

Bilaga O7

Patientsäkerhetsberättelse
2024

Vård- och omsorgsboenden
entreprenader

Patientsäkerhetsberättelse

för Guldbryllopshemmet

År 2024



Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
Samverkan med patient och närstående	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	21
Riskhantering.....	24
Stärka analys, lärande och utveckling	24
Avvikelser	27
Klagomål och synpunkter	28
Öka riskmedvetenhet och beredskap	28

SAMMANFATTNING

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

Guldbrölloppshemmet är ett särskilt boende med fyra avdelningar och heldygnsoomsorg som drivs på entreprenad. 33 platser fördelat på tre avdelningar är för personer med demenssjukdom. Elva platser på en avdelning har inriktning mot psykiatri.

Under året har verksamheten arbetat med att öka patientsäkerheten genom att;

- *Fortsätta arbetet med reflektionsmöten och våningsmöten för varje våningsplan,*
- *säkerställt genomförande av kvalitetsråd och APT,*
- *säkerställt att palliativt råd genomförs och utbildat ytterligare palliativa ombud*
- *säkerställt att statistik förs på förbrukning av olämpliga läkemedel för äldre för att öka medvetandet hos all personal,*
- *säkerställt att egenkontroll av hygien genomförts regelbundet,*
- *fortsatt arbete med VISAMbeslutsstöd*
- *genomfört två närståendemöten, en på våren och en på hösten,*
- *arbetat strukturerat för att förbättra dokumentationen för både SoL och HSL*
- *slutfört implementering av NEO-lås*

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

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

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

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

Guldbrölloppshemmets övergripande mål och strategier för 2024

- Riskbedömningar ska för samtliga genomföras vid inflytt och regelbundet minst var sjätte månad och vid behov.
- Att för samtliga påbörja och upprätthålla hälsoplaner kopplat till riskbedömningarnas resultat och åtgärder.
- Att omvårdnadspersonal blir involverade i åtgärder i samband med riskbedömningar och att uppföljning följs upp vid team-möten
- Fördjupad läkemedelsgenomgång ska göras i samband med inflytt, en gång per år samt löpande vid behov. Symtomskattning och läkemedelsöversyn görs två gånger per år med hjälp av Medvien.

- *Säkerställa att verksamheten följer Vardagas styrdokument för delegering och läkemedelsrutiner.*
- *Säkerställa att alla läkemedelsavvikelser registreras, följs upp och åtgärdas.*
- *Utbildning av medarbetare av delegerade arbetsuppgifter. Tättare uppföljning på avvikelserna för att minska felaktig hantering.*
- *Att samtliga medarbetare följer basala hygienrutiner och att alla gör utbildningen årligen samt vid behov. Att verksamheten ändrar sina arbetssätt kring hygien utifrån eventuella extra förhållningsrestriktioner.*
- *Att samtliga medarbetare är medvetna om vikten av att rapportera alla avvikelser samt sin skyldighet att rapportera händelser som kan innebära vårdskada/ risk för vårdskada.*
- *Att samtliga medarbetare gör webbutbildning om vård i livets slut. Se till att alla avdelningar har palliativa ombud som aktivt arbetar med frågan*

Organisation och ansvar

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

VD har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

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

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälningsansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

- *Guldbrölloppshemmet har samverkansavtal med Capio Legevisitten, vilka ansvarar för patienterna dygnet runt. Samarbetet fungerar enligt avtal och läkaren kommer till verksamheten 1ggr/veckan. Patientansvarig läkare förutom att finnas på plats 1ggr/v kan även kontaktas på telefon, vardagar 8–17 övrigt tid finns jourhavande läkare som alltid också kan nås via telefon.*
- *Enhetschef finns på plats som har ansvar för all hälso- och sjukvård i verksamheten.*

- *Guldbröllopshemmet har sjuksköterska på plats i verksamheten dygnet runt. Det innebär att de i varje situation ska kunna bedöma och avgöra när läkare behöver rådfrågas eller tillkallas. Läkaren ska vidta de åtgärder som patientens tillstånd kräver och bestämmer med den patientens medgivande vilka vård- och behandlingsinsatser som ska utföras. Vidare ansvarar hälso- och sjukvårdspersonal att följa de ordinationer som läkaren meddelat vilka processer som identifierats där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.*

Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten

Verksamheten samverkar med olika uppdragsgivare under året.

- *Verksamheten drivs på entreprenad genom Stockholm stad. När en placering blir ledig meddelar verksamheten uppdragsgivarna så att ny patient kan hänvisas till boendet.*
- *När en patient flyttar in i verksamheten så tillser uppdragsgivaren verksamheten ett beställningsunderlag i form av biståndsbeslut. Uppdragsgivaren förmedlar också kontaktuppgifter till eventuella aktuella vårdgivare för överrapportering.*
- *Stockholm stad har under 2024 genomfört individuppföljningar på patienter i verksamheten.*

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Samverkar mellan yrkesgruppen inom verksamheten:

- *Varje måndag möts all hälso- och sjukvårdspersonal samt gruppchefer, enhetschef och verksamhetschef för genomgång av läget i verksamheten. Det kan vara aktuella avvikelser/händelser och möten som är planerade.*
- *Teammöten sker på varje våning varannan vecka. Deltagare är sjuksköterska, rehab och omvårdnadspersonal. På teammötena behandlas enskilda fall och individuella behov, vilket också dokumenteras i dokumentationssystemet Vodok/ParaSol.*
- *Genom dokumentationssystemet uppdaterar alla yrkesgrupper sig om patientens situation och eventuella förändringar. Dokumentation ligger också till grund för genomförandeplaner, vårdplaneringar och uppföljningar hur samverkan med uppdragsgivare har skett under året på din verksamhet.*
- *En gång per månad har varje våning reflektionsmöte som leds av en undersköterska som är utbildad i handledning. Vid dessa reflektionsmöten deltar omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab och alla undersköterskor som arbetar på respektive våning. Vid reflektionsmötena arbetar man med att följa upp bemötandeplaner utifrån patientens behov och önskemål.*
- *Verksamheten har sedan januari 2023 infört Palliativt råd en gång per månad. Här möts alla palliativa ombud, både sjuksköterskor, undersköterskor och rehab, enhetschef och verksamhetschef finns representerade. Rådet arbetar med att utveckla och förbättra det palliativa arbetet i verksamheten. Varje dödsfall tas upp för reflektion och för att förbättra än mer.*
- *Kvalitetsråd genomförs varje månad. Deltagare är kvalitetsombud usk från varje våning, sjuksköterskor, rehab, gruppchefer, enhetschef och verksamhetschef.*

Samverksam mellan yrkesgruppen utanför verksamheten:

- *Oral Care kommer för munhålsbedömning, Flexident eller Oral Care (beroende på vilken patienten väljer) utför tandvård.*
- *Fotterapeut för både medicinsk fotvård samt allmän fotvård*
- *Rosenlunds Logopedmottagning*
- *Rosenlunds psykosmottagning*
- *Dietist*

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar

för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Iver, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

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

Guldbröllopshemmet genomför granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen varje kvartal med hjälp av checklista för intern journalgranskning. Verksamheten utför även dokumentationsgranskning på uppdrag av Stockholm stad enligt deras mall två gånger per år.

Under 2025 kommer arbetet kring kamratgranskning för HSL-dokumentationen att fortsätta.

Enhetschef utför loggkontroll månatligen.

En god säkerhetskultur

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



Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig. Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

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

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

- *Samtliga medarbetare arbetar aktivt i företagets avvikelssystem. Samtliga avvikelser hanteras och följs upp av ansvarig sjuksköterska, rehab, gruppchef, enhetschef och verksamhetschef.*
- *Beroende på avvikelsernas karaktär, tex fall och läkemedel, och sår tas kontakt med läkarorganisation.*
- *Ledningsgruppen har ansvar för att hantera och följa upp avvikelserna för att säkerställa att ingen avvikelse inte hanteras. Aktuella avvikelser tas upp på aktuell våning och deras team-möte och våningsmöte.*
- *Vid behov skapas förbättringsområde av avvikelser.*
- *Genomgång av föregående månads avvikelsestatistik tas upp vid kvalitetsrådet där kvalitetsombud, sjuksköterskor, rehab, gruppchefer, enhetschef och verksamhetschef deltar i kvalitetsutvecklande syfte.*
- *Avvikelser av allvarlig karaktär hanteras på det månatliga kvalitetsrådet och på arbetsplatsträffar (APT).*
- *Enligt verksamhetsrådet går verksamhetschefen igenom den rapporteringsskyldighet i form av Lex Sarah och Lex Maria, som all personal omfattas av. Genomgången varierar men innefattar skriftlig information, faktagenomgång, gruppreflektioner med hjälp av fiktiva exempel, samt exempel ur verkligheten. I rutinpärm,*

både fysisk och digital, hittar personalen blanketter och information om hur en anmälan går till. Vid nyanställning får personen genomgång av gruppchef/enhetschef gällande missförhållande och vårdskada.

- *I verksamheten finns flera forum för lärande och reflektion. Varje månad har respektive våning reflektionsmöten med handledare för genomgång av patientens mående och därefter bemötande som skapar en trygg och säker omvårdnad.*
- *Verksamhetens medarbetare går regelbundet på fortbildning via Lära som är ett bolag inom AMBEA-koncernen.*
- *Sjuksköterskor och arbetsterapeut och sjukgymnast erbjuder regelbundet utbildningar för att bibehålla/öka kunskapsnivån hos omsorgspersonalen, tex. inom förflytningsteknik, liftar/hyftselar, sjukdomar och klinisk blick och läkemedel.*
- *När en patient flyttar in genomförs flera riskbedömningar för att eliminera att patienten drabbas av vårdskada. Riskbedömningar som genomförs är bland annat, fall, nutrition, ROAG-munbåla, trycksår, urinläckage, suicid, hot och våld. När risker upptäcks planeras lämpliga åtgärder i teamet. Patient och eventuell närstående involveras och får information om risker och de eventuella åtgärder som är lämpliga att sätta in.*
- *Riskbedömning samt eventuella åtgärder som planeras dokumenteras i vårdplan samt genomförandeplan och uppdateras vid behov, men minst två gånger om året. Utvärdering sker vid tex. team-möten.*
- *När en patient flyttar in genomförs en riskbedömning av arbetsmiljön vid arbetet kring patienten. Denna riskbedömning förvaras i den enskildes boendepärm ihop med genomförandeplan, och uppdateras vid behov, men minst två gånger om året. Enskilda ärenden som hänger ihop med omvårdnaden och arbetsmiljön kring omvårdnadsarbetet hanteras på team-möten.*

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.



- *Verksamhetsåret delar upp kompetensområden månadsvis. Personalen informeras via en digital kompetensportal vilka utbildningar som är aktuella att utföra under året. Medarbetarna utför utbildningen och verksamhetschef kan följa upp vilka medarbetare som utfört vilka utbildningar.*
- *Enhetschef/Gruppcheferna och HSL-personal kallas till respektive tematiska nätverksträffar under året där de får tillgång till inspiration, kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte.*
- *Palliativa ombud går på årliga ombudsdagar och tar del av inspiration och kompetensutveckling för sitt utvecklingsarbete.*
- *Verksamhetschefen följer företagets utbildningsplan för chefer och ledare i företaget och genomgår adekvata utbildningar för yrkesområdet.*
- *Vid schemaläggning, bemanning och planering tas alltid hänsyn till medarbetarnas erfarenhet och kompetens för att säkerställa kvalitet och god kontinuitet under hela dygnet.*
- *Varje våning arbetar med egna förbättringsområden kopplade i Ambea avvikelssystem, Q-maxit.*

Patienten som medskapare

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



Samverkan med patient och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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

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

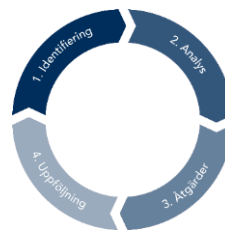
- *På Guldbröllopshemmet tillåts närstående att vara så delaktiga som de önskar, på den enskildes villkor. Varje patient tilldelas en kontaktperson som vid inflytt bjuder in till ett välkomstsamtal. Kontaktpersonen erbjuder efter samtycke från den enskilde att närstående deltar i välkomstsamtalet. Där får patienten och dennes närstående möjlighet att uttrycka sina önskemål och förväntningar.*
- *Verksamheten erbjuder även närstående som har ett större behov av samtalsstöd exempelvis information om anbringningsföreningar och primärvårdskontakter och information kring anbringningsstöd via kommuner.*
- *Extra vårdplaneringsmöte erbjuds om behovet finns. Likaså träff med patientansvarig läkare om behov eller önskemål finns om detta.*
- *Månadsvis skickar verksamhetschef ut närståendebrev via e-post till närstående. I månadsbrevet ges aktuell information om verksamheten samt Kundombudsmannen och hur man kan lämna synpunkter och klagomål.*
- *Under 2024 bjöds närstående in till två närståendeträffar. På närståendeträffar lyfts senaste resultatet från brukarundersökningar och närstående får tillfälle att framföra förslag och önskemål.*

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

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



Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

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

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.



I juli 2024 utfördes en internutredning efter en registrerad avvikelse.

Patient som insjuknar med symtom på magsjuka, samtidigt som flera andra hade samma symtom. Efter fyra dygn från första symtom på magsjuka skickas patienten in akut på grund av stroke-misstanke. För att säkerställa att patienten fått rätt vård under dessa dygn görs en internutredning. Dokumentationen ses över, samtal med samtlig berörd personal som arbetat under de dagarna samt samtal med tjänstgörande läkare. Utredningen visade att relevanta åtgärder hade vidtagits, närstående får återkoppling och avvikelser avslutas därefter. Avvikelsen lyftes upp på kvalitetsrådet.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2025	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Trycksår	Minska uppkomsten av trycksår.	År 2024 fick 3 patienter trycksår (grad 1-2). En av patienternas trycksår läkte inom samma månad.	Målet är ej uppfyllt.	Arbetat förebyggande genom att handleda och utbilda omvårdnadspersonalen. Statistiken tas upp på kvalitetsrådet varje månad.	Förekomst följs upp via preventionsbedömningar två gånger årligen.	Utbildning och uppföljning till samtlig personal.	Data från Senior Alert Data från / om PPM-trycksår Avvikelser 2023 och 2024

		De två övriga patienterna har kvarvarande trycksår (grad 1-2). Antalet trycksår uppkomna i verksamheten under 2024 motsvarar även antalet under 2023.		Deltagande i PPM-trycksår.			Enskildas patientjournaler.
Fall	Minska antalet fall.	År 2024 inträffade 142 rapporterade fallochcykor. År 2023 inträffade 106 rapporterade fallochcykor. År 2022 inträffade 84 rapporterade fallochcykor. Av 142 fall ledde ett till armfraktur. Fyra ledde till mjukdelsskador och arton till sår. Sex ledde till sjukhusvård. Ett fall ledde till hjärnblödning. Antalet rapporterade fall stämmer inte överens med dokumentationen, 28 fall registrerades inte i vår avvikelssystem dock är dessa dokumentera i HSLjournal och införd i HSLstatistiken. Detta är en försämring med 2023 och byfts upp under kvalitetsråd och APT, arbetet	Målet ej uppfyllt.	Verksamheten har arbetat aktivt med fall och rapportering av fall under hela året. Varje månad vid kvalitetsrådet har sjukgymnast sammanställt föregående månads fall för att skapa en dialog för utveckling. Risikobedömningar utförs enligt rutin.	Arbetet med riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar ska fortsätta under 2025 för att ytterligare förbättra verksamhetens arbete med fall. Arbetet med att personal registrerar avvikelser i vårt avvikelssystem ska fortsätta under 2025. Planering när kvalitetsråd, APT och avdelningsmöten ska ske under månaden har ändrat för 2025, de är inom samma vecka, detta för att stärka den röda tråden i kvalitetsarbetet.	Samtlig personal.	Ambeas styrande dokument

		fortsätter under 2025.					
Registrering av Infektioner	Att registrera antalet uppkomna infektioner för att säkerställa kvalitén kring smittspridning	Beläggningen under år 2024 var 99,2%. En patient har under året haft suprapubisk urinkateter. Medel för antal med urinkateter via urinröret var: 11,8% UVI hos boende med kateter var vid 11 tillfällen (varav en var med suprapubisk kateter) UVI hos boende utan kateter var 27 tillfällen. 10 sårinfektioner registrerades under året. Sex lunginflammationer registrerades under året. Sju oklara infektioner registrerades under året. Tio patienter fick visusorsakad magsjuka, uppdelad på två tillfällen under året.	Målet uppfyllt.	Arbetat med basala hygienrutiner genom både självskattningar och regelbundna månatliga observationer av förutsättningar för god hygien är utförda. Hållare för handdesinfektioner finns uppsatta vid samtliga entréer både i fastighetens huvudentré och trapphus, inne på alla våningar, personalrum.	Fortsätter arbetet under 2025.	Enbetschef och SSK	Ambeas styrande dokument
Läkemedelsavvikelser	Minska läkemedelsavvikelser.	År 2024 rapporterades 93 läkemedelsavvikelser. År 2023 rapporterades det 73 läkemedelsavvikelser. Ökningen med 20 läkemedelsavvikelser.	Målet delvis uppfyllt.	Tidigare misstanke på en underrapportering fanns, att antalet avvikelser ökat med 20 är positivt. Under kvalitetsråd diskuteras om orsak till läkemedelsavvikelser och åtgärder för att minska läkemedelsavvikelser, detta tas	Införandet av personbunden tagg. Utbildning av ssk och usk regelbundet under året.	SSK och USK	Ambeas styrande dokument. Avvikelser 2023 och 2024.

