus.
Mini Nutritional Assessment (MNA)	I samband med inflytt, var tredje månad samt vid eventuellt förändrat hälsostatus.
Revised Oral Assessment Guide (ROAG)	I samband med inflytt, var sjätte månad.
Geriatric Depression Scale (GDS)	I samband med inflytt, årligen i samband med läkemedelsgenomgång samt vid nyttillkomna tecken på psykisk ohälsa.

Dialogen kring risk, analys och åtgärd förs vid teamträffar, sjuksköterskemöten, HSL-möten, kvalitetsmöten samt APT och skapar på så sätt medvetenhet i medarbetargruppen.

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.

Informationsöverföring är ett område som kan anses vara vitalt för att upprätthålla patientsäkerhet där brister identifierats. Flertalet analyser har visat att missar i information och kommunikation ligger till grund för att avvikelser sker. Området var identifierat redan 2023 och under 2024 var struktur för den muntliga rapporten mellan omvårdnadspersonal samt i vilken frekvens omvårdnadspersonal läser patientens journal identifierade förbättringsområden. Avvikelse och analyser som utförts under 2024 har ytterligare bekräftat bilden av att insatser krävs för att stärka kommunikation och informationsöverföring både mellan och inom professioner, något som även bekräftades av "patientsäkerhetsprojektet". Något som identifierats som en bidragande orsak till att information missas är mängden olika system där information skall registreras och dokumenteras samt brister i överskådligheten i de system som verksamheten dokumenterar i vilket skapar ett behov av kringlösningar för att informationen skall bli mer lättillgänglig som i sin tur påverkar patientsäkerheten ytterligare.

Det har noterats att och vårdrelaterade infektioner, ensamarbete vid förflyttning med lift, följsamhet till rehabpersonalens ordinationer samt utebliven SoL och HSL-insatser sällan har rapporterats in som avvikelser. Detta har ansetts vara en svaghet i patientsäkerhetsarbetet eftersom utredning och analys av dessa har uteblivit vilket har lett till att systematiskt förbättringsarbete har uteblivit inom dessa områden.

Avvikelser

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

Nedan redovisas samtliga rapporterade avvikelser under 2024

Kategori	Underkategori	Antal rapporterade avvikelser
Läkemedel:	Glömt signera	310
	Glömt ge	44
	Fel läkemedel	14
	Fel delat men ej givet	2
	Fel i narkotikaräkning	27

Kategori	Underkategori	Antal rapporterade avvikelser
	Fel information	14
	Fel dos/styrka	6
Fall:	Ingen skada	70
	Skada	7
	Skada som lett till sjukhusvård	1
Information	Intern	11
Medicintekniska produkter	Fel på utrustning	2
	Handhavandefel	2
Synpunkter och klagomål	Klagomål	1
Trycksår	Trycksår	9

Ett av de övergripande målen med patientsäkerhetsarbetet på Attendo Vårdbo Norrtälje har varit att öka inrapporteringen av risker men även att öka rapporteringen av avvikelser inom områden där vi misstänker att det finns en underrapportering. Detta har skett genom dialog vid APT och kvalitetsmöte. Sjuksköterskegruppen har även uppmuntrats till att lyfta avvikelser i samband med teamträffar för att skapa förståelse i personalgrupperna gällande syftet med att rapportera och utreda avvikelser.

Den samlade analysen på organisationsnivå av verksamhetens inrapporterade avvikelser och risker har genomförts vid kvalitetsmöte. Vid kvalitetsmöte har Verksamhetschef/Biträdande verksamhetschef, en representant från HSL-gruppen samt verksamhetens kvalitetssamordnare deltagit, medarbetare som varit i tjänst dagens för kvalitetsmöte har även varit välkomna att delta. Resultatet av den samlade analysen har presenterats vid APT. Vid kvalitetsmöte har även en utredd avvikelse eller en kategori av avvikelser valts ut för workshop på APT. Workshopen har syftat till att skapa förståelse för bakomliggande orsaker och hur de har samverkat och lett till att en avvikelse inträffat med målsättningen att skapa lärande i organisationen. Dessa workshops har resulterat i förändrade arbetssätt, revidering av rutiner, framtagande av checklistor mm.

