

Patientsäkerhetsberättelse För Granparkens Äldreboende 2024



Datum: 250228

Ansvarig för innehållet: Biträdande Verksamhetschef och HSL – ansvarig Emma Hellström och Verksamhetschef Anette Törnberg

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	3
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18
BILAGA 1. Två exempel på hur mått kan sammanställas och presenteras under rubriken Agera för säker vård, utifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete..... Fel! Bokmärket är inte definierat.	

SAMMANFATTNING

Granparkens äldreboende har 48 egna lägenheter där samtliga lägenheter är utrustade med vårdsäng, lyftanordning i tak, handikappanpassat badrum samt personligt trygghetslarm. De 48 lägenheterna är fördelade på sex avdelningar. Fem avdelningar är avsedda för biståndsbeslut baserade på vård- och omsorgsinsatser och en avdelning är en enhet anpassad för personer med demenssjukdom.

En del av målen 2024 har uppnåtts och kommer att fortsätta arbetas med kontinuerligt under 2025 för att säkerställa patientsäkerheten. De mål som inte har uppnåtts kan förklaras med att första halvan av året saknades det en biträdande verksamhetschef samt en sjuksköterska i verksamheten. Områden som blivit påverkade är registrering av Senior Alert, BPSD, palliativ register.

Under andra halvan av 2024 har tre sjuksköterskor rekryterats och en valt att avsluta sin tjänst på Granparken. En ny biträdande verksamhetschef och HSL -ansvarig anställdes. Även arbetsterapeut har bytts ut.

Ledningsgruppen består av en verksamhetschef, en biträdande verksamhetschef, HSL – ansvarig och en samordnare.

Omsorgspersonalen har varit relativt stabil och fulltalig.

Granparken samverkar med interna och externa aktörer, så som läkarorganisationer, sjukhus, vårdcentraler, tandvård, fotvård i syfte att säkerställa patientsäkerheten.

Anhörigmöte har anordnats för att ta emot synpunkter och för att göra de delaktiga i vården och arbetet på Granparken.

För att identifiera förbättringsområden i verksamheten har externa och interna kvalitetsgranskningar gjorts och därefter analyserats avseende patientsäkerheten. Områden som identifierats har arbetats vidare med under året och åtgärder har satts in. En del av åtgärderna som framkommit, kommer att ingå som fortsatt arbete i nästa års målsättning. Existerande rutiner har genomgått årlig revidering och en del lokala rutiner har upprättats för att ytterligare stärka patientsäkerheten.

En bladderscan har köpts in i verksamheten för att kunna utföra en bedömning av urinblåsa och arbeta förebyggande med blåsdysfunktion.

Det har påbörjats arbete med implementering av digital läkemedelssigenering i syfte att stärka patientsäkerheten. Händelsesystemet centralt har genomgått en uppdatering. Detta har påverkat inrapporteringen av händelser både positivt och negativt samt framkommit att det finns bristande teknisk kompetens. Det har tydliggjorts att det finns ett behov av att fortsätta arbete med händelsehanteringen i verksamheten. Varpå en lokal kvalitetsgrupp har tagit fram och kommer att 2025 fortsätta arbetet med att förbättra hanteringen av inkomna händelser i verksamheten.

Interna och externa utbildningar för anställd personal på Granparken har utförts under hela året för att stärka kompetensen och därmed patientsäkerheten. Exempel är extern hygienutbildning, extern utbildning i munhälsa, intern utbildning i dokumentation, interna förflyttningsutbildningar.

För att stärka upp kompetens hos omsorgspersonalen har utbildning till undersköterska erbjudits, varav sju anställda har påbörjat utbildningen under året.

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 §

Att öka antalet registreringar och uppföljningar i Senior Alert för att ge ett kvalitativt underlag för patienternas behov av vårdinsatser. Det är den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan som ansvarar för att bedömning utförs två gånger per år med uppföljningar var tredje månad.

Att fortsätta arbete med att förbättra vården för de boende i livets slutskede. Detta genom att säkerställa att utbildade palliativa ombud finns i verksamheten, registrering i palliativa registret, lyfta ämnet på arbetsplatsträffar och erbjuda stöd när behov uppstår.

Att samtliga boende på Granparken ska ha en årlig läkemedelsgenomgång, där patientansvarig läkare och sjuksköterska deltar. För att utveckla och följa upp samarbetet med patientansvarig läkare genomförs samverkans möte två gånger per år, där HSL – ansvarig deltar.