		kelse vilket tolkas som positivt då det innan misstänks ha varit en underrapportering. Läkemedelsavvikelser har lyfts upp under kvalitetsråd och APT samt att sjuksköterskor lyfter dessa med delegerad personal.		sedan även upp under avdelningsmöten. Under 2023 installerades Neoläs där delegerad personal hade 3 kort att dela mellan sig under varje arbetspass, under 2024 har varje delegerad personal en personlig tagg för att öppna läkemedelsskåp, i vårt loggsystem går det att avläsa när taggen använts och hos vem.			
Medicinska bedömningar vid fallolyckor	Öka kunskap om VISAM för ett snabbt ombändertagande och vård på rätt vårdnivå i samband med fallolyckor.	En vårdskadentredning kopplat till fördröjd vård och behandling vid fallolyckor under första kvartalet 2023.	Resultatet delvis uppfyllt. Arbetet som genomförs under året är relevant. Fortsätter på samma sätt under 2025.	SSK har genomgått utbildning i VISAM i början av 2023, VISAM beslutstöd är ett FO för HSL personal. under 2024 har vikten av VISAM beslutstöd lyfts upp under SSK möten, en ökning av användningen av VISAM beslutstöd har setts, fortsatt samtal om dess vikt kommer att tas upp under 2025.	Arvstämning med SSK kring följsambet av VISAM under Kvalitetsråd och med ansvarig chef.	Månatlig uppföljning av Rapporteringsstöd Kvalitetsråd.	Ambeas styrande dokument och Helpcenter (Kunskapsbanken). Rapportering stöd från "evig utveckling"
Kontakt med SSK vid förändrat hälsotillstånd	Öka kunskap om förändrat hälsotillstånd hos patienter samt tillhörande rutin för ett snabbt ombändertagande och rätt vårdnivå.	År 2024 inträffade inga oönskade händelser där vården blev fördröjd kopplat till försenade eller utebliven kontakt med SSK.	Målet är uppfyllt. Vid samtliga rapporterade händelser om förändrat hälsotillstånd kontaktades SSK.	Vid Kvalitetsråd sker genomgång av månadens rapporterade avvikelser. Sjuksköterskor har under början av 2024 utbildat omsorgspersonal i hur vitalparametrar ska tas.	Utbildning, genomgång och dialog av rutin och förståelse av "förändrat hälsotillstånd" fortsätter under 2025.	Samtlig personal är involverad. Genomgång och diskussion varje månad på Kvalitetsråd.	Rapporterade avvikelser i Qmaxit under 2023 och 2024 Ambeas styrande dokument. Rapportering stöd från "evig utveckling"

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.



Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2025	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Palliativ vård och omsorg	Säkerställa god palliativ vård med hjälp av palliativa ombud på varje avdelning.	År 2024 har 2 sjuksköterskor gått palliativombud utbildningen, en som arbetar dagtid och en som arbetar natt samtidigt har även flera omsorgspersonal gått utbildningen. Vi har därmed säkerställt att det finns personal dygnet runt med ökad kunskap kring vikten av en god palliativ vård. Arbetet lyfts upp varje månad under vårt palliativråd. Det goda arbetet fortsätter under 2025.	Resultatet är uppnått.	Verksamheten har nu medarbetare med ombudsfunktion på samtliga våningar inklusive natten. Samt ssk, FT och usk. Ombuden har träffats på Palliativt råd under nio tillfällen under 2024. Gruppen har även säkerställt lokala rutiner. Ombuden har deltagit vid en nätverksträff anordnad av Sthlm stad.	Arbetet fortsätter under 2025. Två sjuksköterskor som arbetar natt och en som arbetar dag ska gå utbildningen under våren, på så viss har samtliga nattsjuksköterskor gått utbildningen. Med fler ombud möjliggörs att det finns ombud under hela dygnet i verksamheten.	VC har gett uppdrag till sjuksköterska och undersköterskor för särskilt mandat och ansvar som palliativt ombud.	Verksamhetens kompetensutvecklingsplan Ambeas styrande dokument Data från Svenska palliativregistret.
Palliativ vård och omsorg	Förbättrad kvalitet gällande munvård och smärtskattning i enlighet med nationella riktlinjer för palliativ vård / Svenska palliativa registret.	Täckningsgrad dokumenterad smärtskattning och munvård: Under 2024: 88,9% av målvärde 90% gällande munvård jämfört med året innan som låg på 75% och 100% gällande	Målet är uppfyllt.	SSK-gruppen och palliativa ombud har tillsammans gått igenom VAS, riktlinjer för smärtlindring och dokumentation	Månadsvis uppföljning av täckningsgrad i svenska palliativa registret på Kvalitetsråd. SSK och palliativa ombud styr och leder arbetet. Vid registrering i svenska palliativa registret deltar personal med palliativa ombuden.	Samtlig personal. Månadsvis uppföljning av täckningsgrad i svenska palliativa registret.	Data från svenska palliativa registret.

		smärtskattning					
Läkemedelshanteringen	Införande av Neo-lås	Arbetet är klart och igångsatt.	Målet uppfyllt.	Sthlm stad har installerat lås på varje läkemedelsskåp och läkemedelsrum. Sjuköterskor och delegerad personal har personbunden tagg för att öppna läkemedelsskåp.	Implementeringen har gått bra.	Alla ssk och berörd personal med giltig delegering	
Läkemedelshanteringen	Regelbunden översyn av användning av psykofarmaka och minska användning av läkemedel som är olämpliga för äldre	Översynen har skett regelbundet under 2024.	Målet är uppfyllt	Under året har ssk- och bsl-möten hållits regelbundet där statistik som fylls i diskuteras. LMG genomförs regelbundet, användning av Medview har ökat. Läkemedelsavvikelse diskuteras på kvalitetsråd 1ggr/ månad. Samverka med patientansvarig läkare.	Arbetet fortsätter under 2025. Statistiken fylls i varje månad, fortsatt bedömning enligt Medview 2ggr/ år samt vb. Samverka med patientansvarig läkare angående patienterna läkemedelsbehandling.	Omvårdnadsansvariga SSK i samverksam med patientansvarig läkare. Enhetschef följer upp varje månad att statistiken är ifylld likaså bedömning enligt Medview.	Ambeas styrande dokument
Delegeringsprocess	Säker delegeringsprocess.	År 2024 registrerades 93 läkemedelsavvikelser Resultatet är ej uppfyllt. I jämförelse med föregående år har antalet avvikelser ökat vilket misstänks bero på en underrapportering under 2023. [År 2023. 73 stycken läkemedelsavvikelser].	Målet är ej uppfyllt.	Undervisning och repetition av SSK av omvårdnadspersonal. Genomgång av läkemedelslista, signeringslista, rutin för kontakt med SSK och rapporterade läkemedelsavvikelser.	Uppföljning av läkemedelsavvikelse r månadsvis, diskussion på kvalitetsråd 1ggr/ månad. Redovisning på APT. Fortsatt uppföljning även via teammöten var 14:e dag under 2025. Kontroll av signeringslistor i samband med utdelning av apodos vart 14:e dag. Regelbunden uppföljning av delegerad personal.	Samtliga medarbetare.	Avvikelsehanteringssystemet Ambeas styrande dokument.
Läkemedelsgenomgångar Medview	Implementera Medview i verksamheten	Under 2023 påbörjade verksamheten användningen av verktyget	Delvis uppfyllt.	Uppföljning via Teammöte 14e/ dag.	Fortsatt uppföljning via Teammöte och journalgranskning.	Teammöte 14e/ dag Kvartalsvis journalgranskning	Patientjournaler / journalgranskning.

		Medview. Under 2024 har det skett en ökning av användningen av Medview.		Kvartalsvis journalgranskning för att följa upp antal genomförda genombesök mha Medview. Månadsvis ska OAS fylla i statistik för antal jämnömförda LMG+Medview under månaden. Utbildning / repetition av Medview till SSK'or (egna studier).	Fortsatt samverkan mellan SSK och läkare gällande planering kring läkemedelsgenombesök.	g och återkoppling till SSK. Uppföljning via veckovisa rondmöten / bembesök av läkare och SSK. 1ggr/år uppföljning mellan verksamheten och läkarorganisationen.	PHASE-20. Medview Ambeas styrande dokument.
Senior alert: Hälsoförebyggande vård och omsorg	Alla patienter som ger samtycke ska registreras i Senior.Alert.	År 2024 Registrerade fall; 142 totalt, varav 28stycken skedde på natten, 51 stycken em/ kvällen, 47stycken på dagen och 16 stycken på morgonen. Målet är uppfyllt, alla som gett sitt samtycke är registrerade i senior alert. Antalet registrerade fall under 2024 var högre, under kvalitetsråd har man kunnat se att ett viss antal patienter har haft upprepade fall vilket då också ökat antalet registrerade fall avvikelser. [År 2023 Registrerade fall; 106.	Målet uppfyllt	Uppföljning åtgärder i Senior.Alert 14e/ dag i teammöte. Analys av fallpreventiva åtgärder med statistik från Senior alert. Samverkat med patientansvarig läkare. Analys Läkemedel och äldre för att minska fallolyckor. Nattfastemätning 2ggr/ år för att säkerställa att nattfastan inte överstiger 11 timmar för samtliga boenden.	Uppföljning via Senior.Alert, avvikelshanteringssystemet och journalgranskning. Teammöte 14e/ dag med samtliga professioner. Kvalitetsråd 1ggr/ månad. Samverka med patientansvarig läkare. Nattfastemätning 2ggr/ år	Samtidig personal deltar. Omfattar samtliga boende. Teammöte var 14e/ dag Kvalitetsråd 1ggr/ månad	Data från Senior.Alert. Data från avvikelshanteringssystemet Ambea styrande dokument.
Basala hygienrutiner och smittförebyggande åtgärder	Korrekt följsamhet av basala hygienrutiner mha av kvalitetsledningssystemet	2024 registrerade 5stycken avvikelser rörande vårdhygien. 2 nyupptäckta ESBL, en	Målet är inte uppfyllt	Observationer och självskattning av följsamheten till basala hygienrutiner i vård och omsorg	Fortsatt återkoppling och utbildning av personal från hygienombud/ annan utsedd person vid APT.	Samtidig personal och chefer. Observationer och självskattning 4 ggr / år, månadskontroll	Ambeas styrande dokument Utbildning via kompetensportal, en

		äldre ESBL som inte dokumenterats vid inflytt flera år tidigare. Maginfluensa efter sjukbusvistelse samt magvirus under sommaren. Resultatet är ej uppnått. I jämförelse med föregående år finns fortsatt brister i basala hygienrutiner. År 2023,1 avvikelse, konstaterad covidsmitta.		4 ggr/ år. Digital Webbutbildning i basala hygienrutiner via vårdgivarguiden 1 ggr/ år EC initierar observationer och självskattning samt redovisar vid kvalitetsråd och APT. Månadskontroll samt årlig revision gällande basala hygien och smittförebyggande åtgärder.	Genomgång av rutin för Basal hygien och smittförebyggandeåtgärder för nyanställda.	r samt årlig revision. Redovisning och utbildning vid månatlig APT. Genomgång av avvikelser på kvalitetsråd 1ggr/ månad	vårdgivarguiden
Förbättra d informati onsöverföring mellan HSL och SoL.	Minska avvikelser med 100 % kopplat till bristande informations överföring och informations inbämnning via verksamhetens avvikelsesystem.	År 2024 Registrerade en avvikelse som bla. beror på bristande informationsöverföring mellan SoL och HSL, oförändrat jämfört med 2023 där det då också registrerades en avvikelse orsakad av bristande informationsöverföring mellan SoL och HSL.	Målet är ej uppfyllt.	GC granskar SoL dokumentation och ger återkoppling och undervisar personal. Enhetchef granskar HSLdokumentation och ger återkoppling och undervisning. Tid för överrapportering mellan arbetspass såväl bland SoL- och HSLpersonal. Utbildning i social dokumentation Utbildning i hälso- och sjukvårdsdokumentation	Uppföljning sker månadsvis på Kvalitetsråd via data från avvikelsehanteringssystemet. Kamratgranskning av HSLdokumentationen. Kvartalsvis journalgranskning Samtlig personal har genomfört utbildning via kompetensportalen (webbutbildning i SoL dokumentation).	Omfattar samtlig personal.	Avvikelsehanteringssystemet Utbildning i Kompetensportalen Ambeas styrande dokument
PPM-mätning	Verksamheten ska ha följksamhet till basala hygienrutiner.	Verksamheten deltog vid två PPM mätningar, en på våren och en på hösten under 2024. Under våren observerades 14medarbetare, under hösten	Delvis uppfyllt. Resultatet under året visar att hygienrutiner följs i det stora hela, bristen är att desinfektera händerna före ett arbetsmoment.	Egenkontroller genom självskattningar, månadskontroller, hygienobservationer, webb-utbildning och genomgångar vid	Egenkontroller genom självskattningar, månadskontroller, hygienobservationer, webb-utbildning och genomgångar vid kvalitetsråd och APT.	Samtliga medarbetare	Ambeas styrdokument

		25 medarbetare. Vårens resultat visar på att 100% hade korrekt i samtliga fyra klädregler. 50% hade korrekt i samtliga steg. Höstens resultat visar att 100% hade korrekt i samtliga fyra hygiensteg. 40% hade korrekt i samtliga steg.	Skilnaden mellan vårens och höstens mätning är det under höstens observation vart det flera olika yrkeskategorier som observerades och ett större antal medarbetare. Arbetet behöver fortsätta under 2025.	kvalitetsråd och APT.			
ViSam	Implementera Visam beslutstöd	Under 2023 implementerades Visam beslutstöd.	Mål uppfyllt	Genomgång med ordinarie och timanställda ssk ang. visam beslutstöd. Genomgång på SSK-/HSL-möten. Dokumentationsgranskning vid avvikelser för att säkerställa att visam beslutstöd använts enligt rutin. Genomgång av avvikelse på kvalitetsråd 1ggr/ månad	Uppföljning vid dokumentationsgranskning och avvikelseanalys. Genomgång under SSK-/HSL-möte	HSL personal	Ambeas styrande dokument Avvikelseystem
Reflektionsmöte enligt Demensakademien	Implementera reflektionsmöten på varje våning samt utbilda demensansvariga på varje våning.	Reflektionsmöten är implementerat i verksamheten och genomfört månatligen från februari 2023. Våningens demensansvariga har deltagit vid varje reflektion. O4-SSK deltar vid reflektionsmöten för sin våning från augusti 2023	Arbetet med reflektionsmöten har fortsatt fint under året. De demensansvariga har fått en ökad trygghet i sitt uppdrag. Likt under förgående år behöver bemötandeplaner tas fram föras över till aktuell genomförandeplan.	Reflektionsmöten boka i samband med våningsmöten för att underlätta möjligheten för alla medarbetare för det respektive våningsplanet att delta, både dag- och nattpersonal. Gruppcheferna har ansvarat för att bemanna för deltagandet vid reflektionsmöten.	Arbetet har gått framåt under 2024. Fortsatt implementering under 2025. Då genom att införa regelbundna träffar för de demensansvariga där de får möjlighet att föra dialog och utveckla arbetet samt ge stöd åt varandra. Deltagande vid nätverksträffar fortsätter under 2025 för att stärka arbetet ytterligare.	Demensansvariga medarbetare.	Ambeas ledningssystem

				En specialistutbildad usk har burudansvar för de demensansvariga reflektionsbandledarna. De demensansvariga har deltagit vid en nätverkssträff under 2024			
Nattfaste mätningar	Nattfastan ej ska överstiga 11 timmar.	Verksamheten har genomfört 3 nattfaste-mätningar, februari, april och oktober 2024 Nattfastan har inte förbättrats under året. Diskussioner har förts om orsaken till detta där en av orsakerna är att det under 2024 har varit flera patienter som dels självständigt bryter nattfastan. Under höstens mätning hade strax över 50% av patienterna på demensavd. Under eller lika med 11h nattfasta och motsvarande 77% på psykiatriavdelningen. Under planeringsdagarna var fokus nutrition och måltider, utbildnings höll om vikten av att bryta nattfastan.	Målet ej uppfyllt.	Utbildning av usk i samband med APT. Ljft varje team-möte om vikten av minskad nattfasta.	Fortsatt arbete under 2025.	Enhetschef, ssk och Samtliga medarbetare.	Ambeas styrande dokument

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.



