



Patientsäkerhetsberättelse för Vård- och omsorgsboende Tiohundra AB 2024



Datum 2025-02-26
Ansvarig för innehållet Verksamhetschef Ulrika Karlsson

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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.....	6
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering.....	14
Stärka analys, lärande och utveckling	14
Avvikelse	14
Klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	16
Utmaningar för kommande år	16
August Jansgården demensboende	17
Bergshyddan.....	18
Birgittagården.....	19
Blidösundgården	20
Elmstagården.....	22
Eneberg.....	24
Kristinagården	25
Rosenlundsgården.....	27
Ängsgården.....	29

SAMMANFATTNING

Under 2024 har vi lagt fokus på att arbeta med och lyfta säkerhetskulturen i bolaget. Vi har haft kvalitetsdialoger med alla verksamheter där vi har diskuterat och följt hur man har arbetat strukturerat med att utveckla och förbättra arbetet med patient- och brukarsäkerhet. Dialogerna är utformade efter Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Regioners koncept Säker Vård. Vi har också haft fler utredningar av händelser som varit mindre bra, för att lära oss och se vad vi kan göra annorlunda och bättre framåt.

Vi har en ny Chefläkare sedan i februari. Rollen som intern MAS är ny i bolaget och tillsattes i september. Då vi båda är relativt nya på respektive tjänst har mycket arbete lagts på att lära känna verksamheterna, se vad som fungerar bra samt kartlägga områden där vi ser behov att förbättringar behöver göras. Vi har också blivit delaktiga i många befintliga projekt i bolaget.

Vi vill slutligen lyfta några projekt där mycket arbete pågår och som är viktiga för patient- och brukarsäkerheten. Dels pågår ett större arbete på sjukhuset få effektiva vårdperioder på vårdavdelningarna och hur man kan undvika återinskrivningar.

I både SÄBO och hemsjukvård har vi tagit fram nya inskrivningsmallar för att få en god kännedom om varje patient vid inskrivning och på så sätt få bättre ett underlag till hur vi tillsammans med patienten kan planera vården och utföra meningsfulla insatser.

Förutom det som nämnts ovan sker det många förändringar inom flera områden. Delegeringsprocessen ses över för att bli tydligare och säkrare, omsorgsverksamheterna håller på att integreras i samma journalsystem som sjukhuset för att förbättra samarbetet inom bolaget, och läkemedelsenheten besöker särskilda boenden för att granska läkemedelsförråden samt säkerställa effektiva arbetsmetoder.

För att sammanfatta året för verksamhetsområdet Vård- och omsorgsboende så har vi under 2024 arbetat med vår nya organisation gällande rehabiliteringen och samverkan. Under 2024 har flera paramedicinare rekryterats och därmed har vi utvecklat arbetet med teamträffar och Senior alert, ett arbete som kommer fortsätta under 2025.

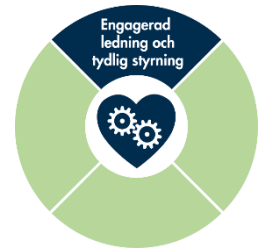
I slutet av 2024 påbörjades även utbildning i förflyttningsteknik som kommer att fortsätta våren 2025.

2024 har vi utbildat flera palliativa team, utbildning i hot och våld, sjuksköterskorna har gått delegeringsutbildningar och under våren 2025 går vår baspersonal delegeringsutbildningen.

Under 2025 kommer vi påbörja ett digitalt projekt gällande spårbarhet för MTP (medicinsk tekniska produkter), fortsätta med det palliativa arbetet samt ha utbildning i NVP (Nationell vårdplan) för våra sjuksköterskor.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



Övergripande mål och strategier

Målbild 2030

- *Vi bidrar till ökad livskvalitet och hälsa*
- *Vi utvecklar vården och omsorgen tillsammans med invånarna*
- *Vi är tillgängliga, både fysiskt och digitalt*

- *Våra medarbetare är goda ambassadörer för Tiohundra*
- *Våra medarbetare och chefer har rätt kompetens för uppdraget*
- *Vi ger våra medarbetare och chefer möjlighet att kontinuerligt utvecklas*

- *Vi har god tillväxt, är konkurrenskraftiga och kostnadseffektiva*
- *Vi är en attraktiv samverkanspartner*
- *Vi går före: vi vågar, vi skapar nytt och vi agerar!*

Våra sex fokusområden

- *Förebyggande arbete och tidiga insatser*
- *Integrerad och digifysisk vård och omsorg*
- *Trygg vård och omsorg i hemmet*
- *Attraktiv arbetsgivare för framtidens medarbetare*
- *Innovation, ny teknik och digitalisering*
- *Rätt kompetens, i rätt tid, på rätt plats*

Organisation och ansvar

Kommunalförbundet för Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) Vårdbolaget Tiohundra får sina uppdrag från KSON som har det övergripande ansvaret för sjukvård och omsorg i Norrtälje kommun. De beställer, tecknar avtal och finansierar uppdragen.