Att minska antalet läkemedelsavvikelser kopplade till administrering genom införande av digital läkemedelssigenering.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet skildras i Norlandias ledningssystem (TQM) och innefattar riktlinjer och rutiner samt händelsehantering och används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Två gånger i veckan träffas ledningsgrupp tillsammans med HSL – personal för kortare avstämningar, för att samverka kring de boende på Granparken och snabbt kunna åtgärda eventuella inkomna händelser eller synpunkter.

En gång i månaden genomförs möten med HSL - personal för att samverka i team och utveckla arbetet med de patienter som är boende på Granparken.

Genom teammöten var 6:e vecka med omvårdnadspersonal och sjuksköterska ges möjlighet att identifiera risker och sätta in åtgärder och följa upp de boendes hälsa.

Dokumentationsgranskning av HSL – journal utförs en gång per månad av HSL – ansvarig och resultat presenteras på efterföljande arbetsplatsträff för HSL – personal, i syfte att säkerställa patientsäkerheten

och kvalitén inom detta område.

Att ha godkända månatliga interna hygienkontroller. Målet nås genom webbutbildning i basal hygien en gång/per år samt interna utbildningar på arbetsplatsträffar och externa utbildningar som genomförs av Vårdhygien. Återkoppling av resultatet av hygienkontrollerna delges till samtliga medarbetare vid arbetsplatsträffar och i veckobrev.

Organisation och ansvar

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

Norlandias VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Regionchefen ansvarar för att följa upp verksamhetens arbete månadsvis och att kommunicera krav och rutiner inom sin region. I varje region finns även en intern medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och kvalitetsutvecklare, som ansvarar för kvalitén inom verksamheten samt patientsäkerheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillsammans med verksamhetschefen och biträdande verksamhetschef på Granparken ett ansvar för att de boende får en säker och ändamålsenlig sjukvård. Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) finns även i företaget att rådfråga när behov uppstår. Granparken äldreboendes stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet är förutom den interna MAS och MAR också kommunens MAS och MAR.

Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan. Verksamhetschefen ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och tas fram i samråd med verksamhetens medarbetare samt att målen nås inom ramen för ledningssystemet. Verksamhetschefen tar fram, fastställer och dokumenterar rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar även för att rutinerna är väl kända och efterlevs av samtliga medarbetare.

HSL-ansvarig sjuksköterska ansvarar över att samordna egenkontroller samt utveckling av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten, resultaten sammanställs till verksamhetschef regelbundet.

Läkarorganisationen Capio Legevisitten ansvarar för att tillhandahålla läkarinsatser för de boende på Granparken som valt att lista sig Capio Läkare. Läkarinsatserna omfattar första linjens hälso – och sjukvård, ansvaret gäller dygnet runt.

Legitimerad personal ansvarar utifrån sin legitimation för de hälso – och sjukvårdsåtgärder de utför, HSL 2017:30. Sjuksköterkor anställda på Granparken är i tjänst under vardagar klockan 07:00-17:00 samt lördagar, söndagar och helgdagar klockan 07:00-16:00. Övrig tid köps sjukskötersketjänster från Agito in enligt avtal.

Varje avdelning har en namngiven omvårdnadsansvarig sjuksköterska, som ansvarar för att tillsammans med den boende, eventuellt närstående och berörda medarbetare planera och utvärdera hur vården och omsorgen bäst ska tillgodos. Sjuksköterskan handleder, utbildar och är arbetsledare för omsorgspersonalen i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Arbetsterapeut och fysioterapeuten ansvarar för primärvårdsnivå, det vill säga sådan vård som kan ges inom sitt kompetensområde och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Fysioterapeuten och arbetsterapeuten ansvarar i första hand för den individuella vården för den boende på Granparken, men också för gruppträning och handledning. Arbetet ska utföras i enlighet med gällande lagar, författningar och andra styrdokument för hälso- och sjukvård. För att uppnå god och säker vård kring den enskilda boende krävs att fysioterapeuten och arbetsterapeuten också medverkar i verksamhetsövergripande kvalitetsarbete.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att bidra till att patientsäkerheten upprätthålls (SFS 2010:659 kap. 4§). Som hälso- och sjukvårdspersonal räknas den personal som medverkar i hälso- och sjukvård samt den som biträder en legitimerad yrkesutövare (SFS 2010:659 3 kap. 4§). Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt de rutiner som finns.