Ny timanställd sjuksköterska som hade introduktion under våren men som sedan inte började arbeta hos oss förrän under sommaren. Sjuksköterskan har under ett arbetspass i slutet på juni registrerat avvikelse i vårt journalsystem och inte vårt avvikelssystem. Sjuksköterskan i fråga hade sedan tidigare erfarenhet från arbete inom Stockholm stad där man registrerar avvikelse i journalsystemet, då verksamheten drivs på entreprenad används samma journalsystem som Stockholms stad. Sjuksköterskan fick ingen genomgång i var vi registrerar avvikelser under sin introduktion. Cirka en månad efter avvikelserna kommer det fram att sjuksköterskan har förutom registrering av avvikelserna också lagt, av misstag, avvikelserna på bevakning hos en anställd på Tieto. Äldreförvaltningen får kännedom om detta av den Tietoanställda och förmedlar detta vidare till oss, en utredning startas. Samtal förs med sjuksköterskan, avvikelserna tas bort från journalsystem. Regionchef får information om händelsen. Stöd tas från verksamhetens dataskyddsfunktion om avvikelserna ska skickas till IMY vilket det tas beslut om. Avvikelsen skickas till IMY. Rutin för introduktion av timanställda ses över.

Säker vård här och nu

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2025	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Preventionsbedömningar av den enskilde	Förhindra försämrat hälsotillstånd kopplat till fall, undernäring, nedsatt munhälsa och i förekommande fall trycksår och bläddysfunktion. Aktuella preventionssbedömningar upprättas 2 ggr / år eller mer vid behov. Hälsoplan upprättas vid identifierad	År 2024: Preventionsbedömning har genomförts 2 ggr för samtliga. Hälsoplan har upprättats vid identifierad risk. Uppföljning har genomförts via teammöte var 14:e dag Målet är uppnått.	Målet är uppfyllt. Adekvata åtgärder har upprättats. Dokumentation har genomförts i hälsoplaner. Uppföljning via teammöten var 14:e dag med samtliga professioner.	Preventionsbedömning 2 ggr / år eller mer vid behov. Hälsoplaner upprättats vid identifierad risk. Registrering i Senior alert. Uppföljning var 14:e dag via teammöten. HSL års-hjul finns för att säkerställa att preventionsbedömningar utförts 2ggr / år	Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.	Samtliga patienter och medarbetare.	Årshjul Kvalitet och ledningssystem Senior alert. Ambeas ledningssystem. Patientjournal

	<i>riske/ behov.</i>						
Riskbedömningar av den enskilde	Förhindra risker som kan påverka den enskilde genom förebyggande insatser. Aktuella riskbedömningar upprättas 2 ggr / år eller mer vid behov. Hälsoplan upprättas vid risk för suicid, självskada, smitta och våld i nära relation.	År 2024: Riskbedömning har genomförts 2 ggr för samtliga. Hälsoplan har upprättats vid identifierad risk. Uppföljning har genomförts via teammöte var 14:e dag. Målet är uppnått.	Målet är uppfyllt. Inga rapporterade oönskade händelser / avvikelser har uppstått pga. ej aktuella handlingsplaner med relevanta åtgärder för den enskilde (där risk identifierats).	Bedömningar 2 ggr / år eller mer vid behov. Uppföljning om relevanta åtgärder via teammöte var 14:e dag	Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.	Samtliga boenden och medarbetare.	Årshjul Kvalitet och ledningssystem Ambeas ledningssystem. Patientjournal
Identifiering av risker i verksamheten som kan påverka patienter	Identifiering av risker i verksamheten 1 gång / år eller mer vid behov. Handlingsplan upprättas vid identifierad risk. Förhindra risker som kan påverka enskilda i verksamheten i händelse av variationer och störningar	Riskbedömning har genomförts 1 ggr. Handlingsplaner upprättade vid identifierad risk.	Målet är uppfyllt	Bedömning 1 / år eller mer vid behov. Handlingsplaner upprättade. Uppföljning via APT och Kvalitetsråd.	Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.	Omfattar hela verksamheten.	Årshjul Kvalitet och ledningssystem Ambeas ledningssystem.
Arbetsmiljö risker i arbetet med kund	Identifiera och förhindra risker hos patienter som kan påverka medarbetare genom förebyggande insatser	År 2024: Bedömning av arbetsmiljörisker har genomförts 2 ggr/ år eller mer vid behov.	Inga rapporterade oönskade händelser / avvikelser har uppstått för personal pga. ej aktuella och relevanta åtgärder för den enskilde.	Bedömning 2 ggr/ år eller mer vid behov. Handlingsplaner upprättade. Uppföljning via APT och Kvalitetsråd.	Fortsatt följsambet till Årshjul Kvalitet, ledningssystem och egenkontroller.	Omfattar hela verksamheten.	Årshjul Kvalitet och ledningssystem Ambeas ledningssystem.

	till patienten.						
Delegering	Gültiga delegeringar vid många nyanställda. Inga rapporter av avvikelser kopplat till brist på delegerad personal.	År 2024 0 avvikelser kopplat till brist pga. för få delegerad personal.	Målet är uppfyllt	Förberedelse av schemaplanering vilket skapat bättre möjlighet att undvika arbetspass där få eller ingen är delegerad. Samverkan mellan samordnare och SSK gällande schemaplanering	Samarbetet och förberedelse kring schemaplanering fortsätter under 2025	Omfattar chefer och SSK.	Ambeas styrande dokument.
Årliga genomgångar av läkemedels hanteringen	God kvalitet och följsambet till lagstiftningen	År 2024 Läkemedelsgen omgång med Apoteket visade på en god narkotikakontroll och en följsambet till läkemedels hanteringen.	Målet är uppfyllt	Samtliga åtgärdsförslag har justerats i direkt anslutning till genomförd kontroll / genomgång	Avstämning 2 gånger år mellan SSK och EC för att säkerställa att åtgärder är genomförda.	Träffar per år. Samtliga SSK och EC	Ambeas ledningssystem
Läkemedelstillgång för en (1) månads förbrukning . Gäller ej dosdispenserade läkemedel	Tillräcklig tillgång till läkemedel i händelse av uteblivna leveranser.	År 2024 Buffert i form av en (1) månaders förbrukning av läkemedel finns för varje patient.	Målet uppfyllt.	Beställning sker kontinuerligt för att säkerställa att en (1) månads förbrukning finns tillgängligt.	Fortsatt arbete med att säkerställa buffert av läkemedel för varje patient under 2025. Kontroll utgångsdatum för personbundna läkemedel samt läkemedel i buffertförråd kvartalsvis	SSK gör beställningar kontinuerligt.	Socialstyrelsens rekommendationer gällande kris- och beredskap i vård och omsorg. Ambeas ledningssystem
Värmebölja	Tillhandahålla förebyggande insatser för att undvika uttorkning och säkerställa god vård	Målet uppfyllt.	Ingen patient har drabbats av uttorkning och/eller remitterats till sjukhus relaterat till värmeböljan 2024.	Följsambet till Ambeas rekommendationer gällande värmebölja	Dagliga uppföljningar mellan SSK och omvårdnadspersonal vid värmeböljan.	Samtliga patienter / boende.	Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Ambeas ledningssystem
Samarbete med Regionen (läkarorganisation / vårdcentral)	Säkerställa god medicinsk vård och behandling till patienter och god samverkan med läkarorganisationen	Genomgång av inkomna klagomål och synpunkter från SSK resp. läkare kopplat till samverkansdokument och avtal. Långsiktig planering kopplat till omvärldsbevakning	Målet uppfyllt.	Upprättad handlingsplan för identifierade förbättringsområden utifrån genomfört samverkansmöte. Samtliga åtgärder har åtgärdats under 2024	Uppföljning via återkommande samverkansmöten.	Verksamhetschefer från respektive verksamhet (Regionen och kommunal privat vårdgivare) genomför samverkansmöte n.	Fastställda samverkansdokument mellan huvudmän. Ambeas ledningssystem

		ning och målgrupp i händelse av störningar. Samverkansmöte med läkarorganisationen 1 ggr / år					
Egenkontroll (EK) och kvalitetstillsyn	God kvalitet och följsambet till lagstiftning och avtal.	Under 2024 har verksamheten gjort två egenkontroller. I april 1,80 av 2.0 möjliga och i oktober 1,83 av 2.0. Ingen kvalitetstillsyn genomfördes under 2024.	Verksamhetens kvalitetsarbete går framåt.	Arbetat aktivt med verksamhetsutveckling genom att arbeta med förbättringsloggen. Genomgång av förbättringsloggen vid ledningsgrupps möten, kvalitetsråd och våningsmöten.	Fortsatt arbete med att säkerställa god kvalitet och följsambet till lagstiftning och avtal.	Omfattar hela verksamheten.	Ambeas ledningssystem

Riskhantering

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

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

Alla medarbetare i har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgänglig.

Stärka analys, lärande och utveckling

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

Stärka analys, lärande och utveckling



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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2025	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Uppföljning av avvikelser och pågående förbättringsarbete i Qmaxit	Att implementera förbättringsåtgärder r/t rapportera de avvikelser / utredningar	Verksamheten har under året arbetat aktivt med att arbeta i förbättringsloggen. Både på verksamhetsnivå, och på avdelningsnivå. Alla medarbetare i ledningsgrupp och HSL-grupp ansvarar för att följa upp avvikelser. Arbetssättet har under året implementerats väl Avvikelser och förbättringsområden följs upp regelbundet vid varje ledningsgrupp en gång per månad, kvalitetsråd, våningsmöte, och APT.	Målet uppfyllt.	En internutredare finns tillgänglig i regionen i samband med utredningar.	Uppföljning av avvikelser sker månadsvis på Kvalitetsråd. Uppföljning förbättringsområde har följts upp månadsvis på Kvalitetsråd. Genomförda åtgärder r/t utredningarna har varit utbildningsinsatser.	Samtlig personal. Månadsvis uppföljning via Kvalitetsråd. Förbättringsåtgärder har genomförts vartefter under året.	Ambeas ledningssystem. Ambeas avvikelsehanteringsystem Qmaxit.
Senior alert och minska fallolyckor	Samtliga patienter som ger sitt medgivande ska registreras i Senior.Alert för riskbedömning, åtgärd och uppföljning. Statistik används från Senior.Alert för verksamhetens kvalitetsarbete.	Verksamheten har ökat registreringen i Senior.Alert och hälsoplaner finns kopplade. Likt förgående år behöver arbetet med den röda tråden förbättras ytterligare genom att resultat från riskbedömningar och planerade åtgärder och uppföljningar ska återges i vården Hälsoplaner och Genomförandeplaner.	Mål delvis uppnått	Schemaplanering för Teammöten för arbete med Senior alert. Aggregerad statistik från Senior alert har använts för analys vid Kvalitetsråd.	Fortsatt Teamsamverkan var 14:e dag mellan alla yrkesgrupper. Genomgång och uppföljning av planerade insatser. Fortsatt uppföljning månadsvis på Kvalitetsråd mba aggregerad statistik från Senior alert och avvikelser i Qmaxit. Fortsatt uppföljning på APT.	Samtliga medarbetare och chef. Teammöten var 14:e dag och Kvalitetsråd månadsvis.	Ambeas styrande dokument Senior alert. Avvikelsehantering Qmaxit.
Svenska palliativregistret (SPR) och smärtlinjering	Samtliga patienter i livets slutskede ska erhålla	Resultatet för beläret 2024 visade att smärtskattning genomfördes i samtliga fall.	Målet är uppfyllt.	Genomgång vid varje Palliativt råd hur skattning genomförs med VAS.	Fortsatt uppföljning månadsvis på Palliativt råd samt Kvalitetsråd mba aggregerad statistik	SSK, Palliativa ombud, Samtliga medarbetare och chef.	Ambeas styrande dokument. Nationella riktlinjer för

	<i>symtomskattad smärta med VAS och som dokumenteras i patientjournal.</i>			Uppföljning månadsvis av aggregerad statistik från SPR på Kvalitetsråd. Palliativa ombud har och kommer att fortsätta erbjuda utbildningsinsatser gällande området smärta, smärtlindring, VAS och dokumentation till verksamheten.	<i>från SPR och avvikelser i Qmaxit.</i> Uppföljning på APT.		<i>palliativ vård, Socialstyrelsen.</i>
BPSD registret och förhindra BPS-symtom	<i>Samtliga patienter med kognitiv svikt erhåller en bemötande plan för att förhindra BPSD-symtom.</i>	<i>Under 2024 har verksamheten arbetat med arbetsmetoder enligt Demensakademin, där kartläggning av JAG-stödande arbetssätt ligger till grund för bemötandeplaner.</i> <i>Implementering av BPSD-registret började smått under fjärde kvartalet 2023 och har därefter stannat av.</i>	<i>Målet ej uppfyllt</i>	<i>Enbetschef ska under våren gå BPSD utbildning och tillsammans med VC besöka verksamhet som registrerar i BPSD för inspiration. Målet är att börja registrering i BPSD under höstterminen 2025.</i>	<i>Fortsätta utbildningsinsatser vid behov.</i>	<i>Samlig personal och chefer</i> <i>Utbildningsinsatser löpande under året.</i>	<i>Ambeas ledningssystem.</i> <i>DemensAkademin</i> <i>BPSD-registret</i>
Brukarundersökning och Enhetsundersökning	<i>Handlingsplan för förbättringsarbete upprättat i förbättringslogg.</i> <i>Resultat av genomfört förbättringsarbete utvärderas tillsammans med patienter.</i>	<i>Under 2024 har verksamheten deltagit i Socialstyrelsens årliga brukarundersökning.</i> <i>Vidare har verksamheten deltagit i Ambeas brukarundersökning både under våren och hösten 2024.</i> <i>Resultat har brutits ned till olika delmål. Handlingsplan upprättad. Förbättringsarbete pågått under året och brukare varit delaktiga i förbättringsarbetet.</i>	<i>Mål uppfyllt.</i> <i>Utvecklingsarbete kring aktiviteter och måltider för den enskilde har startats upp.</i> <i>Resultat för samtliga undersökningar återkopplas till berörda.</i>	<i>Handlingsplan för aktiviteter och måltider på aggregerad nivå för patienter har upprättats.</i> <i>Två genomförda anhörgmöten för återkoppling av pågående förbättringsarbete har genomförts. En gång under våren och en gång under hösten.</i> <i>Uppföljning av förbättringsarbete månatligen på Kvalitetsråd</i> <i>Information till anhöriga har delgetts via informationsmöte</i>	<i>Fortsatt uppföljning via Kvalitetsråd och via inplanerade möten för återkoppling med patient.</i>	<i>Samtliga medarbetare, chef och patienter som önskar delta i utvecklingsarbetet.</i>	<i>Vardaga och myndigheters Brukarundersökning och närståendeundersökning</i> <i>Ambea styrande dokument.</i>

				e och månadsbrev kontinuerligt under året.			
Journal- granskning	Aktuella och relevanta hälsoplaner r/r/t aktuellt status hos samtliga patienter mba standardise- rad checklista.	Målet har delvis uppnåtts. Dokumentationsg- ranskning har skett regelbundet under 2024 men återkoppling till OAS. HSLårshjul används som stöd för OAS då riskbedömningar ska utföras och då hälsoplaner och hälsostatus ska uppdateras. Arbetet har förbättrats under 2024.	Utvecklingsar- be- te har påbörjats för bättre fölsambet till dokumentation av aktuellt status och hälsoplaner. Samtliga sjuksköterskor delar.	Halvårsvis granskning av journaler av sjuksköterskor med återkoppling via Kvalitetsråd.	Fortsatt uppföljning via halvårsvis granskning av journaler av sjuksköterskor med återkoppling via Kvalitetsråd., SSK- och HSLmöte Kamratgranskning inom HSLgruppen av journal, genomgång under HSLmöten	Samtliga sjuksköterskor samt enhets- och verksamhetschef.	Ambeas ledningssystem.