Vid kvalitetsmötet har även områden där man kan misstänka att det finns en underrapportering identifierats. Även dessa områden har lyfts vid APT för att medvetandegöra händelser som bör rapporteras in som avvikelser.

Brister i kommunikation, dokumentation samt överrapportering har ofta funnits med som bakomliggande orsak i samband med att en avvikelse inträffat. Detta stämmer överens med vad forskningen kring avvikelser inom kommunal vård och omsorg visar. Detta har varit en viktig lärdom och separata handlingsplaner har tagits fram för 2025 års patientsäkerhetsarbete. En annan viktig lärdom har varit att det saknats kunskap kring arbetssätt i delar av personalgruppen vilket har framkommit då vi lyft upp analysen av avvikelser på verksamhetsnivå i samverkan med medarbetare, denna lärdom har legat till grund för planeringen för 2025 års kompetensutvecklingsplan samt planerade fokusområden.

Under 2024 har tre avvikelser bedömts vara allvarliga och krävt vidare utredning, enligt lex Maria.

En utredning enligt lex maria bedömdes vara en allvarlig vårdskada och rapporterades in till IVO.

IVO valt att inte gå vidare utan bedömt att vidtagna och planerade åtgärder varit tillräckliga för att

förebygga att liknande händelser upprepas.

Utredningarna avsåg:

Trycksår Grad 2 (2 st.)

Suicidförsök

Klagomål och synpunkter

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

Åtta klagomål har registrerats som avvikelser i verksamhetens system för avvikelshantering. Detta är en underrapportering då klagomål och synpunkter inkommer i en högre frekvens. De klagomål som rapporterats in har varit specifika klagomål på bemötande som inkommit till verksamhetschefen från boende eller närstående. Endast ett klagomål har fallit inom lagrummet HSL. Klagomålet rörde en boende som upplevde besvär från sin urinkateter och på grund av misskommunikation själv sökte vård på akutmottagning.

De vanligaste synpunkterna som inkommer på Attendo Vårdbo Norrtälje har avsett matens kvalitet och smak samt fastigheten. Dessa registreras sällan som avvikelser vilket är ett förbättringsområde inför nästkommande år.

Synpunkter avseende mat och måltidsmiljö vilket kan kopplas till HSL då verksamhetens målgrupp innefattar patienter med risk för undernäring har hanterats och följts upp av verksamhetschef och resulterat i olika förbättringsarbeten i samverkan med kostombud och patienter. Exempel på åtgärder har varit en "förslagslåda" som vittjas varje månad och där samtliga synpunkter sedan hanteras vid ett möte tillsammans med patienter. Avseende mat och måltider har patienter varit med vid menyplanering, gett förslag på vilka livsmedel som skall inhandlas och fått delta vid förberedelser av måltider.

Klagomål angående bemötande som inkommit från patient eller närstående har hanterats och följts upp på individnivå av Verksamhetschef.

Klagomål på själva fastigheten och dess skötsel har vidarebefordrats hyresvärd samt driftsansvarig för fastigheten.

Kvalitetsregister

Senior Alert

Målet för Senior Alert var att arbeta i registret fullt ut på samtliga patienter som samtyckte till registrering och uppnå "gröna siffror".

Lokal	Unika patienter	Vårdprevention				Utläsl				Vissa resultat per uppmärksamhet
		Skadestoppande metoder	Skadestoppande utvärdering	Agitering vid risk	Utläsl vid risk	Tymide	801-122	Fat	Stumtala grad 2	
Attendo Vårdbö	85	94% (42 av 45)	97% (24 av 25)	99% (24 av 25)	96% (23 av 24)	5 personer	32 personer	28 personer	46 personer	✓
BVB Attendo Sverige AB	11	95% (10 av 11)	95% (10 av 11)	100% (10 av 11)	100% (10 av 11)	3 personer	1 personer	1 personer	8 personer	✓
BVD Attendo Sverige AB	10	85% (8 av 10)	100% (10 av 10)	100% (10 av 10)	94% (9 av 10)	0 personer	3 personer	2 personer	4 personer	✓
Gruppboend Vårdbö Attendo Sverige AB	7	93% (14 av 15)	79% (11 av 14)	93% (13 av 14)	100% (11 av 11)	1 personer	1 personer	0 personer	0 personer	✓
Vår 1B Attendo Sverige AB	12	95% (10 av 11)	89% (17 av 19)	100% (10 av 10)	100% (10 av 10)	0 personer	2 personer	2 personer	1 personer	✓
Vår 1D Attendo Sverige AB	11	94% (10 av 11)	100% (10 av 10)	100% (10 av 10)	100% (10 av 10)	1 personer	6 personer	12 personer	9 personer	✓
Vår 1F Attendo Sverige AB	10	91% (10 av 11)	97% (10 av 11)	97% (10 av 11)	100% (11 av 11)	0 personer	6 personer	10 personer	7 personer	✓
Vår 2B Attendo Sverige AB	15	100% (15 av 15)	100% (15 av 15)	100% (15 av 15)	84% (13 av 16)	0 personer	9 personer	1 personer	9 personer	✓
Vår 2F Attendo Sverige AB	12	100% (12 av 12)	100% (12 av 12)	100% (12 av 12)	97% (11 av 12)	0 personer	4 personer	0 personer	8 personer	✓