Samordnare på Granparkens äldreboende ansvarar för att på ett övergripande sätt kontrollera att verksamhetens rutiner följs på avdelningarna och föra dialog med närmaste chef om förbättringsförslag vid brister och bemanna avdelningarna med personal. Samordnaren medverkar även i den lokala kvalitetsgruppen. I gruppen ingår även biträdande verksamhetschef, HSL – ansvarig, arbetsterapeut och en undersköterska. Gruppen diskuterar övergripande kvalitetsfrågor samt strategier. Då en händelse medfört en allvarlig skada eller kunnat medföra en allvarlig skada ska en Lex Marianmälan göras till IVO. En händelseanalys ska påbörjas av verksamhetschef. Verksamhetschef och den legitimerade personalen avgör, efter klassificering av allvarlighetsgrad och konsekvens för patient, om den inträffade händelsen enbart ska hanteras i det lokala systematiska förbättringsarbetet eller om vårdavvikelsen skall rapporteras till MAS/MAR. Bedömd konsekvens och allvarlighetsgrad för patient är en grund för ställningstagande om vem som har befogenhet att utreda händelsen, MAS/MAR eller verksamhetschef och om utredningens omfattning. Vid allvarliga vårdskador görs en fördjupad utredning av en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, detta ska alltid göras i samarbete med MAS/MAR.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Granparken äldreboende drivs genom ett entreprenadavtal med Norrtälje kommun. Vi har ett kontinuerligt samarbete med kommunen. I det förebyggande arbete mot vårdskador använder vi oss av förekommande forskningsrön, instruktioner och riktlinjer från MAS och MAR, utredningar för inköp av hjälpmedel och medicintekniska produkter. Informationsforum har varit mejl, via nätverksträffar och samverkansmöten.

Ansvarig MAS och MAR i kommunen utför även årligen kvalitetsgranskningar av hälso- och sjukvården i verksamheten. Även den centrala kvalitetsgruppen i Norlandia, där Norlandias MAS ingår, utför interna kvalitetsgranskningar.

När en patient flyttar till verksamheten samverkar HSL – personal med primärvård och/eller sjukhus beroende på vart patienten befinner sig när det är dags för inflytt. Samverkan sker framför allt i form av muntlig och skriftlig informationsöverföring.

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

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

Samverkan sker med Vårdhygien Stockholm när så behövs. Deras uppgift är att vara en expertfunktion med ett konsultativt arbetssätt. Genom undervisning, rådgivning och kvalitetssäkring ökar de möjligheterna för vårdens chefer och medarbetare att arbeta patientsäkert. Basal hygien är den i särklass bästa insatsen för att minska risken för smittspridning, varför en sådan expertfunktion kan vara direkt avgörande för att förebygga vårdskador.

Apoteket AB utför kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen så att den utförs enligt gällande författningar och riktlinjer. Granskningen mynnar ut i en rapport med utvecklingsområden där verksamheten är ålagd att genomföra diverse åtgärder.

Samverkan sker med hjälpmedelscentralen Sodexo, genom konsultation, utbildning och förskrivning av medicintekniska produkter i syfte att minska risken för vårdskador som till exempel fall och trycksår.

Intern samverkan utförs mellan sjuksköterskor, rehab personal samt omsorgspersonal dagligen genom morgonrapporter och kortare avstämningar. Två gånger i veckan utförs även morgonmöten mellan ledningsgrupp och HSL – personal, där det aktuella med de boende lyfts. Intern samverkan sker även via omvårdnads konferenser var sjätte vecka på respektive avdelning. Där diskuteras och analyseras de boendes hälsotillstånd och övriga frågor som rör vården kring den boende.

Läkarorganisation Capio Legevisitten ansvarar för läkarinsatser. Läkare finns på plats i verksamheten en dag i veckan. Läkare finns även tillgänglig via telefon varje dag och dygnet runt. Samverkan kan även ske digitalt via en rondplattform, där ärenden som inte är brådskande kan kommuniceras. Samverkansmöten skall ske två gånger per år med Granparken. Samt en gång per år där MAS på Norlandia medverkar.

Samverkan med Agito som ansvarar för joursjuksköterskorna i verksamheten sker varje kvartal. Under möten diskuteras samarbetet och eventuella inkomna händelser, med syftet att säkerställa patientsäkerheten.

Samverkan sker med Oral Care för planering av besök rörande munhälsa och tandvård.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

På Granparkens äldreboende sker all informationsöverföring gällande personuppgifter med varsamhet. Utskrifter förvaras oåtkomligt för obehöriga och kasseras i ett avsett sekretesskärl. De journalhandlingar som ska arkiveras görs enligt Norrtälje Kommuns riktlinjer och förvaras i ett låst kassaskåp på Granparken till dess att de överlämnats.

Muntlig rapport mellan medarbete görs endast då sekretessen kan vidhållas.