Styrelsen för Tiohundra AB består av ledamöter där hälften är utsedda av landstingsfullmäktige och hälften av kommunalfullmäktige. De har ansvar för att tillsammans med vår bolagsledning driva verksamheten så att våra kunder får en vård och omsorg av god kvalitet och med hög säkerhet.

Verkställande direktör har det övergripande ansvaret och leder Tiohundra ABs bolagsledning. Verkställande direktör ansvarar för att bolagets arbete sker enligt ägarnas krav och gällande avtal samt enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (denna funktion är nyinrättad i bolaget för att stärka och främja patientsäkerhetsarbetet i omsorgen) ansvarar för samordning på övergripande nivå och stöd i uppföljning av brister i organisationen som kan medföra patientsäkerhetsrisker.

Verksamhetschef har ansvar för att all personal inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt arbetar med att förbättra kvalitet och säkerhet för våra kunder.

Enhetschef har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet integreras i den dagliga verksamheten, dvs. att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten kontinuerligt.

Medarbetare har alla ett ansvar, att aktivt medverka i det gemensamma arbetet med att öka patientsäkerheten. Ansvaret består bl.a. av att rapportera risker, fel och brister som upptäcks, delta i pågående förbättringsarbeten samt vara väl insatt i vårdbolagets mål, värderingar och resultat.

Stödfunktion finns i det vårdhygieniska arbetet genom hygienläkare och hygiensjuksköterska, Vårdhygien Region Stockholm.

Samverkan för att förebygga vårdskador

På varje enhet finns det omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Läkarna tillhör Tiohundras Geriatrik avdelning och besöker boendet minst en gång varje vecka för läkarrond. På jourtid kontaktas läkare via sjuksköterska som finns i tjänst dygnet runt.

Alla enheter arbetar tvärprofessionellt genom att ha så kallade teamträffar varje vecka. Där närvarar omvårdnadspersonal, sjuksköterska samt rehabpersonal. Under teamträffarna tas avvikelser upp såsom fall eller läkemedel. Men varje patient lyfts också upp för uppföljning av pågående hälso- och sjukvårdsinsatser samt patientens mående. De olika kvalitetsregister vi arbetar utifrån, bland annat Senior alert och BPSD följs också upp under dessa möten.

Övergångar mellan slutenvård/sjukhus och vård- och omsorgsboenden är en identifierad risk. Arbetet med att förebygga, säkra och skapa trygga övergångar sker på flera sätt. Ett samarbete mellan läkarorganisationens ledning och sjuksköterskornas ledning finns genom regelbundna gemensamma möten. Vid möten lyfts risker och även händelser som skett som behöver följas upp för att de inte ska ske igen. Inför inflyttning eller hemgång från slutenvård till SÄBO sker förutom skriftlig även en muntlig överrapportering mellan de olika vårdgivarna för att undvika risker.

SIP (samordnad individuell plan) skulle kunna användas oftare och det är ett arbete vi vill utveckla under nästkommande år. Ett fortsatt arbete med vårdavdelningarna för att förbättra samarbetet kring den så kallade röda mappen (information som ligger i en speciell mapp och alltid ska medfölja patienten vid sjukhusvistelse) ska fortsätta under 2025. Under 2024 började ett arbete utifrån uppdrag från bolagsledningen om att se över flöden på sjukhuset och se hur många återinläggningar som skedde. Detta inkluderade återinläggningar mellan sjukhuset och säbo. Kartläggning genomfördes inför att en åtgärdsplan skulle upprättas för att sedan införas 2025.

Informationssäkerhet

Omvärlden

Året som varit har fortsatt skuggats av krig och konflikter. I dessa konflikter har ”cyberkrig” fortsatt eskalera.

Det allra största hotet mot hälsovård i det digitala landskapet världen över är försök till ransomware-attacker (utpressningsattacker). Företag inom hälso- och sjukvård har varit mer benägna att betala för att få sina system i drift igen med tanke på liv och hälsa för patienter. Hälsovården är också sårbara i sin strävan mot lösningar för telehälsa och andra digitala lösningar där säkerhetsåtgärderna inte alltid går i takt med utvecklingen.