Avvikelser

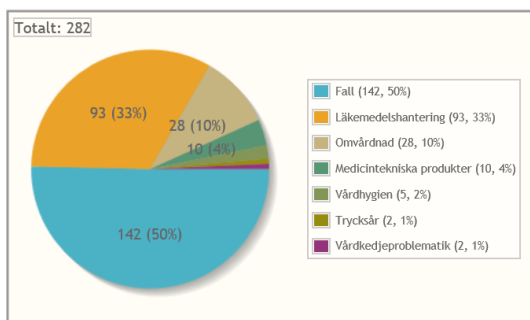
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Personal informeras vid anställning samt löpande enligt årshjulet om sin skyldighet att rapportera händelser och avvikelser i verksamheten. Som ett led i introduktionen genomgår all personal en webbutbildning i avvikelsehantering, samt introduceras av handledare i hur man praktiskt registrerar en avvikelse.

- Avvikelserna följs upp av verksamhetschef, enhetschef, gruppchef samt legitimerad personal och stängs av verksamhetschef när de bedöms vara åtgärdade. Avvikelserna sammanställs och följs upp på kvalitetsrådet.
- Vid behov skapas förbättringsområde i samband med avvikelser i förbättringsloggen i kvalitetsförbättrande syfte

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

- Vid inflytt får alla patienter och deras närstående information om hur klagomål och synpunkter kan lämnas in till verksamheten. De kan inlämnas till personal, kontaktperson, gruppchef eller direkt till verksamhetschef muntligen eller skriftligen.
- Dessa registreras i verksamhetens avvikelssystem och den som lämnat in synpunkten får återkoppling inom 24 timmar.
- Synpunkter och klagomål hanteras av verksamhetens ledningsgrupp, åtgärder kommuniceras till berörda utan dröjsmål.
- Synpunkter och klagomål hanteras löpande, men sammanställs inför varje kvalitetsråd för att identifiera eventuella organisatoriska förbättringsområden.
- Inga synpunkter och klagomål har berört hälso- och sjukvården under 2024.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2025	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Optimal bemanning inför sommarsemestern	Optimal och säker bemanning av delegerad personal	Målet uppfyllt.	Inga störningar eller problem av schemaplanering en. Inga inrapporterade avvikelser kring arbetsmiljö eller risker för optimal bemanning.	Anstämning mellan SSK och chefer löpandes under våren för planering av delegeringsutbildning och schemaplanering inför sommar 2024.	Dialoger har genomförts. Åtgärderna har gett effekt och förekomsten av problem med schemaläggning och minskade. Samverkansforum har också givit upphov till bättre planering för sjuksköterskor kring delegeringsprocessens alla delar.	VC och enhetschef, samtliga gruppchefer, och sjuksköterskor.	Minnesanteckningar.
Säkerställd bemanning	Skapa en attraktiv arbetsplats genom trygg och säker bemanning	Målet uppfyllt. En enhetschef för HSL-ansvar med lång erfarenhet från säbo finns i verksamheten.	Den formella kunskapsnivån har ökat inom verksamheten.	Verksamheten följer kompetensutvecklingsplanen. Verksamheten har en pågående	Uppföljning mellan chef och personal.	VC, enhetschef och gruppchefer	Ledningsbeslut inom Ambea, affärsområde och på verksamhetsnivå.

		Fyra gruppchefer finns på plats. Två av gruppcheferna har specialistutbildning i multisjuka äldre, en inom demens. Två medarbetare på våningarna finns med specialistutbildning i skötselutbildning. En med dubbel specialisering, både demens och palliation. En med inriktning demens och en med inriktning multisjuka äldre. En av dessa medarbetare arbetar på våningen med inriktning äldrepsykiatri. Den andra är på våning med inriktning demensvård. Vi har en tredje medarbetare som snart blir klar med sin utbildning multisjuka äldre.		rekrytering under hela året av timanställda medarbetare. De som anställs har lägst utbildning. Detta för att säkerställa kompetensnivån i verksamheten. Samtliga nyanställda ska genomgå en viss mängd obligatoriska utbildningar i början av anställningen. Detta ansvarar gruppcheferna för att planera in för den nya medarbetaren.			
Utbrott av smitta	Säkerställa basal hygien och förhindra smittspridning vid risk för resistenta bakterier	Målet har uppnåtts. Ingen smittspridning av resistenta bakterier. Tre patienter har under året konstaterats ha resistenta bakterier, den ena var konstaterad flera år tidigare. Nya två nya fallen misstänks bero på resistens ej på smittspridning. En patient har sedan tidigare konstaterad MRSA, screening utförs årligen på den avdelningen enligt gällande riktlinjer.	Följsambet till månadskontroller, observationer, självskattning och årlig revision.	Följsambet till månadskontroller, observationer, självskattning och årlig revision.	Fortsatt följsambet till månadskontroller, observationer, självskattning och årlig revision.	VC, enhetschef och gruppchefer	Ambea styrande dokument.
Strömavbrott	Inget strömavbrott	Inget längre strömavbrott	Rutin för strömavbrott finns i säkerhetspärmen.	Rutinen är känd av medarbetare	Uppföljning av rutin under året	Omfattar hela verksamheten	Ambea styrande dokument.

			<i>De mindre avbrott som skett har kunnat hanteras på plats på våningen genom att gå till proppskåpet.</i>				
--	--	--	---	--	--	--	--

Patientsäkerhetsplan Guldbröllopshemmet År 2025



Innehåll

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	3
Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2025.....	3

Källa:

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

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

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

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsplan för verksamheten år 2025

Utifrån analys av året som gått i er patientsäkerhetsberättelse – reflektera över kommande utmaningar för år 2025. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Företagets systematiska kvalitetsarbete består under året av flera aktiviteter och där varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård följer dessa. Guldbroölloshemmet ska under år 2024 aktivt arbeta med patientsäkerhet med utgångspunkt i följande områden:

Vårdgivarens område för ökad patientsäkerhet	Mål 2025	Verksamhetens mål, planerade åtgärder och uppföljning av mål/delmål år 2024
Risk- och preventionsbedömningar.	Alla patienter ska ha en risk- och preventionsbedömning gjord i samband med inflyttning och uppdateras sedan minst var 6:e månad.	Riskbedömning enligt senior alert för fall, munhälsa, nutrition, hud, skyddsåtgärder samt risker för den enskilde skall omprövas var 6:e månad, men följas upp på teammöten var 3:e månad. om respektive område. Resultat från uppföljning dokumenteras i social journal samt i hälsostatus. Vid identifierad risk upprättas/uppdateras hälsoplan och åtgärder vidtas skyndsamt samt genomförandeplan. BPSD-skattningar ska utföras på samtliga patienter med demenssjukdom som givit samtycke om att registreras. Skattningarna ska omprövas var 6:e månad eller vid behov. Bemötandeplanerna skall följas upp en gång varje månad på reflektionsmöte. Övriga riskbedömningar kopplat till den enskilde utförs i samband med inflytt och uppdateras minst var 6:e månad och följs upp var 3:e månad under teamrond.

Systematiskt kvalitetsarbete utifrån riskbedömning per patient.	Att resultaten används på kvalitetsråd och teammöten.	Enhetschef sammanställer resultat från riskbedömningar inför kvalitetsråd för analys av eventuella förbättringsområden. Sjuksköterska med sammankallande roll för teammöten ansvarar för att sammanställa riskbedömningar och förankra funna riskområden och åtgärder i teamet. Beslutade åtgärder ska dokumenteras i patientjournal med hänvisning till eventuellt teammöte.
Fallförebyggande arbete.	Tydlig teamsamverkan för att på ett evidensbaserat och systematiskt sätt arbeta fallförebyggande.	Sjuksköterska och rehab följer gemensamt upp fallavvikelser och dess orsaker. Sjuksköterska sammanställer fall inför teammöten. Sjukgymnast ansvarar för att sammanställa fallavvikelser inför kvalitetsråd.
Basala hygienrutiner och smittförebyggande åtgärder.	Alla medarbetare följer basal hygien i vård och omsorg.	Hygienombud arbetar systematiskt med observationer och självskattningar. Har mandat att påpeka brister och besluta om åtgärd eller identifiera utbildningsbehov. Sjuksköterska leder hälso- och sjukvårdsarbetet och har mandat att påpeka brister i hygienrutiner samt besluta om åtgärd eller identifiera utbildningsbehov.
Dokumentation.	Alla patienter har en korrekt hälso- och sjukvårdsdokumentation.	Tydligt samband mellan HSL- och SOL-dokumentation, där uppdaterade riskbedömningars resultat återspeglas i genomförandeplan. Åtgärder och insatser som beslutas på teammöten dokumenteras direkt i Vodok och/eller Q-maxits förbättringslogg med hänvisning till teammötet med datum. Enhetschef granskar patientjournal med stöd av granskningsmall kvartalsvis och återkopplar därefter till sjuksköterskorna. Verksamhetschef granskar årligen.
Säker läkemedelsprocess.		Sjuksköterska utför genomgång enligt Medview 2 gånger per år.
Minska läkemedelsavvikelser.	All personal följer de riktlinjer som gäller vid åtagandet av delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.	Sjuksköterska ska enligt styrdokument informera och instruera aktuella medarbetare angående den arbetsuppgift som delegeringen avser samt klargöra vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften.
Säker delegeringsprocess.	Sjuksköterska följer upp delegeringsprocessen.	Delegerande sjuksköterska ansvarar för att kontinuerligt bevaka att de delegerade arbetsuppgifterna fullgörs på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Uppföljning sker exempelvis genom samtal med berörd medarbetare, skriftligt kunskapstest, praktisk genomgång och repetition och kontroll av avvikelser.

Rapportering av händelser och vårdskada eller risk för vårdskada.	All personal känner till vilka händelser som är att betrakta som vårdskada eller risk för vårdskada samt sin skyldighet att rapportera dessa.	Gruppchefer säkerställer att medarbetare tagit del av informationen om rapporteringsskyldighet vid signerandet av anställningsavtalet. Verksamheten repeterar enligt verksamhetsåret. All personal genomgår under 2025 intern utbildning i klinisk kunskap som syftar till att skapa goda förutsättningar för omvårdnadspersonal att prioritera, rapportera och förstå delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, samt omvårdnad vid livets slut.
Vård i livets slut.	Patienter i livets slutskede erbjuds palliativ vård enligt nationella riktlinjer.	Verksamheten arbetar aktivt med det palliativa teamet bestående av palliativa ombud med olika professioner. Ombuden träffas regelbundet 1 gång per månad i Palliativt råd. Intern samverkan skall upprätthållas genom teammöten, tydliga rutiner och fortbildning. Palliativa registret följs upp regelbundet månatligen på palliativa rådet samt kvalitetsrådet och ligger till grund för teamets fortsatta förbättringsarbete.
Patienten som medskapare.	Patienterna är delaktiga i planeringen av insatserna. Patienten som har kännedom om varför och hur olika insatser ska genomföras kan bidra till att vårdförloppet sker som planerat och att avvikelser kan förebyggas eller upptäckas och åtgärdas snabbt.	Vid inskrivning utför sjuksköterska ett planeringsmöte med patienten och/eller ett ombud/anhörig om patienten inte själv önskar eller klarar av att delta. Hälso- och sjukvårdsinsatser sker alltid i samråd och med patienten delaktig genom god och anpassad information.

Lägg in hela planen i Förbättringsloggen och dokumentera allt förbättringsarbete där.

Patientsäkerhetsberättelse för Sofiagården År 2024



Datum: 2025-01-30

Ansvarig för innehållet: Tanya Stangel VC och Birhanie Molla Gruppchef för HSL-personal

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	11
Samverkan med patient och närstående	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	16
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21

SAMMANFATTNING

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

Sofiagården – Vård- och omsorgsboende i Södermalm

Under 2024 har verksamhetens övergripande mål varit att bedriva en patientsäker vård och omsorg. En tydlig implementering av Vardagas koncept har genomförts och genomsyrar nu verksamheten i stort.

Sofiagården har arbetat systematiskt och strategiskt med avvikelshanteringssystemet Q-maxit. Vi kan nu se att alla yrkeskategorier är aktiva i systemet, vilket har resulterat i identifiering, implementering och utvärdering av flera förbättringsområden. Medarbetarna visar en ökad motivation att delta i kvalitetsarbetet HSL- personalen spelar en central roll i avvikelshanteringen, och arbetat aktivt i Q-maxit för att registrera och följa upp risker, tillbud och negativa händelser. Kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar (APT) fungerar som en central plattform där avvikelser och förbättringsområden lyfts och diskuteras.

Verksamheten har även fortsatt sitt fokus på viktiga patientsäkerhetsområden såsom nationella kvalitetsregister, basala hygienrutiner, dokumentation, läkemedelshantering, förebyggande av vårdskador samt vård i livets slutskede. För att stärka det palliativa arbetet har palliativa ombud placerats på varje avdelning. Deras roll är att säkerställa en trygg och värdig sista tid för de boende, ha ett nära samarbete med sjuksköterskan samt fungera som ett stöd för sina kollegor.

Verksamheten arbetat systematiskt med att identifiera och hantera risker för vårdskador genom regelbundna riskbedömningar med fullständiga hälsoplan som innefattar mål, åtgärd, uppföljning med anledning av förhöjd risk för fallrisk, undernäring, trycksår och läkemedelsrelaterade problem. Bedömning genomförs inom 14 dagar från inflyttning. Sedan görs riskbedömningar en gång om året och ny bedömning ska göras när tillståndet förändras. Resultaten av riskbedömningen sammanställs i en gemensam mall för hela verksamheten och rapporteras in till stadsdelens MAS två gånger per år

Uppföljning av patientsäkerheten sker genom egenkontroll av patientjournaler enligt gällande regelverk och riktlinjer. Dokumentansvarig sjuksköterska granskar journalföring och dokumentation för att säkerställa patienten journaler är korrekta och uppdaterade. Resultaten av journalgranskningar sammanfattas och skickas till stadsdelens MAS.

De synpunkter och klagomål som inkommit till verksamheten har hanterats i enlighet med gällande styrdokument och rutiner. Samtliga synpunkter och klagomål dokumenterats i avvikelssystemet Q-maxit av den som mottagit ärendet. Återkoppling har skett skyndsamt till anhöriga genom verksamhetenschefen, vilket har gett de möjlighet att framföra sina synpunkter och bidra till förbättringar av patientsäkerheten. Vidare har dessa synpunkter och klagomål analyserats, diskuterats inom både ledningsgruppen och HSL-gruppen för att säkerställa patientsäkerheten. Vid behov har rutiner och arbetssätt justerats för att optimera verksamheten.