Verksamhetschef ansvarar för att göra en individuell behovs – och riskanalys inför behörighetsgivning till respektive medarbetare innan tillgång till dokumentationssystemet delges medarbetaren. Medarbetaren ska ha tillgång till de journaler som krävs för att medarbetaren ska kunna utföra sitt arbete på ett säkert sätt. Vid anställning får även medarbeten skriva på ett avtal för tystnadsplikt.

En gång i månaden samt vid misstanke om obehörig åtkomst till journaler ska loggkontroller ske av verksamhetschef.

Samtycke till informationsöverföring efterfrågas i samband att en ny boende flyttar in, därefter uppdateras samtycke en gång per år samt då den boende vill göra ett nytt ställningstagande.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Vi hänvisar till Region Stockholms strålskyddsbokslut.

En god säkerhetskultur

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

Vi skapar en god säkerhetskultur genom att arbeta systematiskt med att identifiera risker och åtgärda dem. Vi har samtal kring patientsäkerhet i hela verksamheten regelbundet. Att arbeta med säkerhetskultur kräver att verksamhetsledning har en positiv inställning och öppna dialoger där medarbetarna är delaktiga och får aktivt delta i att förbättra brister och risker. Utvärdering av rutiner, ifrågasättande av arbetssätt är viktigt för hela verksamheten. Säkerhetskulturen på arbetsplatsen arbetas framför allt med i olika typer av mötesforum: APT, kvalitetsmöten, teammöten, morgomöte, HSL – möten. Utöver det främjas säkerhetskulturen genom närvaro på avdelningarna där HSL- personal, samordnare och verksamhetschef uppmärksammar eventuella risker och händelser i mötet och diskuterar det med kollegor direkt.

I samband med rapport mellan omsorgspersonal och HSL – personal stöttas även omsorgspersonalen i att skriva negativa händelser. All personal har behörighet och kunskap att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i företagets kvalitetsledningssystem och är medvetna om sin skyldighet. Detta görs i systemet TQM.

Utsett skyddsombud på Granparken har tillsammans med verksamhetschef skyddsron en gång per år och därefter uppföljning en gång per år, där bland annat områden för arbetsmiljö ses över. Förutom



skyddsombud har även sex medarbetare utsetts som ombud att delta i en lokal grupp för att arbeta med frågor rörande den fysiska arbetsmiljön på Granparken.

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.

Verksamheten strävar efter att i möjligaste mån anställa utbildade undersköterskor med erfarenhet av äldreomsorg. Utbildade undersköterskor har en grundkompetens inom vård och omsorg samt delar av hälso – och sjukvård som möjliggör en ökad patientsäkerhet. Fokus har varit att ge medarbetarna en fullgod introduktion som följs upp.

För att öka kompetensen i verksamheten har de som inte är undersköterskor blivit erbjudna utbildning för detta, varpå flera medarbetare påbörjat studier under året.

Medarbetare inkluderas i återkommande interna och externa utbildningar i verksamheten för att kunna stärka kompetensen och arbeta med patientsäkerhet. Sjuksköterskor har gått ett par olika utbildningar inom läkemedel som kommunen erbjudit under året samt deltagit i HSL -nätverk.

Sjuksköterskor håller i internutbildningar på Granparken som anpassas utifrån behovet i verksamheten, för att öka patientsäkerheten. Under året har bland annat utbildningar i vitala parametrar och basal hygien utförts. Sjuksköterskorna i verksamheten har även arbetsledaransvar och ska leda och fördela på avdelningarna, samt handleda omvårdnadspersonal.

Fysioterapeut och arbetsterapeut handleder ständigt omvårdnadspersonalen i bland annat hjälpmedelshantering, ergonomi, förflyttning och ADL, både planerat och oplanerat utifrån de behov som uppstår.

Samordnare och verksamhetschef har erbjudit utbildningar för medarbetare i områden för dokumentation och händelse systemet (TQM).

Ledningsgruppen har regelbundet dialoger kring hur säker bemanning och schemaläggning ska säkerställas på Granparken, där varje individs kompetens tas med i beaktningen vid planering. Samt regelbundna uppföljningar kring behov av utbildning hos medarbetarna. Kompetensutveckling lyfts även på de individuella medarbetarsamtalen. Det är samordnaren på Granparken som ansvarar för bemanningen måndag – fredag kl. 8-15. Övrig tid har tjänstgörande sjuksköterska arbetsledningsansvar tillsammans med verksamhetschef.

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.