Organisationer inom hälsovård behöver vara förberedda för att utsättas för olika attacker i form av nätfiske och ransomware-försök, DDoS-attacker (överbastningsattacker), felkonfigureringar i

molntjänster, attacker mot webbaserade tjänster som ansökningsformulär, samt intrångsförsök genom smarta prylar som kopplas upp till nätet (IoT).

Tiohundra

Den systematiska uppföljningen av Tiohundra informationssäkerhetsarbete har setts över och byte av uppföljningsmetod har skett under året. Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSBs) verktyg Informationssäkerhetkollen/cybersäkerhetkollen kommer att användas för självskattning. Detta verktyg, kombinerat med riktade internrevisioner och internkontroller kommer utgöra den systematiska uppföljningen. Årlig sammanfattning på mer detaljerad nivå beskrivs i *Årsrapport informationssäkerhet 2024 Tiohundra* och även i *Årsrapport från dataskyddsombudet 2024*.

Risker och förbättringsarbete

Som många andra bolag, har Tiohundra dragits med en större it-teknisk ”skuld” i form av gammal infrastruktur och även kompetensbrist vilket påverkat informationssäkerheten. Dessa risker identifierades för några år sedan och förflyttningsarbete påbörjades och pågår fortfarande. Nätdrift och infrastruktur har succesivt tagits över av Serviceförvaltningen Region Stockholm enligt avtal. Detta slutförs under 2025. I och med avtalet och förflyttningen till att Serviceförvaltningen förvaltar infrastruktur och nät har en modernare infrastruktur och behovet av kompetenser för framtidens utveckling säkrats. Den lokala förvaltningen av respektive systemobjekt är under utveckling och behöver fortsätta utvecklas för att risker i form av att bland annat ställda leverantörskrav inte efterlevs eller brister i behörighetsrevisioner uppstår.

Bevakning och skydd

Skydden för olovlig åtkomst till datornätverk och informationstillgångar ses ständigt över och har förbättrats under 2024 i och med flytt av drift till Serviceförvaltningen. Serviceförvaltningen har en analysenhet för IT-säkerhet (CERT) som veckovis genomför sårbarhetsskanningar av externa åtkomstytter. Resultaten sammanställs i rapporter som följs upp. Som ett komplement köper Tiohundra in extern tjänst för övervakning av servrar dygnet runt.

Incidenter

De digitala system som Tiohundra råder över har inte utsatts för några större hot. Driftstörningar uppstår då och då men har inte orsakats av extern påverkan. Ett antal åtgärder har gjorts för att minska inflödet av nätfiskemejl och även införandet av stöd för användarna att uppmärksamma nätfiskemejl.

Journalföring

Behörighetskontroll, loggkontroll och granskning av att dokumentation i patientjournaler sker enligt lagstiftning enligt uppsatta rutiner. I journalsystemet Take Care används bland annat verktyget SALA för uppföljning på olika sätt.

Övriga aktiviteter

- Fokus under året har legat på medarbetares kunskap om informationshantering. Översyn och förbättring av stödmaterial gällande hantering av personuppgifter i allmänhet samt om journalhantering och sekretess har genomförts.
- Bolagsgemensam utbildning gällande informations- och cybersäkerhet i form av Nano-learning-ktioner pågår, vid skrivande datum med en genomförandegrad på 60%. Denna har som syfte att stärka alla medarbetare i all digital informationshantering.
- Bolagets genomförda internrevision våren 2024 omfattade informationssäkerhet.

- Fortsatt fokus på att välja säkra digitala tekniska lösningar för informationsöverföring när medarbetares och patienters information hanteras.

Strålskydd

Tiohundra AB bedriver verksamheter med joniserande strålning. Dessa verksamheter är tillståndspliktiga och till tillståndet (SSM2021-8298) hör ett antal villkor som Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM), kräver skall redovisas årligen i ett strålsäkerhetsbokslut.

Säkerhetsbokslutsrapporten 2024 redovisar hur de krav som finns i SSM:s föreskrifter (SSMFS 2018:5 och SSMFS 2018:1) har uppfyllts under 2024.

Strålsäkerhetsarbetet på Norrtälje sjukhus bedrivs tillsammans med sjukhusfysiker från Karolinska Universitetssjukhuset.