Ett systematiskt arbetssätt har säkrat att vi registrerat och följt upp samtliga boende som samtycker till att delta i registret. Dock är avsevärt mycket färre fall registrerade i registret i jämförelse med avvikelserapporteringen. En anledning till detta kan vara att man rapporterat de fall som lätt till skada. Detta är ett förbättringsområde inför nästkommande år.

Svenska Palliativregistret

Målet för Svenska palliativregistret var att uppnå samtliga av registrets uppsatta mål för samtliga av registrets kvalitetsindikatorer genom att fortsätta arbeta enligt den nationella vårdplanen för palliativ vård.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2024-01 - 2024-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Vårdplan	100,0	100,0
Dok. brytpunktssamtal	98,0	91,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	91,7
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	91,7
Smärtskattats sista levnadsvecka	100,0	91,7
Dok. munhälsobedömning sista levnadsvecka	90,0	83,3
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	91,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	83,3

Spindeldiagrammet visar att implementeringen av NVP varit effektiv och lyckats. Verksamheten är mycket nära att uppfylla samtliga av registrets mål genom systematiskt arbete utifrån vårdplanen. En analys som verksamhetens palliativombud bidragit med är att antalet dödsfall under året var relativt få. Vid ett dödsfall ordinerades NVP i samband med helg vilket ledde till att inte samtliga ordinationer genomfördes vilket drog ner det totala resultatet.

BPSD

Målet för arbetet med BPSD var att alla patienter med en kognitiv sjukdom skall registreras i registret vilket uppnåddes under 2024.

Under året har en av verksamhetens sjuksköterskor slutfört Specialistutbildning inom kognitiva sjukdomar samt en undersköterska slutfört Specialistundersköterskeutbildning inom demensvård. Båda har även genomfört BPSD-utbildning för administratörer. Tillsammans har de påbörjat ett systematiskt arbete för registrering och uppföljning i registret. Attendo startade även upp "Demenskonceptet" där verksamheten deltog som pilotavdelning. Sammantaget har detta lett till att vi kunnat uppnå vårt mål att komma igång med registrering i BPSD fullt ut.

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 möta framtida krav på vård och omsorg, en större population med mer komplexa behov av vård och omsorg har vi valt att satsa på att stärka omvårdnadspersonalens kompetens.

Åtta vårdbiträden avslutade utbildning till undersköterskor under 2024 och fyra fortsätter utbildning under 2025

Samtliga omvårdnadspersonal genomgick utbildning i strukturerad informationsöverföring enligt S-BAR under 2024

Två dockor har införskaffats för att kunna erbjuda träning inför exempelvis delegering av HSL-uppgifter. Dockorna kan även användas för scenarioträning.

Framtida förändrade förhållanden kan även bestå i exempelvis strömavbrott och/eller begränsad åtkomst till digitala system. Äldreomsorgens medarbetare är i dag beroende av en mängd olika digitala system för att utföra och följa upp arbetsuppgifter och på särskilda boenden för äldre används idag hjälpmedel som är beroende av el såsom exempelvis antidecubitusmadrasser.