När en ny boende flyttar in sker ett första samtal med den boende, närstående och sjuksköterska samma dag, och så långt det är möjligt även med fysioterapeut och arbetsterapeut. Samtycke samlas in gällande frågor som rör patientsäkerheten t.ex kvalitetsregister och journalföring. Varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en kontaktperson som tillsammans har det direkta informationsansvaret till boende och närstående. Ansvarig läkare finns tillgänglig över telefon de dagar hen inte är på plats i huset. Sjuksköterska förmedlar kontakten mellan boende/närstående och läkare.

14 dagar efter inflytt på Granparken bjuder sjuksköterskan och kontaktperson in boende och närstående till ett välkomstsamtal, där vårdplanering upprättas tillsammans. Under vårdplaneringen tas frågor upp som rör hälsotillstånd, önskemål, bedömningar, rutiner kring kontakt med HSL – personal och omsorgspersonal, läkarkontakt med mera. Sjuksköterska informerar om vikten att den boende och närstående förmedlar eventuella synpunkter och frågor för att vården ska bli så individanpassad och säker som möjligt.

Den boende erbjuds medicinsk vårdplanering en gång årligen tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare.

Närstående ska bjudas in till anhörigträffar regelbundet där verksamhetschef presenterar det pågående arbetet i verksamheten samt besvarar eventuella frågor och synpunkter. Verksamhetschefen ansvarar för att alla inkomna synpunkter och klagomål utreds och följs upp löpande, samt återkopplas till den boende/närstående. Blanketter för synpunkter och klagomål finns väl synlig vid entrén. När synpunkter och klagomål kommer läggs ärendet in i kvalitetsledningssystemet TQM. Samtliga medarbetare informeras regelbundet om inkomna synpunkter/klagomål och förbättringsåtgärder på nästkommande APT. Årligen görs en sammanställning av händelser och dokumenteras i verksamhetsberättelsen.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Vi utför egenkontroller varje år för att minimera risker i verksamheten, det vill säga, följer systematiskt upp och utvärderar och kontrollerar att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. I Norlandias ledningssystem finns uppgifter om egenkontroller som verksamheten skall utföra regelbundet för att styrka upp patientsäkerhetsarbetet.

Intern revision kvalitet

Minst en gång var tredje år utförs en kvalitetsuppföljning utav MAS och kvalitetsutvecklare för att säkra verksamhetens följsamhet med patientsäkerhetsarbetet. Där ingår områden såsom läkemedelshanteringen, basal hygien och klädrutiner, dokumentation, hjälpmedelshantering, delegeringar, samverkan med läkare, avvikelshanteringen. Det som framkom under den interna revisionen 2024 har analyserats och lagts in som förbättringsarbete i TQM att arbeta vidare med.

Hygienronder

En gång per år utförs en intern hygienrund samt en extern hygienrund för att säkerställa att vi följer basal hygien och klädrutiner. Utöver detta arbetar hygienombuden på Granparken varje månad med att utföra hygienkontroller tillsammans med biträdande verksamhetschef enligt upprättad mall, resultatet rapporteras till verksamhetschef och presenteras på kommande APT.

Dokumentationsgranskning HSL

En gång i månaden utförs dokumentationsgranskning av minst 10% HSL journaler. Under första halvan av år 2024 utfördes inga granskningar då det saknades en biträdande verksamhetschef och arbetsbelastningen var hög. Granskningarna startades upp igen oktober 2024. Det som framkommit presenteras på HSL arbetsplatsträff i lärosyfte. Områden som uppmärksammas är att samtycken missats att uppdateras årligen i patientjournalerna, en del ordinationer har saknat hälsoplan samt delaktigheten i rehab planerna har inte tydligt framgått.

Avvikelser och händelser

Kartläggning och analys av händelser i verksamheten ska utföras varje kvartal av verksamhetschef och biträdande verksamhetschef. Under året har 127 inkomna händelser registrerats i TQM. Varav en anses vara av hög allvarlighetsgrad.

Nattfastemätning

Egenkontroll av nattfasta för de boende på Granparken genomförs av sjuksköterskor två gånger per år och rapporteras till kostansvarig centralt i Norlandia. Nattfastemätningen som gjordes 2024 visade att Granparken har ett för högt medelvärde vilket innebär att många överskrider nattfastan. Under 2025 planerar verksamheten att erbjuda externa utbildning för medarbetarna i nutrition samt erbjuda smoothies på kvällen för att minska risken.