Utöver det grundläggande strålskyddsarbetet, har det huvudsakliga fokuset legat på att fortsätta det systematiska optimeringsarbete som startade under 2018. Detta arbete bedrivs av s.k. KOM-grupper (grupp för Kvalitet, Optimering och Metodutveckling). KOM-gruppernas huvudsakliga uppgift är att säkerställa diagnostisk kvalitet och strålsäkerhet av de metoder och arbetsrutiner som används inom verksamheten. Verksamheten har definierat tre KOM-grupper; en grupp för konventionell röntgen och genomlysning (inkluderar även DEXA), en grupp för datortomografi och en grupp för genomlysningsverksamhet på operation. I varje grupp deltar metodansvarig sköterska, skyddsombud, metodansvarig läkare och sjukhusfysiker.

En sammanfattande bedömning av de rapporterade avvikelserna under 2024 kan motivera internrevision av remisshantering, undersökningsmetoder och utbildningsinsatser, för att förebygga liknande avvikelser eller risker för avvikande undersökningar i framtiden.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur kännetecknas bland annat av:

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- en organisation där alla lär av negativa händelser som har inträffat och är medvetna om risken för sådana händelser



Varje år mäts ”Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)” i medarbetarenkäten. Svaren på nio frågor sammanställs i ett index. Resultatet gällande HSE index för Vård- och omsorgsboende var 79 på en 100-gradig skala 2023 och för 2024 har HSE index försämrats till 77. Jämförelsevis med hela Tiohundra så hamnade vi på samma HSE index 2024.

Några av frågorna vi valde att arbeta extra med under 2024 var:

1. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser. Resultat 3,8 på en femgradig skala, 2023 var det 3,9.
2. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats. Resultat: 3,7 på en femgradig skala, 2023 var det 3,9.
3. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter. Resultat 3,8 på en femgradig skala, vilket var samma som 2023.

Ny chef och medarbetare får i sin introduktion kunskap om vikten av en god säkerhetskultur och vikten av att rapportera avvikelser. Vi har även patientsäkerhet som en stående punkt på arbetsplatsträffar.

Flera enheter har daglig avstämning för att fånga det som händer på enheten. Olika forum finns för att diskutera uppkomna frågor, för att främja samverkan och den öppna kommunikationen.

Vi genomför årligen internrevisioner. Under våren genomfördes internrevision på Informationssäkerhet som bland annat visade att:

- Det planeras utbildningsinsatser inom bolaget med riktad utbildning av informationssäkerhetssamordnare.
- De flesta medarbetare har genomfört DISA utbildning vid nyanställning.
- De tillfrågade enheter gallrar inaktuell utskrivna patient- och brukarinformation regelbundet.
- De tillfrågade enheterna har bra rutiner för att kassera skyddsvärd information i sekretesskärl, t.ex. uppgifter med personnummer, känslig information.
- Alla enheter har kännedom om rutinen för hantering av uttjänade datorer, mobiler m.m. Produkterna lämnas in till IT enheten för omhändertagande.

Några av förbättringsförslagen var:

- Alla medarbetare skriver under sekretess och tystnadsplikt via anställningsavtalet. Kunskapen behöver upprepas regelbundet på arbetsplatsträff eller utifrån synpunkter/avvikelser.
- För att förhindra att känsliga uppgifter blir liggande vid utskrift ska ”säker utskrift” användas.

Kommunikation mellan all tjänstgörande personal är oerhört viktig. Överrapportering sker både muntligen men framför allt skriftligen i vårt dokumentationssystem mellan varje arbetspass. All personal skriver regelbundet avvikelser både vid risker och när tillbud/negativa händelser redan inträffat. Därav är det ett fortlöpande arbete att ta upp avvikelser på möten men även lyfta direkt när en risk uppmärksammas.

Riskanalys är ett arbetssätt som används regelbundet, där är ett område patientsäkerhet men de berör även arbetsmiljö och miljö. Utifrån riskanalysen upprättas en handlingsplan, det görs både vid större förändringar och enskilda ärenden och följs senare upp.

Under året upprättade ett nytt arbetssätt för att ha mer strukturerade teamträffar. Det finns på ett antal boende och detta arbetssätt kommer implementeras på alla boenden inom Tiohundra under nästa år då man sett att det fungerat väl. Fördelen med att det är strukturerat blir att det är lättare att identifiera säkerhetsrisker. Alla patienter får en bedömning regelbundet och på så sätt kan man även se var preventiva insatser bör sättas in i ett tidigare skede.