För att säkerställa patientsäkerhet vid händelse av att digitala system ligger nere finns driftsstoppsrutiner för såväl journal som signeringsverktyg etc. Driftsrutinerna består i att grundläggande information om patienterna såsom anamnes, aktuellt status och läkemedelsordinationer finns tillgängliga i utskrifter som förvaras i patientbundna HSL-pärmar på sjuksköterskeexpeditionen. Aktuella ordinationshandlingar finns även i patienternas läkemedelsskåp. För dokumentation och signering vid driftsstopp finns journalblad och läkemedelslistor i pappersformat.

Vid händelse av strömavbrott finns checklistor för personalen som stöd för hur de ska handla.

Patientsäkerhetsprojektet med analys av verksamhetens styrkor och svagheter samt långsiktig plan för framtida patientsäkerhetsarbete har genomförts under 2024 och handlingsplanen fortsätter in i 2025.

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

Det övergripande målet för 2025 fortsätta med registrering i de för verksamheten aktuella kvalitetsregistren, detta för att en systematisk utvärdering av kvalitetsindikatorer inom omvårdnad skall bli möjlig.

BPSD -samtliga patienter med kognitiv sjukdom skall vara registrerade i registret och följas upp utifrån det individuella behovet, dock minst en gång per år. Följs upp kvartalsvis

SWEDEM - Implementeras under 2025. Samtliga patienter med kognitiv sjukdom skall registreras under första kvartalet och följas upp under tredje kvartalet. Handlingsplaner skall tas fram för följande kvalitetsindikatorer.

- Andel där läkemedelsgenomgång utförts senaste 12 månaderna: 100 %
- Andel där levnadsberättelsen ligger till grund för vårdens utformande: 100 %
- Andel där strategier för bemötande finns dokumenterade i genomförandeplanen: 100%
- Andel där tvångs- och begränsningsåtgärd används: 0 %
- Andel där det finns en medicinsk handlingsplan vid framtida försämring: 100 %

Följs upp kvartalsvis.

Svenska palliativregistret - nå de av socialstyrelsen angivna målen, extra satsning på munhälsa och mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

- Vårdplan: 100%
- Dokumenterat brytpunktssamtal: 98%
- Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott: 98%
- Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov: 98%
- Smärtskattats sista levnadsveckan: 100 %
- Dok. Munhälso-bedömning sista levnadsveckan: 90 %
- Utan trycksår (kategori 2–4): 90 %
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket: 90 %

Följs upp kvartalsvis.

Senior Alert - Registreringen i Senior Alert skall göras på ett teambaserat sätt och uppföljningar skall göras kontinuerligt. Samtliga patienter som samtycker ska registreras.

- Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring - 100 %
- Åtgärdsplan vid risk - 100 %
- Utförda åtgärder vid risk - 100 %

Nollvision Fall - antalet fall ska minska. Följs upp månadsvis på kvalitétsmötet.

Nollvision Trycksår - Inga patienter ska utveckla trycksår över grad 1 under vårdtiden. Följs upp månadsvis på kvalitétsmöte.

Nollvision Undernäring - antalet patienter med risk för undernäring skall minska: Följs upp kvartalsvis på sjuksköterskemöte

HSL dokumentation - Målet för HSL-dokumentation är 100 %. Under 2025 skall verksamhetens dokumentationssystem för HSL och SoL-dokumentation bytas ut vilket kommer att innebära en

utmaning men även en möjlighet till mer strukturerad dokumentation enligt ICF och KVÅ istället för VIPS.

Basala hygienrutiner och klädregler - Målet för följsamhet till basal hygien och klädregler är 100 %. Följs upp genom stickkontroller kvartalsvis.

Inkontinens - Fortsatt arbete med inkontinesnutredningar och ordinationer av inkontinenshjälpmedel, samtliga patienter skall riskbedömas i enlighet med Senior Alert och Nikola.nu. Andelen ordinationer som stämmer överens genom hela processen från ordination i HSL-journal till Attincare till vad som används i praktiken skall vara 100 %.

Säker läkemedelshantering: Godkänt resultat på apotekets läkemedelsgranskning.

Säkra delegeringar: Samtliga nydelegerade medarbetare skall följas upp inom en månad.

"Patientsäkerhetsprojektet" arbeta utifrån framtagna handlingsplaner inom informationsöverföring och användandet av IT-stöd samt utarbeta handlingsplaner för patientsäkerhetskultur och lärandeorganisation.

Implementera kris- och kontinuitetsplan fullt ut.