Senior Alert

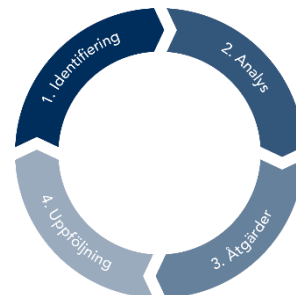
Vi har under 2024 utfört riskbedömningar i Senior Alert på 46 boende av totalt 48. Däremot visar resultat brister i uppföljningarna. Kontakt med nationell coach för Senior alert är tagen för att starta upp förbättringsarbete i Senior Alert. När arbetsbelastningen varit hög under året har registreringar och uppföljningar prioriterats bort.

Planen framåt är att uppföljningarna ska dokumenteras i samband med att teamet sitter ned och följer upp patienten var sjätte månad. Skattningarna ska utföras i team var sjätte månad med sjuksköterska, paramedicinsk personal och omvårdnadspersonal.

[illegible]

BPSD

Vi ska göra regelbundna BPSD – skattningar, minst två gånger per år av varje boende med demenssjukdom. Under 2024 har 0 skattningar utförts. Trolig orsak är att det under året inte har funnits tillgång till BPSD – administratör i verksamheten varpå målet ej har uppnåtts. Under 2025 finns en plan att omvårdnadsansvarig sjuksköterska på demensavdelningen skall genomföra BPSD – utbildning.



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.

Samtliga händelser som inträffar rapporteras av den som upptäcker avvikelser i verksamhetens digitala kvalitetssystem TQM. När en avvikelse medfört allvarlig skada eller hade kunnat medföra en allvarlig skada startar verksamhetschefen en händelseprocess för allvarlig avvikelse med utredning enligt Lex Maria med stöttning av MAS och MAR i företaget. Visar utredningen på att det är en Lex Maria anmäler Norlandias interna MAS händelsen vidare till IVO. Verksamhetschefen ansvarar för att informera patienten och/eller eventuella närstående om utredningen. Likaså informeras även MAS i kommunen. Resultatet av utredningen och beslutade åtgärder återkopplas till samtliga medarbetare på APT och kvalitetsmöte.



Under året har 127 händelser utretts som klassats som låg allvarlighetsgrad och en avvikelse med hög allvarlighetsgrad. Inga utredningar enligt Lex Maria påbörjats.

Fyra riskområden har identifierats under året. Fallolyckor, undernäring, uteblivna läkemedel, bristande följsamhet i basala hygienrutiner.

Fallolyckor

Vid inflytt på Granparken utförs en riskanalys där bland annat risken för fall ses över, för att kunna arbeta förebyggande och sätta in lämpliga åtgärder. Trots detta har det kommit in händelser där fallolyckor skett under 2024. När en fallolycka sker meddelas alla professioner i verksamheten, för att i samverkan kunna sätta in lämpliga åtgärder och identifiera orsaken.

Flera rörelselarm har köpts in till verksamheten. Vidare planerar vi att förbättra registrering och uppföljningar av åtgärderna i Senior Alert.

Undernäring

Nattfastemätningar genomförs regelbundet enligt Norlandias årshjul och det har funnits många som har överskridit nattfastan. I samband med det regelbundna viktkontroller har de identifierats att en del patienter har minskat i vikt. Viktkontroll anpassas efter risker. Berikning av kost, smoothies på kvällen samt näringstillskott har varit åtgärder som genomförts både för att minska risken för undernäring. Verksamheten har även tagit in synpunkter på kosten från patienterna och arbetar med att anpassa måltiderna. Ett av målen under 2025 kommer att innefatta att öka kunskapen bland personalen gällande nutrition.

Läkemedelsadministrering

En risk som identifierats är återkommande inkomna händelser för läkemedelshanteringen. Huvuddelen av händelserna är läkemedel som ej givits enligt ordination. Delegerad personal har glömt bort att administrera läkemedel på ordinerad tid, signerade fast ej givna, missade administrering om boende haft dubbla dospåsar. Sjuksköterskorna ordinerar läkemedel på en fysisk utskriven signeringslista som uppdateras varje månad samt vid behov. Varje läkemedelavvikelse utreds av omvårdnadsansvarig sjuksköterska som också regelbundet tar ställning till om delegerings skall fortsätta gälla för berörd.

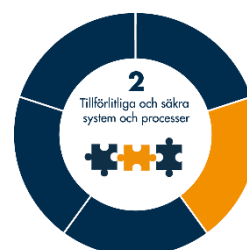
Det är av vikt för patientsäkerheten att antalet uteblivna läkemedel minskar under 2025. En del av arbetet bedöms vara att se över uppföljningarna av delegeringarna under året samt implementera digital läkemedelssigenering.