Patient- och brukarsäkerhetsdialog genomförs en gång per år på varje boende. Vid de närvarar verksamhetschef, enhetschef, omvårdnadspersonal samt legitimerad personal. Vid dessa dialoger förs ett resonemang om vilka risker som kan finnas och hur de kan förebyggas.

Även teamträffarna är ett lärande genom att olika professioner sitter tillsammans och bidrar med olika perspektiv kring patienten.

Vid allvarliga avvikelser som lett till en fördjupad analys/utredning lyfts resultatet av den på ledningsgrupper och arbetsplatsträffar för ett lärande mellan verksamheterna.

Inom verksamhetsområdet följs ett årshjul för att gå igenom, uppdatera och se till att verksamhetsområdets rutiner är aktuella.

Handlingsplaner upprättas på varje boende efter medarbetarenkäten där frågor om HSE (hållbart säkerhetsengagemang) varit en del. Den upprättas tillsammans med medarbetarna och ledning och följs regelbundet upp under året på arbetsplatsträffar.

Verksamhetsområdet skapade en kvalitetshandlingsplan för året med fem olika fokusområden (förfallna avvikelser, rapporterade risker, läkemedelavvikelser, fallavvikelser samt BHK- basala hygienrutiner och klädregler). Handlingsplanen följdes strukturerat upp under året genom regelbundna avstämningar där varje punkt togs upp.

Under året genomfördes följande revisioner: apoteksgranskning, egenkontroll av HSL dokumentation, hygienmätningar och säkerhetsrund. Utifrån revisioner sker ett lärande, genom att resultatet går igenom med alla medarbetare och det upprättas handlingsplaner för eventuella åtgärder.

Patient- och brukarsäkerhetsdialogen är ett verktyg för att diskutera och ta fram specifika mål för det fortsatta arbetet med säkerhetskulturen.

Adekvat kunskap och kompetens

Det finns obligatoriska utbildningar som varje medarbetare ska genomföra. Alla medarbetare har ett medarbetarsamtal och där är kompetensutveckling en viktig del.

Vi arbetar med ombudsroller inom olika områden, att vara ombud innebär att man lär sig lite extra inom sitt område och förmedlar detta vidare till sina kollegor. Det kan vara inom områdena hygien, dokumentation, psykisk hälsa eller palliativ vård.

Via olika mätningar får vi en översikt om vilka områden det finns behov av ökad kompetens inom och kan planera för påfyllnad. Vi tar även med oss resultat från exempelvis avtalsuppföljningar för att se vilka fokusområden vi ska ha kring fortbildning.

Under året fick all personal som arbetade på demensboenden möjlighet att gå på utbildning om hot och våld med hjälp av VR teknik, Virtual Reality - "virtuell verklighet. Inledningsvis fick personalen information om tidiga tecken på hot och våld. Sedan fick de som ville pröva, med hjälp av VR glasögon, att lösa en hotfull situation. Efter så samtalade grupperna om upplevelsorna och pratade om hur det kunde bli på de egna arbetsplatserna.

Vi arbetar med det vi kallar usk- körkortet, där är det fastställt vad undersköterskor ska utföra för arbetsuppgifter och det här är en årlig kartläggning av hur varje medarbetare uppfyller dessa krav. När vi ser ett behov av utbildningssatsningar så ordnar vi praktiska utbildningar i till exempel venprovtagning eller katetersättning med mera.

Under 2024 utbildade vi flera palliativa team och hade utbildningar inom följande områden:

- Munhälsa



- Basala hygienrutiner
- Hot och våld på arbetet med VR teknik
- Läkemedel för sjuksköterskor
- Metodutbildningar för undersköterskor
- BPSD utbildning
- HLR
- Diabetes för sjuksköterskor
- Föreläsning inom psykisk ohälsa och suicid för äldre

Vid ledigheter arbetar vi för att hälften av all ordinarie personal är på plats. Vi arbetar aktivt för att det ska vara bra introduktioner för vikarierna. Under året har vi arbetat fram en förteckning med vilka utbildningar som ska vara obligatoriska för vikarierna. När bemanningen planeras säkerställer vi att det finns delegerad personal och att samarbete finns över hela enheten för att säkerställa att det finns personal med rätt kompetens på varje avdelning.