För att ytterligare stärka patientsäkerheten och främja delaktighet hålls ett vårdplaneringsmöte inom två veckor efter inflyttning och därefter minst en gång per år. Vid dessa möten deltar patienten, närstående och berörd personal för att gemensamt planera vården utifrån individuella behov och förutsättningar.

Under vårdplaneringsmötena ges information om identifierade risker för vårdskador, samt de åtgärder som vidtas för att minimera dessa. Genom dialog och samverkan säkerställs att både patient och anhöriga är delaktiga i vårdprocessen.

Sammanfattningsvis, har Sofiagården under året arbetat systematiskt med att förbättra patientsäkerheten genom aktiva insatser, rutinförbättringar och kvalitetskontroller.

Vardagaas kvalitetsavdelning har kontinuerligt revideras styrdokument, medan lokala rutiner uppdateras av HSL-gruppchef tillsammans med verksamhetschef.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

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

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

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

Mål:

Målet för patientsäkerhetsarbetet har varit att säkerställa patientsäkerheten genom att följa Vardagas ledningssystem, styrdokument och checklistor. Alla avvikelser ska identifieras, rapporteras och utredas för att ingen patient ska drabbas av vårdskada.

Strategier:

- Öka personalens kännedom om ledningssystemet och dess syfte.
- Aktivt arbete i förbättringsloggen och avvikelssystemet Q-maxit.
- Tydliggöra rapporteringsskyldigheten för medarbetare.

Förebyggande arbete:

- Riskbedömningar registreras i **Senior Alert**, och uppföljningar sker enligt rutin var tredje månad.
- Åtgärder och risker sprids vidare via temamöten som sker varannan vecka.
- Dokumentation i patientens journal i Vodok säkerställer kontinuerligt.

Avvikelsehantering:

Alla avvikelser analyseras, utreds och åtgärdas för att undvika upprepning. Detta arbete sker genom kvalitetsmöten, ledningsgrupper och APT.

Guide-systemet:

Användning av Guide säkerställer individuellt anpassade inkontinenshjälpmedel. Inkontinensansvarig undersköterska samarbetar med sjuksköterskan för att uppdatera hjälpmedel efter behov.

Palliativ vård:

- För att säkerställa att alla boende i livets slutskede får palliativ vård av hög kvalitet har verksamheten under 2024 arbetat systematiskt med utveckling och implementering av palliativa insatser.
- Som en del av detta arbete har palliativa ombud utsetts och utbildats på samtliga avdelningar, tillsammans med en ansvarig sjuksköterska. Dessa personer har en central roll i att sprida kunskap, skapa trygghet och säkerställa en god och värdig vård i livets sista tid. De fungerar som stöd för både boende och deras närstående samt vägleder kollegor i det palliativa arbetet.

Kompetensutveckling:

- Alla medarbetare genomför Vardagas webbutbildningar årligen.
- Fokus på basala hygienrutiner genom webbutbildningar, självskattning och observationer som sammanställs av hygienansvarig sjuksköterska.
- Tid avsätts för individuell kompetensutveckling via utbildningsplattformen Lära.

Sammantaget har Sofiagården arbetat systematiskt med riskbedömningar, kompetensutveckling och förbättrade rutiner för att säkerställa hög patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Organisation och ansvar

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

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

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

Verksamhetschefen (4 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)) ansvarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav utifrån god och säker vård. Verksamhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens.

Legitimerad personal följer kontinuerligt upp sitt dagliga arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk- och preventionsbedömningar för respektive patient. De ansvarar också för att insatser av hälso- och sjukvård utförs och måluppfyllelse fortlöpande utvärderas.

Vårdgivaren (juridiskt bolag) är ansvarig för rapportering och utredning av vårdskada.

På kvalitetsavdelningen har vårdgivaren utsedda personer som har uppdraget att upprätta och utvärderar riktlinjer för hälso- och sjukvården, inneha anmälansansvar och ansvarar utifrån patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 7 kap. 3§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3kap 3§, 5§, 6§,7§, i förekommande fall. Vårdgivaren har uppdaterat styrdokument utifrån nya författningar kring utredning och anmälan av vårdskada. HSLF-FS 2017:40 och 41.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

En samverkansöverenskommelse har etablerats mellan Sofiagården och Capio Legevisitten för att säkerställa läkarinsatser. Samtliga patienter informeras om sin valfrihet vid val av läkarorganisation, men verksamheten rekommenderar listning hos den samarbetande läkarorganisationen. Efter inhämtat och dokumenterat samtycke sker informationsöverföring mellan läkare och sjuksköterskor, främst via telefon. Vid kontakt med ansvarig eller jourläkare används SBAR-verktyget som stöd för att säkerställa att all relevant information om patienten beaktas.

Alla patienter får sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda utifrån individuella bedömningar. Läkare besöker boendet en gång per vecka för planerade läkarbesök och är tillgängliga dygnet runt via telefon. Vid behov kontakter sjuksköterskor läkare för konsultation eller för att planera hembesök, antingen akuta eller planerade. Patienterna på Sofiagården får god och säker vård genom sjuksköterskor och delegerad omsorgspersonal. Alla insatser grundas på professionella bedömningar med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Sjuksköterskor på Sofiagården samarbetar aktivt med läkare för att förebygga och minimera risken för fallskador, trycksår, undernäring, munhälsoproblem och vårdrelaterade infektioner. Läkaren ansvarar för

medicinska ordinationer, medan hälso- och sjukvårdspersonalen säkerställer att dessa följs och genomförs på ett korrekt och säkert sätt för att främja patientsäkerheten.

Verksamheten samarbetar även med andra vårdgivare, såsom tandvårdsaktörerna Oral Care och Flexident, samt med primärvården och sjukhus. Flexident och Oral Care gör undersökningar och åtgärder på plats för patienter listade hos Oral Care och Flexident. Informationsöverföring sker muntligt och skriftligt, där behandlingsmeddelanden överlämnas till sjuksköterskor, som ansvarar för att individuella ordinationer blir kända och genomförda av omvårdnadspersonalen.

Samverkan med vårdcentraler och sjukhusavdelningar sker genom telefonrapporter och digitala system, såsom journalsystemet Take Care och beställningsportalen för medicintekniska hjälpmedel.

Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten

Stockholm Stad är verksamhetens främsta uppdragsgivare, och samverkan regleras genom avtal. För att säkerställa en god relation samt hög kvalitet inom vård och omsorg anordnas kontinuerligt uppdragsgivarmöten och verksamhetsuppföljningar.

Eftersom Sofiagården drivs som en entreprenad sker löpande samverkan, rapportering och informationsöverföring till Södermalms stadsdelsförvaltning. Dialog med stadsdelens ledning samt Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) hålls regelbundet och omfattar samtliga relevanta verksamhetsområden, inklusive hälso- och sjukvårdsinsatser, kvalitetsregister, riskbedömningar och journalgranskning.

Under 2024 har Sofiagården genomgått en kvalitetsgranskning av stadsdelens kvalitetsavdelning. Granskningen har fokuserat på verksamhetens följsamhet till entreprenadavtalet, med syfte att säkerställa att vården och omsorgen bedrivs enligt avtalade krav och riktlinjer.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

Sjuksköterskan har det medicinska ansvaret för de boendes hälso- och sjukvårdsinsatser och ska i varje situation kunna bedöma när samverkan med läkare behövs, antingen för rådgivning eller tillkallelse. Det är sjuksköterskans ansvar att uppmärksamma förändringar i de boendes hälsotillstånd, rapportera till läkare, utföra ordinationer, utvärdera behandlingseffekter och dokumentera i journalsystemet Vodok.

Sjuksköterskan informerar även omvårdnadspersonal om nya ordinationer och omvårdnadsåtgärder samt ansvarar för delegering av medicinadministration enligt gällande riktlinjer. Vidare övervakar sjuksköterskan att medicinadministrationen sker korrekt och patientsäkert.

Verksamheten har en arbetsterapeut och en fysioterapeut/sjukgymnast på plats fem dagar i veckan.

Samverkan mellan sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och övrig personal sker på flera nivåer.

Teammöten hålls varannan vecka och leds av sjuksköterskan. Under året har både rutiner och struktur för teammöten uppdaterats för att säkerställa en enhetlig arbetsmetodik, vilket nu genomsyrar hela verksamheten. Vid teammöten deltar omvårdnadspersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska.

Alla boende går igenom kortfattat vid varje möte, och särskild uppmärksamhet ägnas åt 2–3 patienter med särskilda vårdbehov, där en mer djupgående diskussion och planering görs.

Eftersom legitimerad personal dokumenterar i Vodok och omvårdnadspersonal i Parasol, där de saknar läsbehörighet till Vodok, har verksamheten implementerat en säker rutin för informationsöverföring mellan HSL- och SOL-personal. Sjuksköterskan ansvarar för att anteckna relevant information i Parasol för att omvårdnadspersonal ska ha tillgång till nödvändig information.

Vid arbetspassets början läser sjuksköterskan SOL-anteckningar för att få en överblick över nödvändiga åtgärder och uppföljningar. HSL-gruppen, bestående av sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut, har en daglig dialog om de boendes nytillkomna behov och planerar arbetet utifrån respektive profession.

Dagliga muntliga avstämningar sker mellan yrkesgrupperna, framför allt mellan sjuksköterska och omsorgspersonal, i samband med rapportering kl. 08:00 och 13:00 på varje plan. Vid kontakt med anhöriga sker informationsutbyte mellan olika professioner, och gemensam planering samt närvaro vid välkomstsamtal och vårdplaneringar säkerställs.

Vid inflyttning genomförs inskrivning, riskbedömning och registrering i relevanta system. Ett ankomstsamtal hålls inom 14 dagar efter inflytt, där sjuksköterskan eller gruppchefen sammankallar mötet. Vid samtalet deltar kontaktpersonen, sjuksköterskan, gruppchefen samt vid behov sjukgymnast och/eller arbetsterapeut. Med samtycke från den boende är även närstående välkomna att delta. Sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarar för att upprätta riskbedömningar och hälsoplaner, vilka uppdateras enligt gällande rutiner. Kontaktpersonen upprättar en genomförandeplan inom 14 dagar, vilken sedan uppdateras minst var sjätte månad eller oftare vid behov.

Rehabpersonal ordinerar och instruerar sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i rehabiliterande insatser. Dessutom genomförs årliga utbildningar i förflyttningsteknik för all personal. Rehabpersonal träffar alla nya boende deras första vardag efter inflyttning för att säkerställa en god och trygg start.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren har en IT-policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare i Ambea/Vardaga. Ambea/Vardaga är ett företag med erfarenhet av att hantera personuppgifter i olika typer av system. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören, Iver, säkerställer att informationen är säkrad och ej kan missbrukas. Allting är anpassat i enlighet med GDPR.

Logganalyser genomförs av IT-avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning. Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

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

Loggkontroll av dokumentation genomförs enligt styrdokument en gång i månaden av verksamhetschef eller dokumentationsansvarig HSL chef. De utförda loggkontrollerna under 2024 har visat att ingen obehörig åtkomst till dokumentationen har förekommit.

Varje patients journal granskas årligen enligt Vardagas checklista. Denna granskning sker löpande av dokumentationsansvarig HSL ansvarig.

Under 2024 genomfördes en egenkontroll i maj. Jämfört med föregående års egenkontroll, där brister i dokumentationen identifierades, har stora förbättringar skett. Tidigare utmaningar med vakanta

sjukskötersketjänster har påverkat dokumentationskvaliteten, men verksamheten är nu i fas med boendes journalföring, riskbedömningar och hälsoplaner.

För att säkerställa en strukturerad dokumentation används lokala checklistor för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Dessa signeras av tjänstgörande sjuksköterska vid händelser som kräver omfattande åtgärder, såsom inflyttningar, sjukhusvistelse eller dödsfall.

Alla lokala rutiner gällande patientsäkerhet förvaras både fysiskt och digitalt:

- **Fysisk förvaring:** Inlåsta i en gemensam pärm på sjuksköterskeexpedition.
- **Digital förvaring:** I verksamhetens interna datasystem.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Alla medarbetare har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser fungerar och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig. Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

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

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

Under 2024 har medarbetarna på Sofiagården haft ett aktivt användande av avvikelssystemet **Q-maxit**. För att säkerställa en kontinuerlig uppföljning diskuteras avvikelser på teammöten varannan vecka. Detta skapar ett gemensamt forum där nytillkomna och allvarliga händelser kan granskas, analyseras och hanteras snabbt och effektivt. Genom att involvera olika professioner och kompetenser kan beslut om åtgärder fattas skyndsamt, samtidigt som ansvarsfördelningen för uppföljning tydliggörs.

Ett centralt led i implementeringen av en stark säkerhetskultur är **Kvalitetsrådet**, som sammanträder varje månad under ledning av verksamhetschefen. I rådet ingår representanter från alla yrkesgrupper, inklusive sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut, gruppchefer och omvårdnadspersonal från varje avdelning. Här diskuteras händelser som resulterat i avvikelserapporter, synpunkter och klagomål, samt beslut fattas kring förbättringsåtgärder och nya eller uppdaterade arbetssätt och rutiner. De beslut som fattas i Kvalitetsrådet återrapporteras sedan på **arbetsplatsträffar (APT)**, **teammöten** och **HSL-möten**.

En viktig del av säkerhetspraxis är att genomföra och följa upp **riskbedömningar** enligt Vardagas rutiner. Dessa omfattar:

- **Riskbedömningar för den boende:** Identifiering av risker kopplade till individens närmiljö och beteende, utförs i pappersform av sjuksköterskan i samverkan med teamet.
- **Arbetsmiljöriskbedömningar:** Bedömning av risker i samband med arbete med kund, genomförs vid inflyttning och uppdateras regelbundet enligt rutin.
- **Dokumentation och uppföljning:** Riskbedömningar och åtgärder dokumenteras i genomförandeplaner och vårdplaner och följs upp vid teammöten och vårdplaneringar.
-

För att säkerställa att alla medarbetare har kunskap om allvarliga händelser och rapporteringsskyldighet ges information om **Lex Sarah och Lex Maria** vid anställningstillfället. Vid eventuella utredningar sker dialog inom arbetsgrupperna samt på kvalitetsråd och APT.

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.



På Sofiagården arbetar flera yrkeskategorier tillsammans för att säkerställa en hög vårdkvalitet. Den största yrkesgruppen är den vårdnära personalen, där cirka två tredjedelar är undersköterskor. För att stärka kompetensen har samtliga medarbetare utan undersköterskeutbildning fått i uppdrag att planera sin utbildning tillsammans med sin gruppchef under det kommande året. Vid nyrekryteringar prioriteras undersköterskor med goda kunskaper i svenska för att skapa rätt förutsättningar för fortsatt kompetensutveckling via Vardagas introduktionsutbildningar genom Lära.

Under 2024 genomfördes interna utbildningar om olika sjukdomar, hållna av sjuksköterskor, för att stärka kompetensutvecklingen hos personalen på Sofiagården.

Utbildning i förflyttningsteknik genomförs 3-4 gånger per år av sjukgymnast/fysioterapeut. Webbutbildningar genomförs årligen enligt Vardagas rutiner.

Under året har sjuksköterskegruppen förstärkts med två nyrekryterade sjuksköterskor och är nu fulltalig. Rekryteringen av fysioterapeut har varit en utmaning under 2024, men en tjänst är nu tillsatt. HSL-gruppen har bestått av två distriktssköterskor, en grundutbildad sjuksköterska samt en sjuksköterska med specialistutbildning inom operation, som samtidigt vidareutbildar sig till distriktssköterska.

Introduktion av nya medarbetare sker med en centralt framtagna checklista som säkerställer att viktig information förmedlas. Den nyanställda genomgår utbildningar inom basala hygienrutiner, livsmedelshygien, patientsäkerhet, brandrutiner och andra webbutbildningar enligt kompetensmatrisen. Utbildningsuppföljning och rapportering sker enligt entreprenadavtalet med Stockholm Stad. Under 2024 har även praktiska utbildningar genomförts inom brandsläckning och förflyttningsteknik. Varje medarbetare har en individuell utvecklingsplan där målsamtal, uppföljningssamtal och lönesamtal ingår. Genom dessa samtal identifieras kompetensbehov och utvecklingsmöjligheter, vilket bidrar till en fortsatt kvalitativ och säker vård.