Bristande följsamhet i hygienrutiner

Vid de interna och externa hygienronderna har utförts har det framkommit att det finns brister i följsamheten av de basala hygienrutinerna. Åtgärder har omedelbart satts in som bland annat innefattat utbildningssatsningar för medarbetare och en stående punkt på arbetsplatsträffar.

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.



Basala hygienrutiner

Ett område som verksamheten planerar att förbättra är basala hygienrutiner och klädregler. Arbetet påbörjades redan under år 2024 men kommer att fortsätta under året. Hygienombud har utsetts från varje avdelning tillsammans med sjuksköterska. Denna grupp kommer att arbeta med frågor inom området och vara behjälplig verksamhetschef och kollegor i frågor. Målet är att säkerställa att alla medarbetare ska kunna få stöttning och information fortlöpande. Hygienombuden ska även se över vilka förbättringsområden vi kan arbeta med för att säkerställa patientsäkerheten inom basala hygienrutiner.

Digital läkemedelssigenering

Under 2025 planerar verksamheten att implementera digital läkemedelssigenering i systemet SignIt. Detta

kommer att underlätta patientsäkerhetsarbetet då sjuksköterskan får direkt rapport i systemet om signerade läkemedel eller uteblivna läkemedel och kan då direkt följa upp orsaken. Förhoppningen är att läkemedelavvikelserna minskar under året.

Bristande kompetens i händelsesystemet

Det har blivit tydligt att under året har det funnit brister hos medarbetare i användningen av TQM. Under 2024 har flertal utbildningar erbjudits på plats, samt medarbetare har uppmanats att ta kontakt med ledningsgruppen för stöttning. Trots det ser vi fortsatta brister, varpå verksamheten kommer att fortsätta arbetet med att säkerställa att medarbetare har den kunskap som krävs för att kunna rapportera en händelse, då det är av stor vikt för att kunna identifiera och analysera risker i patientsäkerhetsarbetet. De lokala kvalitetsombuden kommer även att kunna vara ett stöd i det arbetet.

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.



Områden som identifierade som risk för patientsäkerheten är:

Svårigheter att rekrytera arbetsterapeut och sjuksköterskor. Detta har lett till att det har förekommit inhyrd personal samt en ökad arbetsbelastning. Inhyrd personal har inte samma kunskap om verksamheten och dess rutiner. Den ökade arbetsbelastningen skapar även stress hos medarbetarna vilket kan medföra en risk för patientsäkerheten.

Det finns en risk för leveransproblem av produkter som näringsdryck, förbrukningsvaror och sjukvårdsmaterial. Det är en stor risk för restnoterade produkter. Skyddsutrustning kan beställas förebyggande men varor som näringsdryck och vissa sjukvårdsmaterial som varierar i förbrukning är svårt att förutse åtgången och är således väldigt svårt att lagerhålla.

Det finns även en risk för leveransproblem av läkemedel eller att läkemedel inte kommer fram i tid, som i dagsläget levereras var 14:e dag till Granparken. För att undvika att patienten inte får sina läkemedel ansvarar sjuksköterskor i verksamheten för att säkerställa att läkemedel finns i lager för en månad. De läkemedel som är packade i ApoDos är ej möjligt för sjuksköterskor att lagerhålla.

Driftstopp eller strömbrott påverkar möjligheten att läsa journal, dokumentera i journal och komma åt ordinationshandlingar och andra viktiga uppgifter rörande patienternas vård. Det är svårt att förutse när det kommer inträffa och det är därför viktigt att arbeta förebyggande genom att förvara viktig information i pappersform i HSL – pärm inlåsta hos sjuksköterskor.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamheten har en kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, sjuksköterska, samordnare,

undersköterska. Gruppen träffas varje månad och arbetar med att analysera inrapporterade avvikelser, identifiera risker, göra riskanalyser samt försöka följa upp vidtagna förbättringsåtgärder, allt på organisatorisk nivå.

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

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

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

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

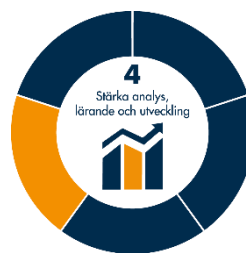
Stärka analys, lärande och utveckling

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

Verksamheten registrerar i BPSD – registret, palliativa registret och Senior Alert, under 2024 har resultatet i registren börjat användas för att utvärdera hur arbetet fortskrider kopplat till patientsäkerheten, men behöver göras med systematiskt i utvecklingsarbetet.

Vid Lex Maria är det av största vikt att förankra åtgärdsplanen baserat på identifierade orsaker till avvikelser i hela verksamheten, det görs på kvalitetsmöten, APT och morgonmöten så fort det registreras som en allvarlig händelse som utreds enligt Lex Maria.