När ett nytt eller förändrat arbetssätt efter ett förbättringsarbete ska implementeras arbetar vi på så sätt att det oftast är en arbetsgrupp som tillsätts, där ska det vara både medarbetare och chef med och en person utses som ansvarig för gruppen. En riskanalys genomförs ofta innan steget till att praktisk implementering tar vid. Vissa saker implementeras succesivt på några boenden i taget, om det är rimligt och möjligt. Genom detta arbetssätt ser vi et ökad möjlighet att medarbetarna får en förståelse för varför åtgärder kan vara nödvändiga. Att förstå syftet och fördelar som förändringen kan innebära. Viktigt är också informationsflödet. Att information går ut både skriftligen och muntligen och vid flera tillfällen. Utbildning kan även vara aktuellt för en bra implementering. Att använda några medarbetare som blir ”experter” och kan stötta sina kollegor är ett bra arbetssätt.

Patienten som medskapare

När en patient flyttar in på något av våra boenden så tilldelas den en kontaktperson från personalgruppen och en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Ett välkomst/ankomstsamtal genomförs och då erbjuds även närstående att vara med om patienten själv vill. Det är ett tillfälle för patienten att framföra sina önskemål och synpunkter. Inom 14 dagar upprättas en genomförandeplan tillsammans med patienten och kontaktpersonen. Tillvägagångssättet för att skapa den är att patienten får berätta hur den ser på sina behov och beskriva sina önskemål om hur hjälpen ska utföras. Genomförandeplanen följs upp regelbundet, minst varje halvår. Vid uppföljningen ges patienten möjlighet att berätta hur den har upplevt hjälpen den fått och om det finns saker som behöver förändras om möjligt. Genom att vi arbetar personcentrerat blir patienten delaktig i den vård som ges. Omvårdnadspersonal har dagligen samtal med patienten och frågar om hur hen mår. Sedan samlas personalgruppen och går igenom hur dagen varit och om det är något speciellt med någon patient som om till exempel behov av att få kontakt med sjuksköterska finns.



Vid den årliga läkemedelsgenomgången är både patient och närstående inbjudna. Om patienten lämnat samtycke kan närstående kontaktas vid förändrat hälsotillstånd.

Boenderåd är ett möte där patienter ges möjlighet att träffa ansvarig chef på enheten. Där kan patienterna själva ta upp vad de vill, framföra synpunkter och ställa frågor. Där ges patienterna möjlighet att framföra önskemål om hur vården ska utformas.

Varje år skickar Socialstyrelsen ut en brukarundersökning som patienterna får svara på. När resultatet kommit går varje enhet igenom sina resultat och upprättar en handlingsplan utifrån de förbättringsområden som identifierats.

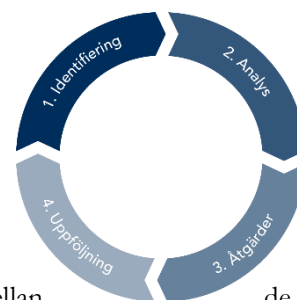
På varje enhet finns det synpunkter och klagomålsblanketter tillgängliga för alla. Klagomål kan inkomma på flera olika sätt, dels via Tohundras synpunktshandläggare, mejl eller telefonsamtal till chefer eller omvårdnadspersonal. Återkoppling till patienten eller närstående på inkomna klagomål kan ske muntligen via möten eller telefonsamtal. Vid klagomål som kommit via IVO- Inspektionen för vård och omsorg skickas alltid ett skriftligt svar.

Vid händelseanalyser, utredningar eller riskanalyser erbjuds patient och närstående att medverka och kunna lämna förbättringsförslag.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

En del för att agera för säker vård är att förebygga vårdrelaterade infektioner (vårdskador) och minska risken för smittspridning. Punktprevalensmätning *Basala hygienrutiner och klädregler* (BHK) sker samordnat två gånger per år på alla enheter och är obligatoriskt.

Resultat sammanställs och presenteras på övergripande nivåer och på enhetsnivå. Resultatet för 2024 var varierande och vissa enheter hade svaga resultat. Beroende på resultat har vissa enheter därför utfört egenkontroller mellan de två obligatoriska. Resultat från de två punktprevalensmätningarna har redovisats och diskuterats på patient-och brukarsäkerhetsdialoger under året.



Under året har hygienmätningar genomförts två gånger, resultatet jämförs både med tidigare år och årets två mätningar. På verksamhetsområdesnivå kan vi se att i år är ett sämre resultat än tidigare år. Föregående år har det varit 89% rätt på alla parametrar som mäts medan 2024 var resultatet 83%. Strategi för att förbättra resultatet till nästa mätning är att varje enhet arbetar lokalt med sina brister. De får analysera sina resultat var för sig och vidta åtgärder. Åtgärder som utförs på de enheter där behov finns är utbildningssatsningar, extra mätningar och nya egenkontroller. Vårt mål är att ha 90%. Flera av enheterna har haft hygienrund med regionens hygienskötterska under året.