Patienten som medskapare

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



Samverkan med patient och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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

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

Patientens och närståendes delaktighet är en grundförutsättning för säker vård. Vid inflyttning till Sofiagården hålls ett vårdplaneringsmöte inom 14 dagar, där patient, sjuksköterska, gruppchef och kontaktman deltar, samt anhöriga med patientens medgivande. Möjligheten att påverka vården säkerställs genom dokumentation och genomförandeplaner.

Frågan om HLR diskuteras tidigt, och anhöriga får informationsmaterial i förväg. Beslut kan omvärderas vid läkemedelsgenomgångar och brytpunktsamtal i palliativt skede. Efter dödsfall erbjuds efterlevnadssamtal.

Patient och närstående kan kontinuerligt lämna synpunkter och delta i patientsäkerhetsarbetet. Personalen samlar information för att anpassa vården efter patientens behov. Regelbunden kontakt hålls med HSL-personal, och skydds- och begränsningsåtgärder sker med samtycke och dokumenteras.

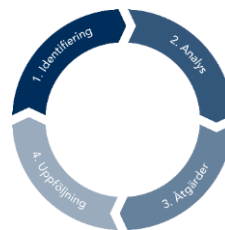
Verksamhetschefen skickar månatliga informationsbrev till anhöriga. Ett boende- och närståenderåd planeras för att ytterligare stärka patientsäkerheten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

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



Ett fortlöpande förbättringsarbete som till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

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

Under 2024 genomfördes flera egenkontroller på Sofiagården. En dokumentationsgranskning av HSL-dokumentationen och PPM genomfördes och rapporterades till Södermalms SDF. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner utfördes av hygienombudet och sammanställdes av den hygienansvariga sjuksköterskan samt gruppchefen för HSL-personalen. Resultaten registrerades på SKR:s hemsida.

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.



Riskbedömningar för undernäring, munhälsa, trycksår och fall genomförs vid inflyt, varje år och tidigare vid behov. Vid identifierad risk vidtas åtgärder för att förhindra skada, och eventuella händelser dokumenteras som avvikelser som utreds i teammöten.

Även riskbedömningar för miljö, suicid, missbruk, hot och våld utförs regelbundet, och förebyggande åtgärder diskuteras i teamet.

Läkemedelshantering följer fastställda rutiner, där delade och utlämnade mediciner signeras, och läkemedelsförråd kontrolleras enligt rutin.

Under 2024 har ingen vårdskada utretts inom verksamheten.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

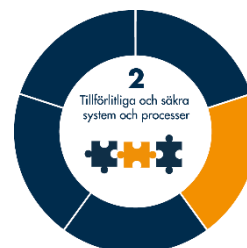
Tabell 1. Beskriv kortfattat hur verksamheten har arbetat med att öka kunskapen om inträffade vårdskador under år 2024.

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Avvikelse hantering	Att upprätthålla en god säkerhetskultur och fortsätta uppmana och stötta alla medarbetare i att rapportera händelser enligt rutiner och styrdokument	Under 2024 har totalt 216 avvikelser rapporterats och dokumenterats. Av dessa berör 125 fall och 51 läkemedelsantering.	Målet uppfyllt – Verksamheten ser att avvikelsehantering genomförs hela verksamheten. Avvikelser analyseras för att förstå orsakerna bakom händelser, och åtgärder vidtas samt lokala rutiner revideras för att förebygga liknande händelser i framtiden.	Åtgärder utförs när en händelse inträffat oavsett allvarlighetsgraden. Verksamheten jobbar löpande med att alla i teamet tillsammans pratar om, analyserar och förebygger avvikelser och genom det skapar	Verksamheten följer upp avvikelser i syfte att dra lärdom av den som skett och för att kunna vidta förebyggande insatser och åtgärder för att förhindra liknande händelser/avvikelser inträffar igen	Samtliga avdelningar skriver händelser som medfört att en patient kommit till skada eller hade kunnat medföra allvarliga skador.	Kvalitetledningssystemet Qmaxit
Vårdskador	Målet är att inga vårdskador ska inträffa	Inga vårdskador som krävts utredning har inträffat	Analysen av resultatet visar att verksamheten inte nådde upp till målet med nollvision gällande vårdskador. Dock har verksamheten på en grundlig nivå utrett dessa händelser samt uppdaterat rutiner och arbetssätt för att förhindra att liknande händelser sker.	Utredning och dialog omkring avvikelser har skett kontinuerligt under hela 2024 på händelsemöten, kvalitetsråd, Arbetsplatsträffar och teammöten. Kontinuerligt förebyggande arbete har pågått med utredning, åtgärder och uppföljningar. För att identifiera och få kunskap om händelser som kan orsaka risker för patienten.	Verksamheten arbetar aktivt med avvikelsehantering och har en lyckad implementering av Vardagas arbetssätt gällande arbete med Qmaxit i alla led.	Samtliga avvikelser i Qmaxit har behandlats från alla enheter på verksamheten.	Kvalitetledningssystemet Qmaxit
<i>Nutrition</i>	Att arbeta förebyggande mot undernäring	Under 2024 hade patienter som hade risk för undernäring eller som redan var undernärda.	Målet dels uppfyllt Verksamheten har under året arbetat förebyggande mot undernäring enligt gällande rutiner.	Bedömning av nutritionsstatus genomförs vid inflyttning samt varje år samt vid behov: uppföljning var 3: månader.	Kostråds möte stående varje månad där kostombud diskuterar och kommer fram till hur verksamheten kan arbeta preventivt och vad som kan	Samtliga medarbetare får löpande information och handledning. Medarbetarna behöver förfarande delta mer medvetet	Senior Alert Dokumentationssystemet Vodok

				Vid redan undernärda görs uppföljning och åtgärd varje månad Bedömningar gjorts i Senior Alert samt i patientens journal VODOK Verksamheten har arbetat systematisk med att säkerställa näringstata måltider och att de kost produkter som köps in har varit rätt för äldre sköra	erbjudas till patienterna för att säkerställa näringstata måltider. Viket har tagits var tredje månad enligt rutin och för de som har ne viktne gång eller undernärning ta viket varje månad enligt gällande rutiner. Verksamheten har efter insatta åtgärder sett en regress i viktne gång	och kontinuerligt i i nutritionsarbete genom att bistå vid preventions bedömning och utföra ordinerade åtgärder Fortsatt bevakning av kost produkter som köps in så att näringsinnehållet överensstämmer med uppsatta mål.	

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.



På Sofiagården genomförs ett aktivt hälsoförebyggande arbete där risker identifieras kontinuerligt av medarbetare och avvikande händelser som kan leda till vårdskador rapporteras. En aktivitetsansvarig anordnar sociala och fysiska aktiviteter för att främja de boendes hälsa och livskvalitet, exempelvis gymnastik och samvaro. Under 2024 genomfördes även grupp- och individanpassad gymnastik för att stärka hälsan och ge möjlighet till motion.

För att arbeta proaktivt med basala hygienrutiner finns nödvändigt material som handsprit och förkläden tillgängligt, och rutiner för påfyllning följs enligt schema. All personal genomgår obligatorisk utbildning i hygien och smittspridning, som uppdateras årligen. Månatlig egenkontroll säkerställer att rutiner följs korrekt.

Läkemedelsgenomgångar planeras tillsammans med läkare och sjuksköterska, där sjuksköterskan förbereder genom att ta vitalparametrar och fylla i relevanta blanketter. Eventuella läkemedelsproblem analyseras och diskuteras för att justera ordinationerna vid behov.

Vid livets slut ansvarar sjuksköterskan för att säkerställa att trygghetsordinationer sätts in och att brytpunktssamtal hålls med anhöriga. Proaktiva omvårdnadsåtgärder vidtas för att förebygga trycksår och andra besvär, och närstående informeras kontinuerligt om den palliativa vården. Verksamheten följer nationella riktlinjer för palliativ vård och genomför efterlevnadssamtal efter dödsfallet, samt registrerar avlidna patienter i det palliativa registret.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Palliativa ombud	God vård i livets slutskede. Palliativa ombud på varje avdelning.	Mål uppfyllt. På Sofiagården finns palliativa ombud i varje våning och en ansvarig sjuksköterska. Dessa har under år 2024 aktivt arbetat för att delge kunskap och stötta kollegor på verksamheten.	Genomförda utbildningar. Samt då ombuden har en tydlig roll med ett tydligt syfte och uppgifter och samverkar tillsammans med sjuksköterskan enligt tydliga rutiner och delger kunskap och stöd till samtliga medarbetare	Genomförda möten utifrån deras roller. Implementering av förbättringar och delgivning av kunskap till medarbetare. Inhämtade kunskaper sprids i verksamheten	Ombud som verksamheten har, har varit aktiva i samband med dödsfall och bidragit med kompetens och engagemang.	7 medarbetare har fått gå den palliativa ombudsutbildningen 2021, ytterligare 2022.	Verksamhetens kompetensutvecklingsplan.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Säker vård här och nu

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Dokumentation	Att säkerställa en säker, effektiv och personcentrerad vård	Dokumentationen möjliggör en sammanhållen vårdkedja genom korrekt och aktuell	Identifiera och förebygga risker samt säkerställa att viktig information om patientens	Journalen uppdaterats, riskbedömningar och åtgärdsplan genomfördes	Journalgranskning, och egenkontroll, PPM	Alla HSL-personal	Vodok, egenkontroll, överrapportering till

		<i>information, vilket minska risken för fel och missförstånd.</i>	<i>tillstånd och behandling är tillgänglig för berörda vårdgivare.</i>				Södermalms SDF
<i>HSL-rutiner</i>	Att säkerställa en god och säker vård för alla patienter	<i>Säker hantering av patientuppgifter och sekretess</i>	<i>Lokala rutiner uppdaterade och är tillgängliga för samtliga personaler</i>	<i>Aktiv uppdaterade rutiner</i>	<i>Arbeta enligt gällande styrdokument och rutiner</i>	<i>Alla centrala HSL rutiner</i>	<i>Lagar, föreskrifter och riktlinjer</i>
Säkerställd bemanning	Att säkerställa hälso- och sjukvårdspersonalens bemanning enligt krav	Rekryterades sjuksköterskor och fysioterapeut	Att garantera att vården bedrivs patientsäkert, effektivt och i enlighet med lagstiftning.	Under 2024 rekryteras två sjuksköterskor på heltid med start under augusti	<i>Verksamheten kommer att fortsätta att bemanna enligt krav</i>	HSL-personal	<i>Lagar, föreskrifter och riktlinjer</i>

Riskhantering

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

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

Alla medarbetare i har kunskap om hur Vardagas rutiner för rapportering av avvikelser är och har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda en händelse. När en avvikelse bedöms allvarlig rapporteras detta till verksamhetschef som i sin tur tar ställning om information till överordnad chef och uppdragsgivaren. Vid risk för vårdskada utreder vårdgivare och lämnar vidare till anmälningsansvarig.

Kvalitetsrådet är verksamhetschefens forum där man systematiskt arbetar med ett ständigt förbättringsarbete och identifierar och bearbetar kvalitetsbrister inom verksamheten. Som underlag används avvikelserapporter, klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Erfarenheterna av det inträffande återförs till medarbetare, patient, närstående eller andra intressenter. Kvalitetsrådet beslutar om kvalitetshöjande åtgärder.

För att undvika vårdskador, arbetar verksamheten aktivt med riskanalyser och handlingsplaner. Varje månad följs kvalitet och patientsäkerhet i varje led i företaget och underlag för detta är tillgängliga kvalitetsdata.

KI

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Stärka analys, lärande och utveckling

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Fall	Minska fall och fallskador som kräver sjukhusvistelse	Ingen allvarlig skada	<i>Prioriterar förebyggande arbete</i>	Alla avvikelser diskuterats på teammöten, kvalitetsråd, HSL möte, APT	<i>Uppföljning i individnivå har gjort med förebyggande insatser</i>	Vid alla fallavvikelser	Senior Alert Kvalitetssystemet Q-maxit Dokumentationssystemet Vodok
Trycksår	Minska uppkomst av trycksår	År 2024 fick 1 patient trycksårgrad 3.	Målet är uppfyllt. Åtgärds hälsoplan upprättades	<i>Utbildning till HSL-personal</i>	Riskbedömning och åtgärdsplan genomförs och uppföljning och utvärdering sker var tredje månad eller vid behov.	Säkerställer genom att personalen har rätt kunskap och resurser för att ge säker vård.	Senior Alert Kvalitetssystemet Q-maxit Dokumentationssystemet Vodok
Läkemedel	<i>Säker läkemedels hantering genom att öka kunskapen hos delegerade personal</i>	Ingen allvarlig händelse	Diskussion i olika mötesforum		<i>Diskuterats på berörda avdelningar, HSL-möte, teammöte</i>	Vid upprepande avvikelser på en och samma våningsplan	Q-maxit
Synpunkter klagomål	Återkoppling har skett skyndsamt till anhöriga genom verksamhetens schen	Handlingsplan vid kommande synpunkter	Diskuterats på anhörigträffar planeringsdag, ledningsmöten	Handlingsplan upprättats och presenterats till alla personal	synpunkter och klagomål analyserats, diskuterats inom både ledningsgruppen och HSL-gruppen för att säkerställa patientsäkerheten	Vid alla kommande synpunkter återkoppling har skett	QMaxit
PPM basala hygienrutiner samt Hygienrutin	<i>Att förbättra det vårdhygieniska kvalitetsarbetet</i>	<i>Mål uppfyllt</i> Verksamheten använder Checklista – basala hygienrutiner som är	Resultatet visar på vikten av att ständigt arbeta med basala hygienrutiner och att	Utbildningsinsatser till alla medarbetare Vårdguiden e-utbildning har använts.	Uppföljningar av följsamheten till basala hygienrutiner sker varje månad hygienombud samt	Alla anställda i verksamheten har deltagit i vårdhygien utbildning, i det ingår bland annat basala hygienrutiner,	

		framtagna av Vårdhygien Stockholm.	regelbunden egenkontroll ger effekt.	<i>Hygienansvarig sjuksköterska håller i och ansvarar för att kontroller genomförs och dokumentars i arsedd hygien pärm på varje avdelning.</i>	hygienansvarig sjuksköterska Träffar med hygienombud sker regelbundet och det är sjuksköterska som är sammankallande utifrån sitt speciella ansvarsområde.	klädregler och rätt användning av skyddsutrustning.	

De synpunkter och klagomål som inkommit till verksamheten har hanterats i enlighet med gällande styrdokument och rutiner. Samtliga synpunkter och klagomål dokumenterats i avvikelssystemet Q-maxit av den som mottagit ärendet. Återkoppling har skett skyndsamt till anhöriga genom verksamhetenschefen, vilket har gett de möjlighet att framföra sina synpunkter och bidra till förbättringar av patientsäkerheten. Vidare har dessa synpunkter och klagomål analyserats, diskuterats inom både ledningsgruppen och HSL-gruppen för att säkerställa patientsäkerheten. Vid behov har rutiner och arbetssätt justerats för att optimera verksamheten.