Genom regelbundna journalgranskningar av HSL – dokumentationen identifieras eventuella förbättringsområden i syfte att öka patientsäkerheten. Granskningar bör göras mer regelbundet än det gjorts under året.



Avvikelser

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

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

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

Det har fortsatt varit ett stort arbete med att uppmuntra samtliga medarbetare att rapportera in avvikelser under året. På Granparkens äldreboende ska händelser gällande hälso- och sjukvård registreras i Norlandias avvikelssystem TQM av den som upptäcker händelsen samt i journalsystemet ProCapita av tjänstgörande sjuksköterska. I TQM skickas alla händelser till verksamhetschef som utser ansvariga för vidare åtgärder i händelsen och utredning av orsak bakom händelse. Vid händelser av akut och/eller allvarlig karaktär informeras kommunens MAS. Norlandias interna MAS tar också del av avvikelser i TQM för analys och förbättringsåtgärder.

Jämförelsen mellan 2023 och 2024 visar både förbättringar och utmaningar. Antalet avvikelser inom läkemedelshantering och hygienrutiner har minskat, vilket tyder på fler utbildningssatsningar och anställning av en ny HSL-ansvarig sjuksköterska har fått önskat resultat. Däremot har fall och missförhållanden ökat något, vilket kan bero på antingen faktiska försämringar hos de boende eller att förebyggande åtgärder inte satts in i tid. Skyddsåtgärder ligger kvar på samma nivå. Över lag finns positiva trender men fortsatt arbete behövs för att minska fall och missförhållanden. Arbetsterapeut och fysioterapeut följer alltid upp fall som inträffat under de tillfällen de inte varit på plats i verksamheten.

Jämförelse mellan 2023 och 2024

Kategori	2023	2024
Hantera läkemedel säkert	31	19
Hantera Fall	12	14
Basala hygienrutiner	8	6
Hantera missförhållanden	4	5
Skyddsåtgärder	2	2

Klagomål och synpunkter

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

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

På Granparkens äldreboende är närstående och boende alltid välkomna att lämna in synpunkter eller förbättringsförslag direkt till verksamhetschef eller via övrig personal. Boendet har också en brevlåda där synpunkter, förbättringsförslag och klagomål kan lämnas anonymt. Information om hur synpunkter kan delges till verksamheten lämnas till boende och närstående i samband med inflyttning och kontinuerligt vid anhörigträffar från verksamhetschef.

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

Samtliga synpunkter skall registreras av verksamhetschef och hanteras där orsaksanalys genomförs. Synpunkter som berör enskild boende behandlas under omvårdnadskonferens där alla yrkeskategorier deltar för att tillsammans utföra orsaksanalys och kartlägga vilka åtgärder som kan åtgärda klagomålet.

Synpunkter eller klagomål som berör större delar eller hela verksamheten behandlas med handlingsplan, uppföljning och återkoppling.

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

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Granparken jobbar ständigt systematiskt och periodiserat med patientsäkerheten.

Norlandias kvalitetsledningssystem tillhandahåller riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhetsarbete.

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

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

Det finns behov av kompetensutveckling och arbetat fortgår ständigt och är planerade ibland annat årshjulet. Vi planerar att fortsatt kunna erbjuda utbildning för vårdbiträden till undersköterska under kommande år. De utbildningar som redan är inplanerade är munhälsovård, SignIt, nutrition, palliativvård, vitala parametrar, HLR, läkemedelshantering, trycksår, förflyttningsutbildning, för att säkerställa att medarbetare på Granparken har den kompetens som krävs för att arbeta patientsäkert.

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

Samt se över utbildningsbehovet i stort i verksamheten.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Verksamhetens mål för 2025

- Implementera digital läkemedelssigntering i verksamheten.
- Registrera samtliga boende på Granparken i BPSD registret med demenssjukdomar. Genom att omvårdnadsansvarig sjuksköterska för demensavdelningen går utbildning i BPSD.
- Att 100% ska vara registrerade i Senior Alert och ha registrerade utförda åtgärder och uppföljningar vid identifierad risk. Genom att arbeta aktivt med bedömningar i team, minst var sjätte månad.
- Att 80 % av boendena har en nattfasta under 11 timmar. Målet planeras att nå genom utbildning i nutrition och nattfasta för omvårdnadspersonalen under året.
- Förbättra följsamheten i Basala Hygienrutiner och Klädregler genom fortlöpande ha externa och interna utbildningar för medarbetarna.