Vid de årliga avtalsuppföljningarna med Kson- Kommunalförbundet sjukvård och omsorg ingår det en uppföljning av hur arbetet med Senior alert går. Målet med Senior alert är att få strukturerade bedömningar av varje patient för att inte missa riskfaktorer och på så sätt få bättre förutsättningar att arbeta preventivt. Under årets avtalsuppföljning framkom det att arbetet med att göra rehab personalen mer delaktig behöver utvecklas. Under året har rehab personalen gjort utbildning i Senior alert, vilket de fortsätter med under 2025 då det kommer flera nya kollegor.

Vi har under året arbetat med avvikelser, vi följer att antal avvikelser och att de inte har förfallit i vårt avvikelssystem. Vi vill förbättra och öka antalet risker som rapporteras och minska läkemedelsavvikelser. Detta arbete kommer att fortsätta under 2025.

Vidare kommer vi i tabellform redovisa hur varje enhet har arbetat med patientsäkerhet under året. Vi såg förra året när vi hade en dialog kring varje boende så medförde det att det blev ett större fokus på patientsäkerhet än tidigare. Därför beskriver vi inte endast på verksamhetsområdesnivå utan på enhetsnivå under detta stycke. Tabellerna kommer finnas att läsa sist i patientsäkerhetsberättelsen.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

I vårt avvikelssystem Händelsevis rapporterar alla medarbetare alltid avvikelser. Utifrån allvarlighetsgrad görs först en utredning och beroende på vad som framkommer i den kan en fördjupad analys bedömas vara nödvändig. Det startas då en så kallad händelseanalys vilket senare är underlaget som används för bedömning om en Lex Maria eller Lex Sarah anmälan ska göras till IVO. Handlingsplan upprättas alltid oavsett om det blir en anmälan eller inte. Efter en utredning informeras all personal om vad som hänt och vad som framkommit i utredningen. Handlingsplanen går igenom och sprids till berörda. Efter cirka 6 månader följer kvalitets controller på Tiohundra upp handlingsplanen för att se effekten av beslutade åtgärder.



Under 2024 har vi utrett fyra stycken allvarliga händelser vilket resulterade i en Lex Maria anmälan och tre Lex Sarah anmälningar.

Fall är ett område vi arbetade med under 2024, i arbetet med att minska antal fall har vi försökt förbättra närvaron av rehab personal på teamträffar. Det har funnits större möjlighet att närvara digitalt än tidigare. Vi ser det som bättre att det är digitalt än att de professionerna inte alls är representerade. Rehab personalen spelar en stor och viktig del för att kunna sätta in preventiva insatser för att förebygga fall. Omvårdnadspersonalen är också en viktig del i teamarbetet då det är de som är närmast patienten och är där i det dagliga arbetet. Genom den dialog som är på teamträffar mellan de olika professionerna så blir det en samlad helhetsbild av patientens situation. Sjuksköterskorna tar vid behov med relevant fakta till läkarna.

Efter egenkontrollen i HSL framkom det några områden som behövde förbättras. Det var att skriva aktuell status vid inskrivning, att dokumentera samtycke samt att dokumentera när riskbedömningar gjorts. En åtgärd som genomförts är att hela inskrivningsprocessen har setts över för att få med alla områden som behöver bedömas när en patient flyttar in. Utifrån den har en ny rutin tagits fram och i och med att vi kommer byta journalsystem till Take care 2025 anpassas nya mallar utifrån detta arbete.

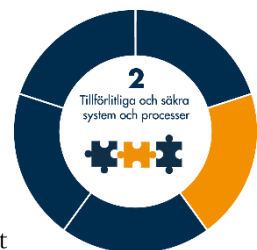
Ett riskområde som vi uppmärksammat är bristande kunskap inom förflyttningsteknik och ergonomi, där har vi nu precis påbörjat processen att rehab personalen håller i den förflyttningutbildning som all omvårdnadspersonal ska gå.

Ett annat riskområde som vi uppmärksammat är hjälpmedelsförskrivningarna i samband med hemgång från korttids. Det vi ser är att försenade leveranser från hjälpmedelsleverantörer sker regelbundet. Vår lärdom är att börja planera ännu tidigare för vilka förskrivningar som kan komma att bli aktuella. Vid behov genomför rehab hembesök tillsammans med korttidspatienten, för att få en ännu tydligare bild av hjälpmedelsbehovet i hemmet och hur vi kan säkerställa att utskrivningen från korttids till hemmet blir så säker som möjligt.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Basala hygienmätningar görs två gånger per år, vid ett lägre resultat får enheten göra en handlingsplan med olika åtgärder, som till exempel extra mätning, utbildningsinsatser och hygienrund.