Avvikelser

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

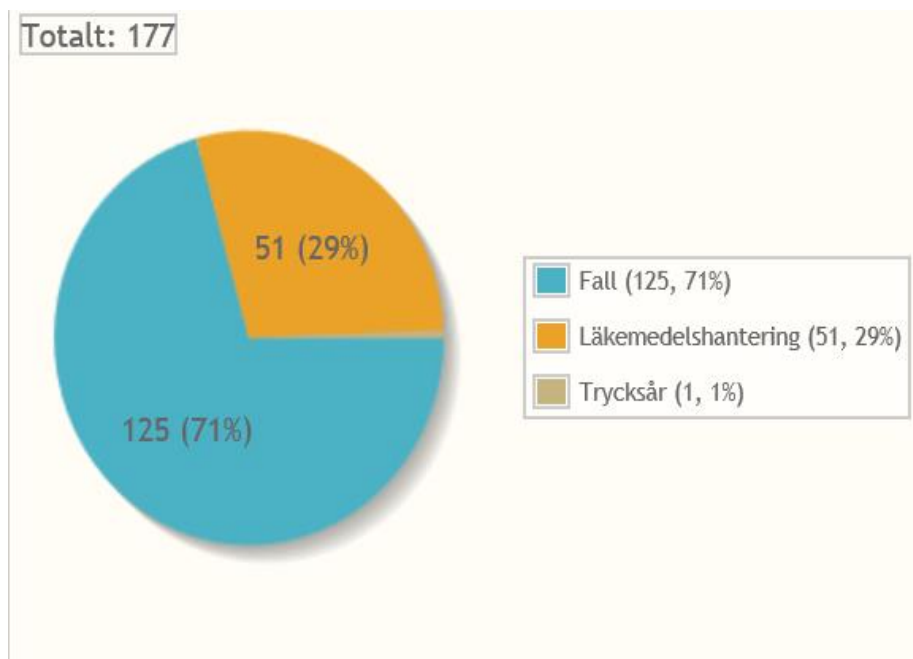
Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

Alla medarbetare har kunskap om Vardagas styrdokument för avvikelserapportering och är skyldiga att rapportera händelser omedelbart. Avvikelser registreras i Qmaxit och graderas utifrån allvarlighetsgrad. Allvarliga avvikelser eskaleras direkt till övergripande chef och företagets kvalitetsavdelning, som ansvarar för uppföljning och säkerställer att en utökad utredning inleds.

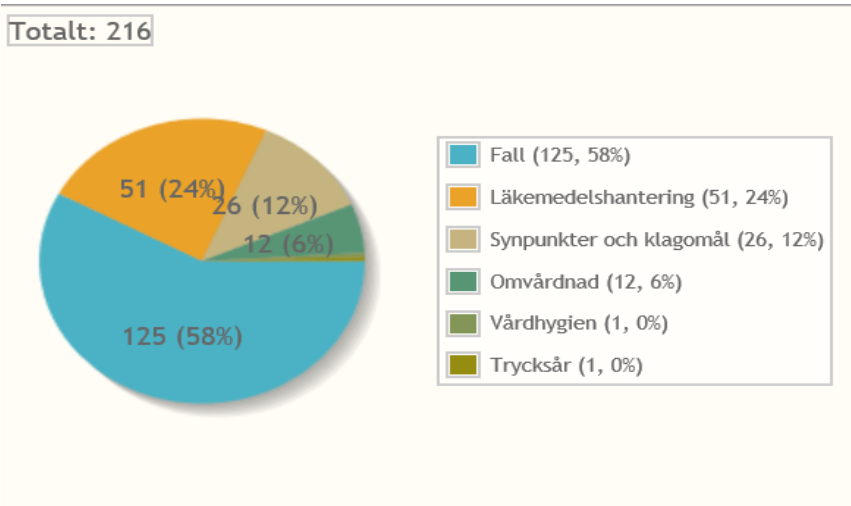
Att identifiera och synliggöra risker för att förebygga avvikelser är en central del av arbetet. Rutiner för avvikelshantering ingår i introduktionen för nyanställda.

Samtliga medarbetare har kännedom om processen för Lex Sarah- och Lex Maria-anmälningar. Information ges vid anställning och uppdateras årligen vid APT.

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård tagna från Qmaxit.



Antal avvikelser totalt som registrerats i Q-maxit under 2024



Klagomål och synpunkter

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för hantering och analys av synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål har hanterats enligt gällande rutiner och dokumenterats i Q-maxit. Verksamhetschefen har skyndsamt återkopplat till anhöriga, vilket möjliggjort dialog och förbättringar av patientsäkerheten. Ärendena har analyserats och diskuterats inom ledningsgruppen och HSL-gruppen, och vid behov har rutiner och arbetssätt justerats för att optimera verksamheten. Under 2024 har inga anmälningar eller utredningar gällande vårdskador genom IVO eller Patientnämnden skett på Sofiagården.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Område	Mål 2024	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet 2024	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Kompetensutveckling	Säkerställ att personalen har rätt kunskap och resurser för att ge säker vård.	Målen uppnått genom regelbundna utbildningar, APT-genomgångar, handledning och erfarenhetsutbyte	Kompetens säkerställer att personalen har den kunskap, färdigheter och förmåga som krävs för att erbjuda säker och effektiv vård.	Interna utbildningar av sjuksköterskor genomfördes kring sjukdomar, symtom samt relevanta föreskrifter som Lex Sarah och Lex Maria. Externa utbildningar om munhälsa hölls av Oral Care.	Enkät före och efter utbildning säkerställa att personalen har den kunskap, färdigheter och förmåga som krävs för att erbjuda säker och	Samtliga personal, dag, kväll, natt	Förbättringslogg, Q-maxit

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Sjöstadsgården

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	5
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	7
3.2 Övergripande mål och strategier	8
3.3 Organisation och ansvar	8
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
3.5 Informationssäkerhet	10
3.6 En god säkerhetskultur	10
3.7 Adekvat kunskap och kompetens	11
3.8 Patienten som medskapare	12
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	14
4.3 Säker vård här och nu	15
4.3.1 Riskhantering	15
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	16
4.4.1 Avvikelse	18
4.4.2 Klagomål och synpunkter	19
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	19
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21

1 Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

2 Sammanfattning

Sjöstadsgården är ett vård- och omsorgsboende med 59 vårdplatser varav 32 platser är för personer med demenssjukdom och 27 platser med somatisk inriktning. Sjöstadsgården drivs av Humana Omsorg sedan 1 november 2018.

Ett mål för 2024 har varit att fortsätta arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi. Det har under 2024 utbildats sju medarbetare i Silviahemmets utbildning, steg 1. Under 2025 ska ytterligare medarbetare utbildas i både steg 1 och steg 2.

Sjöstadsgården har även fortsatt arbeta för att utveckla en personcentrerad vård och omsorg genom strukturerat teamarbete där registreringar och bedömningar görs i multiprofessionella team. Alla boende med samtycke registrerades i Senior Alert under 2024.

Sjöstadsgården har flera BPSD-administratörer där olika yrkeskategorier är utbildade, fem nya administratörer utbildades under 2024 och registreringen görs i team. Flertalet boende med samtycke blev registrerade i BPSD-registret under 2024. Ett mål var att BPSD -åtgärder även skulle ingå i bemötandeplaner och det fortsätter vi att arbeta med.

All personal har genomgått en tvådagars-utbildning i lågaffektivt bemötande, kopplat till behovet av att kunna hantera utåtagerande och resurskrävande patienter och skapa trygghet för både patienter och personal.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret. Registreringen görs och utvärderas av teamet. Resultat från Palliativa registret ligger sedan som underlag för vidare förbättringsarbete vid palliativa ombudsträffar och i det dagliga arbetet.

Mätning av nattfastan har utförts enligt rutin, vid inflytt samt två gånger per år.

Alla boendes munhälsa riskbedöms enligt ROAG av sjuksköterska och erbjuds årlig munhälsobedömning externt av landstinget.

Läkarsamverkan har under 2024 skett med Geriatrik Specialisten där alla boende har en patientansvarig läkare. Rond sker en gång per vecka på Sjöstadsgården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Fall- och läkemedelsavvikelser rapporteras i Humanas avvikelssystem DF Respons.

Vi har under 2024 genomfört:

- Utbildning av sju medarbetare i Silviahemmets vårdfilosofi steg 1
- Utbildning för all personal i Lågaffektivt bemötande, under två heldagar
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- BPSD-administratörsutbildning för fem medarbetare
- PKC-dag för palliativa ombud, HSL-personal och chefer
- Utbildning av tre nya palliativa ombud.
- Förflytningsutbildning
- HSL-grupp och verksamhetschef har varit på Äldreomsorgsdagarna
- Fysioterapeut har fortsatt magisterutbildning inom demens på Karolinska Institutet

Mål och strategier för 2025:

- Arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi och ha regelbundna reflektionsträffar

för omsorgspersonalen och utbilda nya medarbetare i steg 1 och steg 2 på Silviahemmet

- Fortsatt implementering av arbetssätt med lågaffektivt bemötande för att skapa trygghet och minska risken för hot och våld
- Utveckla arbetet med att sammanföra BPSD åtgärder och bemötandeplaner i patientens genomförandeplan
- Fortsätta ha en hög kvalitet på vår palliativa vård genom att de palliativa ombuden tillsammans med HSL personal ska fokusera på förbättring av områdena munhälsa och smärtskattning vid livets slut

3 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.

3.1 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..



Enhetens ledning är följande:

Divisionschef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)

Verksamhetschef för plan 4 & 5 och HSL-ansvarig

Bitr. Verksamhetschef för plan 2 & 3.(Nytt för 2024)

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 2

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 3

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 4

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska plan 5

Resurssjuksköterska, Sjöstadsgården som ersätter ordinarie omvårdnadsansvarig sköterska vid frånvaro

Arbetsterapeut, Sjöstadsgården

Fysioterapeut, Sjöstadsgården

Gruppledare, Sjöstadsgården som i samråd med verksamhetschef säkerställer att bemanningen är anpassad efter verksamhetens behov.

Sjöstadsgården har kvalitetsråd och kvalitetsombud. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Detta görs genom att hålla arbetsparmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser

- Risker/riskbedömningar
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

Hälso- och sjukvårdsfrågor diskuteras och hanteras även på ledningsgruppsmöten, sjuksköterskemöten och HSL-möten som hålls regelbundet av verksamhetschefer. Uppgiften är där att se över rutiner, arbetssätt och behov av kompetensutveckling.

3.2 Övergripande mål och strategier

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

På Sjöstadsgården är teamarbete en viktig och prioriterad del där riskbedömningar görs i team och där alla yrkesroller är representerade för att säkerställa bästa möjliga kvalitet för boende och verksamheten. Teammöten sker varje vecka på varje avdelning.

Verksamheten har haft granskning av läkemedelshanteringen av Apoteket och därefter upprättat en handlingsplan.

Verksamheten har arbetat med att förbättra lokala rutiner gällande trycksår och hantering av larm. Vi säkerställer efterlevnad av etablerade rutiner genom att kontinuerligt se över och göra en koppling till dessa i våra olika mötesforum.

Verksamheten har genomgått en kvalitetskontroll utifrån Qusta och upprättat handlingsplan.

Egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård genomförs av verksamhetschefer och övrig HSL-personal enligt årshjulsplanering i Stratsys. Södermalms SDF skickar med regelbundenhet ut egenkontroller rörande basala hygienrutiner, punktprevalensmätningar och journalgranskning. Verksamhetschefer ansvarar för kontrollerna men delegerar ut ansvar till berörd HSL-personal.

3.3 Organisation och ansvar

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av

patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

www.humana.se

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

Det finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska på varje plan samt en resurs-sjuksköterska som täcker upp på den avdelning där omvårdnadsansvarig sköterska är ledig vilket säkerställer en god kontinuitet. Som omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar tre sjuksköterskor för 16 boende var och en sjuksköterska för 11 boende. Resurssköterskan ansvarar för punktinsatser och har ett mer övergripande ansvar för kvalitetsarbetet i verksamheten.

Sjöstadsgården har en fysioterapeut och en arbetsterapeut som har ansvar inom sitt yrkesområde för alla 59 boende. I fysioterapeutens ansvarsområde ingår att bedöma förflyttningar, boendes förmåga att hantera sin kropp och sina rörelser, delta i team och registreringar i kvalitetsregister. Arbetsterapeutens ansvarsområde har mer fokus på bedömningar av boendes ADL, behov olika hjälpmedel och stimulans i form av olika aktiviteter.

Omsorgspersonalen på varje avdelning utför vissa delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter som hantering/överlämning av läkemedel, viss sårömläggning, tömning av urinkateter samt vissa specifika rehabinsatser.

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Sjöstadsgården har en patientansvarig läkare från Geriatrik Specialisten. Sjuksköterskor på Sjöstadsgården samverkar med patientansvarig läkare. En god patientkännedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Geriatrik Specialisten. Rond är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker en gång/vecka på fredagar. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok.

Patientansvarig läkare kan nå måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid finns läkarorganisationen som jour.

Sjuksköterska är på plats varje dag kl. 07-17. Övrig tid finns joursjuksköterska tillgänglig. Organisationen för sjuksköterska på jourtid är Adept som finns tillgänglig kväll och natt.

Ibland behöver boende skickas in akut eller för planerad inläggning på sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal, remiss, aktuellt status, ordinationshandling och anhörigkontakt.

Multiprofessionella teammöten sker en gång i veckan per plan där Senior Alert och BPSD följs upp. Multiprofessionella teamet består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. På avdelningarna för personer med demenssjukdom finns flera utbildade BPSD-administratörer.

Tandvård utförs i samverkan med Oral Care och Flexident.

Medicinsk fotvård utförs på remiss från läkare i samverkan med Måsens fotvård.

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen kommer att införas. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

3.6 En god säkerhetskultur

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

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa.



På Sjästadsgården rapporterar alla medarbetare avvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. HSL-personal rapporterar och utreder fall- och läkemedelsavvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelserns ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS eller MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättade och tillgängligt för personalen i vårt ledningssystem PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i vårt ledningssystem PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Kvalitetsråd hålls en gång per månad med representation från olika personalgrupper. Fokus på mötet är lärande för att hantera avvikelser och hitta förebyggande åtgärder, som sedan informeras om på APT och planmöten.

Multiprofessionella möten hålls kontinuerligt där alla professioner möts och gör riskbedömningar och registreringar i aktuella register. I samband med det uppdateras vårdplaner och genomförandeplan.

Beställning av ny kund (boende) sker via vårt journalsystem Paraplyt och Vodok och accepteras och handläggs där. Enskild inloggning sker med bank ID eller SITHS-kort.

På Sjöstadsgården registrerar vi boende i flera nationella register. På teammöten riskbedöms den boende i Senior alert. I Svenska Palliativregistret registreras och används resultatet i förbättringsarbete. I BPSD-registret registreras alla boende med samtycke av BPSD-administratörer och följs upp av teamet vid teammöten.

3.7 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.



På Sjöstadsgården arbetar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut tillsammans i team. Teamet träffas en gång per vecka för att utföra riskbedömningar och registrera i olika kvalitetsregister.

Rapporteringstid mellan nattpersonal och dag/kvällspersonal finns inplanerad i schemat.

Rapporteringstid för rapport mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal finns inplanerad i schemat och sker dagligen.

Rehabrapport sker en gång i veckan per plan enligt schema där insatser riktade mot rehabilitering lyfts.

På Sjöstadsgården arbetar fem sjuksköterskor som finns på plats varje dag kl. 07-17.

En arbetsterapeut finns på plats mån- fre och en fysioterapeut kombinerar arbete med studier under arbetstid vilket fortsätter under 2025.

På Sjöstadsgården är de flesta av omsorgspersonalen utbildade undersköterskor. Målet är att alla ska vara utbildade undersköterskor vid anställning.

En sjuksköterska har utbildats i Silviahemmets vårdfilosofi, steg 1.

En sjuksköterska har gått BPSD-administratörsutbildning för att kunna bedriva ett aktivt arbete med att registrera och arbeta med BPSD-åtgärder i verksamheten.

PKC-dag för palliativa ombud, HSL personal och chefer och flera medarbetare har gått Palliativ ombudsutbildning. Syftet är att stärka kunskapen och utveckla den palliativa omvårdnaden i verksamheten.

All ordinarie personal har 2024 genomgått LAB utbildning, lågaffektivt bemötande, då verksamheten haft behov av att öka sin kunskap kring detta och för att motverka hot och våldsituationer.

3.8 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 §



På Sjästadsgården arbetar vi med personcentrerad vård där den boende är i fokus. Den boende och dess närstående är en del av teamet.

Vid inflyttning upprättas en genomförandeplan inom två veckor. Denna görs i samråd med boende och närstående. En månad efter inflyttning hålls en vårdplanering, där boende, närstående om boende önskar det, kontaktperson, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab deltar. Syftet är att kartlägga den boendes behov, önskningar och förutsättningar i den egna vården tillsammans med närstående.

Boende informeras i god tid om planerade årliga läkarbesök och närstående erbjuds närvara vid besök om den boende önskar. Om den närstående inte har möjlighet att delta har de möjlighet att lämna synpunkter eller frågeställningar, i första hand till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Närstående informeras fortlöpande av omvårdnadsansvarig sjuksköterska om den boendes hälsotillstånd, medicinska åtgärder och vid förändrat allmäntillstånd. Sjuksköterskorna finns tillgängliga på varje avdelning vilket underlättar till en bättre dialog mellan parter.

Kontaktperson ansvarar för kontakt med boendes närstående gällande vardagliga uppdateringar, inköp eller annan relevant information kring den boende.

Vid inflyttning och vid fortsatt kontakt uppmuntrar vi på Sjästadsgården närstående till delaktighet i vården som rör den boende.

Närståendeträffar, där sjuksköterskor är med, arrangeras för möjlighet att föra en god dialog.

4 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.



Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per månad.

PPM mätning för blåsdysfunktion, skyddsåtgärder och vårdprevention görs två gånger per år enligt rutin.

Riskbedömningar i Senior alert görs vid inflytt och minst en gång per år. Bifogar sammanställning ur registret.

Egenkontroll av hälsosjukvårdsdokumentation görs enligt rutin två gånger om året där analysen av resultatet ligger till grund för vidare utvecklingsarbete. Man ser där till både styrkor och vad som kan utvecklas mer. Man jämför resultatet med tidigare resultat för att följa utvecklingsarbetet. Loggkontroller av HSL-journal utförs årligen.

Utvecklingsområden som identifierats under 2024 års dokumentationsgranskning har varit att hålla riskbedömningar uppdaterade, utvärdera hälsoplaner kontinuerligt, avsluta inaktuella journalanteckningar och dokumentera mer kring patientens förväntningar och delaktighet i vården. Dessa punkter är fortsatt förbättringsområde för år 2025.

Ett annat identifierat område som dokumentationsgranskningen visade på ett förbättringsområde var att det ska finnas samtycke till skyddsåtgärder till 100%. 2024 har samtycke dokumenterats under samma sökord i HSL-journal hos samtliga boende.

Hygienobservationer har utförts flera gånger under året. Följsamheten behöver fortsatt följas upp och återkopplas till medarbetarna. Vi fortsätter med hygienobservationer och självskattningar av följsamhet till hygienrutiner, därtill obligatoriska regelbundna webbutbildningar.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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

utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker



Ledningen går igenom verksamheten regelbundet utifrån egenkontroller och årshjulet i vårt ledningssystem.

Avvikelse rapporteras enligt rutin i DF Respons. Avvikelse analyseras och hanteras på ett strukturerat sätt i våra mötesforum som kvalitetsråd, teammöten, planmöten och på APT.

Under 2024 har en händelse gällande bedömning och behandling av trycksår föranlett en fördjupad utredning enligt Lex Maria. Det som framkommit i utredningen är det funnits brister i hur sköterskorna dokumenterar kring trycksår och när ansvarig läkare informeras om att boende har risk för trycksår/pågående trycksår. Utredningen har inte visat på allvarlig vårdskada och har inte lämnats in till IVO. Utredningen har medfört ett nytt arbetssätt och ny rutin kring trycksår samt större delaktighet av patientansvarig läkare.

4.2 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 bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

På Sjästadsgården rapporterar alla medarbetare i Humanas avvikelssystem DF Respons. Vi kan se att personal är duktiga på att rapportera HSL-avvikelse, när det gäller SOL-avvikelse kan detta ses som något som behöver utvecklas.

HSL-personal registrerar och är även utredare för fall- och läkemedelsavvikelse. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelserns ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS eller MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i

PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

4.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag



Verksamheten har ett systematiskt arbete med avvikelser och utredningar i olika mötesforum så som APT, planmöten, teammöten, kvalitetsråd, dagliga rapporter, HSL och sjuksköterskemöten. Personalens kunskaper kring att rapportera avvikelser i verksamheten är god men vi strävar efter att fler avvikelser rapporteras in i systemet.

Då verksamheten haft fördjupade utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria under året har det lett till att vi sett över befintliga rutiner och arbetssätt. Fokus har varit på rutiner kring larm, trycksår och beslut om 0 HLR.

I verksamheten arbetar vi med de tekniska lösningarna Mobil omsorg och Signit. Mobil omsorg är ett planeringsverktyg som säkerställer utförandet av patientens insatser och annan väsentlig information. Signit säkerställer att administreringen av läkemedel och övriga HSL-insatser signeras av delegerad omsorgspersonal. Systemet säkerställer även att enbart delegerad personal kan utföra delegerade uppgifter.

Sjöstadsgården har en hög sjukskötersketäthet, låg personalomsättning och en god samverkan med patientansvarig läkare vilket bidrar till en patientsäker vård.

4.3.1 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.

På Sjästadsgården görs riskanalyser fortlöpande där det kan finnas risk för att händelse kan inträffa som kan medföra brist eller inför anpassningar som ska göras. Riskanalyser görs tvärprofessionellt med de det berör. Ledningsgrupp, samverkan med skyddsombud eller med boende och närstående är exempel på forum där riskanalysen görs.

Riskanalyser som gjorts under 2024:

- Smitta
- Händelse av kris
- Bemanning HSL sommar och storhelger
- Värmebölja

Nyinflyttade boende riskbedöms inom 14 dagar enligt MNA, DFRI, ROAG och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning. Eventuella risker dokumenteras i boendes journal och där upprättas hälsoplaner som följs upp och utvärderas kontinuerligt.

Alla boende som givit samtycke registreras i Senior alert, BPSD och palliativa registret i samband med inflytt.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och välbefinnande. Kontroller av vitala parametrar görs. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska utvärderar vid behovs läkemedels användning under tiden och om det visar sig att vid behovs läkemedel inte använts på länge sätts medicin ut av läkare. Provtagningar ordinerar och följs upp.

Influensavaccin och påfyllnadsdos av Covid 19 har erbjudits till alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Vaccineringen utförs av sjuksköterska när läkare är på plats i verksamheten. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

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

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

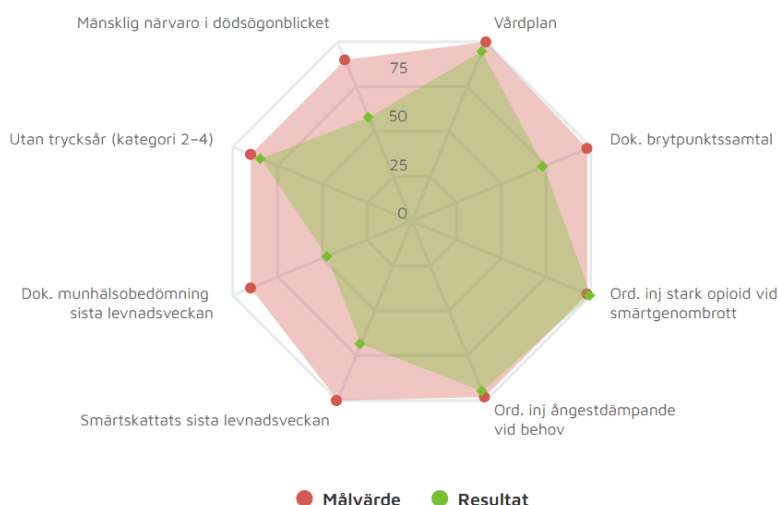


På Sjästadsgården arbetar vi systematiskt med att identifiera områden som är relevanta för oss. Resultat från nationella register ligger till grund för våra analyser och förbättringsarbeten.

Utifrån palliativregistrets resultatet av kvalitetsindikatorer under 2024 fanns en

handlingsplan för förbättringsarbete gällande bedömning av munhälsa och smärtskattning vid livets slut. Målet är under 2025 nå 100% gällande adekvat smärtskattning och god munhälsa vid vård i livets slut.

Period 2024-01 - 2024-12



Detta är en modifierad rapport

Utredningen enligt Lex Maria under 2024 har föranlett till att verksamheten kunnat identifiera brister och förbättringsområden gällande trycksår, främst i journalföring och samverkan mellan sjuksköterska-läkare. Tillsammans har vi arbetat fram en ny lokal rutin kring trycksår där implementeringen fortsätter under 2025.

Årliga egenkontroller och PPM-mätningar av risker för malnutrition, fall, inkontinens och munhälsa har genomförts och överlag arbetar vi systematiskt med detta. Mätning av nattfastan sker två gånger per år. Resultatet av egenkontrollerna har visat på att verksamheten arbetar systematiskt och med bra kvalitet.

Efter årliga apoteksgranskningen har brister i uppföljning av delegeringar noterats. Arbetet med uppföljningar var 6:e månad samt vid behov har påbörjats och fortsätter under 2025.

Utifrån Senior Alerts kvalitetsregister och resultat från 2024 kan det urskiljas att verksamheten kontinuerligt registrerar i registret och att arbetet med att riskbedöma, förebygga och behandla trycksår, undernäring, fall och munhälsa sker systematiskt.

Vårdprevention					
Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Humana Sjästadsgården	68	100% ↑ 121 av 121	87% ↑ 105 av 121	98% ↔ 119 av 121	95% ↑ 102 av 107
Trycksår		45% ↑ 54 av 121	93% ↗ 50 av 54	98% ↓ 53 av 54	100% ↑ 41 av 41
Undernäring		75% ↓ 91 av 121	96% ↑ 87 av 91	99% ↓ 90 av 91	100% ↑ 81 av 81
Fall		95% ↑ 115 av 121	94% ↓ 108 av 115	99% ↑ 114 av 115	98% ↑ 99 av 101
Munhälsa		77% ↑ 90 av 117	88% ↑ 79 av 90	98% ↓ 88 av 90	96% ↑ 89 av 92

4.4.1 Avvikelser

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

På Sjöstadsgården rapporterar och utreder HSL-personal fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF Respons. När avvikelser registrerats i DF Respons tas avvikelsernas ID och journalförs i journalsystemet Vodok enligt rutin. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS/MAR in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Under 2024 har vi haft 147 rapporterade avvikelser. Vi kan se ett minskat antal rapporterade händelser jämfört med föregående år, 2023. Detta kan ses som att det kan förekomma en underrapportering av avvikelser enligt rutin, eller att antalet fall och avvikelser gällande läkemedel minskat vilket varit ett förbättringsområde under året.

Vi har vid analys av avvikelserna sett att majoriteten av avvikelser är på rapporterade fall. Vi har under 2024 haft 73 fall att jämföra med 2023 då vi hade 120 fall rapporterade. Majoriteten av fall har lett till ingen skada, några lindrig skada i form av tex sårskada, blåmärke. 6 fall har setts som allvarigare då de lett till fraktur och sjukhusvård. Ett av fallen legat till grund för fördjupad utredning av Lex Sarah.

När vi analyserar fallen ser vi att det är ett fåtal personer som står för majoriteten av fallhändelserna. Dessa avvikelser har tagits vidare i Teamarbetet och fallförebyggande åtgärder har gjorts enligt rutin. En vanlig orsak till fall har varit den boendes grundsjukdom. Att fortsätta utveckla det fallförebyggande arbetet genom till exempel ökad kunskap om sjukdomar som ger ökad fallrisk och andra fallförebyggande åtgärder har identifierats som ett utvecklingsområde som kommer att fortgå under 2025.

Händelser rapporterade kring läkemedelshantering är 32 stycken, där avser majoriteten utebliven dos eller felräkning i samband med narkotikakontroll, främst bland vidbehovsläkemedel. Två avvikelser avser information, kommunikation samt samverkan. Två rapporterade händelser kring medicinteknik och hjälpmedel som åtgärdats i verksamheten under året tex sängar som gått sönder, trasiga lyftmotorer och rullstolsdynor som varit felplacerade. 11 avvikelser rapporterade på utförande, omsorg, behandling och stöd.

Fem stycken rapporterade på hot och våld vilket är ökning från 2023. Med anledning av detta har personal genomgått en tvådagars utbildning i låg affektivt bemötande.

Tre rapporterade händelser avser trycksår där en avvikelse har föranlett en djupare utredning enligt Lex Maria och som fortgår under 2025. Ett klagomål relaterat till den avvikelserna har lämnats till IVO av närstående.

Sju rapporterade annan händelse, av dessa har alla kunnat åtgärdas och hanteras direkt i verksamheten.

En extern avvikelse från ambulanssjukvården gällande beslut om HLR har inkommit vilken legat till grund för ny lokal rutin kring information och beslut om 0 HLR.

Under året har det förekommit en fördjupad utredning enligt Lex Maria där ställningstagande inväntas och två utredningar enligt Lex Sarah. En av utredningarna gick vidare till IVO.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter från anhöriga eller boende gällande hälso- och sjukvårdsinsatser tas på största allvar och analyseras noggrant inom verksamheten för att utreda eventuella risker som kunnat leda till vårdskada, allvarliga konsekvenser vid utebliven/fördröjd behandling eller lidande.

Klagomål eller synpunkter utreds internt, via dialog med anhöriga/boende/ansvarig läkare/verksamhetschef/ansvarig sjuksköterska.

Ärenden återkopplas vid behov till MAS eller MAR och kan leda till en intern utredning.

För att kunna nå ut till boende och närstående skickar vi varje månad ut närståendebrev; där informeras även om var man vänder sig med sina synpunkter och klagomål.

För att göra det mer synligt att vi önskar få in vad våra boende och närstående tycker om oss har vi satt upp folders synligt och lättillgängligt där man kan fylla i sina synpunkter.

I välkomstmappen som delas ut till boende vid inflytt informerar vi om vår rutin för synpunkter och klagomål. Kontaktperson ger även en muntlig information i samband med inflytt till boende och närstående.

Alla klagomål och synpunkter som kommer in ska registreras i Humanas avvikelssystem DF Respons. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande för vidare åtgärder. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

De klagomål och synpunkter som kommit in under 2024 har varit av den karaktär att de kunnat åtgärdas i verksamheten.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden



På Sjöstadsgården följer vi systematiskt upp och utvärderar verksamheten genom egenkontroller. Syftet är en granskning av verksamheten för att säkerställa att den bedrivs enligt rutiner i vårt kvalitetsledningssystem.

I verksamhetens årshjul är egenkontrollerna för året inplanerade och utförda.

Lärdomar av 2024 är att säkerställa och arbeta mer patientsäkert med trycksår, tydliggöra vår rutin för larmhantering samt se över arbetssätt/rutin vid beslut gällande HLR.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Mål och strategier för 2025:

- Fokus på att arbeta enligt Silviahemmets vårdfilosofi; anordna regelbundna reflektionsträffar för omsorgspersonalen och utbilda nya medarbetare i steg 1 och steg 2 på Silviahemmet
- Förbättrad struktur kring BPSD-arbetet och att åtgärder och bemötandeplaner sammanförs i genomförandeplanerna. Fler administratörer ska utbildas
- Utveckla arbetet med lågaffektivt bemötande genom fortsatt implementering av arbetssätt; bl a genom diskussioner och workshops på planmöten
- Öka personalens kunskap genom att erbjuda HLR-utbildning
- Fortsätta arbetet med att öka boendes delaktighet i vården och tydliggöra det i hälso-och sjukvårdsdokumentationen och genomförandeplaner
- Ha en palliativ vård av hög kvalitet; de palliativa ombuden och HSL-personal ska träffas regelbundet och arbeta med förbättring av områdena munhälsa och smärtskattning vid livets slut
- All personal ska ha god kunskap kring trycksår och den lokala rutinen för trycksår ska implementeras. Vi ska ha regelbundna uppföljningar med sjuksköterskor för att säkerhetsställa följsamheten. Utbildning för personal planeras, både fördjupad sårvård för sjuksköterskor och intern utbildning för omsorgspersonal kring bedömning och förebyggande insatser vid trycksår
- Uppdatering och uppföljning av verksamhetens larmrutin för att säkerställa trygghet och tillgänglighet
- Utifrån den interna egenkontrollen som delvis baserats på Qusta kommer handlingsplaner att upprättas
- Uppföljningar av läkemedelsdelegeringar enligt handlingsplan