Vi har ändrat rutinen hur vår medarbetare når våra sjuksköterskor. Vi har numera ett enda telefonnummer in, tjänstgörande sjuksköterska kopplar upp sig på det när arbetspasset börjar. Anledningen till denna förändring är att vi fått in avvikelser på att man inte fått tag på sjuksköterskor.



Vi har under 2024 identifierat att vi måste förbättra inskrivningsprocessen. Vi har lagt ett större arbete på det här och påbörjade tester av det nya arbetssättet i slutet av året.

Läkemedelshantering i våra läkemedelsrum har vi identifierat som ett område som vi måste förbättra, vi har tagit stöd av våra apotekare och chefsfarmaceut har inventerat och sett över våra förråd.

Säker vård här och nu

Riskhantering

Riskanalys genomförs utifrån fyra perspektiv: patient-, brukarsäkerhet, arbetsmiljö, miljö och informationssäkerhet. Det görs till exempel inför förändringar inom enheten, frekventa avvikelser inom ett område osv.



Alla enheter arbetar med riskbedömningar i annans hem, där medarbetare identifierar risker som tex fall med mera.

På teamträffar identifieras risker till exempel utifrån Senior alert som nutrition, sår och fall. På dessa träffar deltar alla professioner för att se helheten kring patienten. Teamet kan på så sätt arbeta förebyggande och skapa god och säker vård.

Varje år har verksamhetschefen en patient- och brukarsäkerhetsdialog där medarbetare deltar och där diskuteras hur enheten arbetar med att se tidiga risker.

Under året genomfördes två kvalitetsdialoger, där kvalitetsmått togs fram. Ett av dessa vara att öka antalet rapporterade risker i Händelsevis. För att på så sätt belysa och diskutera frågan om riskmedvetenhet.

Stärka analys, lärande och utveckling

När det gäller allvarliga avvikelser som utreds, oavsett om det leder till en Lex Maria eller Lex Sarah anmälan blir det ett lärande inom organisationen. Lärandet består av att det som framkommit när det gäller händelsen, bakomliggande orsaker till att det skedde samt åtgärdsförslag tas upp i ledningsgruppen, de utvärderas och följs upp. Det tas även på alla arbetsplatsträffar så att alla medarbetare tar del av den. Oftast resulterar en utredning en förbättrad rutin för att undvika att händelsen upprepas.



Journalgranskning är en del i den legitimerade personalens årshjul.

Senior alert, där vi är mitt i processen att all personal i SÄBOs rehabteam ska ha gjort den webbaserade grundutbildningen. Rehab behöver fortsättningsvis arbeta med att vara involverade i det faktiska arbetet kring varje boende och Senior Alert.

Avvikelser

Vid nyanställning får medarbetare och chef, utbildning i att rapportera och handlägga avvikelser. I bolagets handlingsplan för Säker vård och omsorg, som är ett nationellt krav, ingår att alla medarbetare och chefer ska göra utbildning på Lärtoget (bolagets E-learning plattform), ha forum för att systematiskt diskutera risker och allvarliga händelser för ett lärande.

Under 2024 rapporterades inom verksamhetsområdet totalt 2201 omsorgsavvikelser och 111 vårdavvikelser. När det gäller omsorgsavvikelserna så var det 644 stycken om läkemedel och 1147 fall.

För vidare redogörelse för hur varje boende arbetat med olika avvikelser se deras respektive sida i slutet av patientsäkerhetsberättelsen.

Klagomål och synpunkter

Synpunkter, klagomål och beröm som inkommer till Tiohundra synpunktshandläggare vidarebefordras/skickas till respektive verksamhetschef/enhetschef, via 1177 eller som en avvikelse i händelsevis. I svaren kan man utläsa att enheterna tar upp synpunkten- klagomålet på personalmöten, har enskilda samtal, ser över rutiner, utreder vidare, lägger som underlag för förbättringsarbete.

De som önskar får alltid svar, har man skickat in via 1177 så får man svar via 1177. För övriga så får man svar via telefon eller brev.

De flesta av våra synpunkter och klagomål rör området kommunikation, det kan röra sig om en upplevelse av brister i bemötande, att man känner att man inte ha blivit lyssnad på. Personal har inte säkerställt att patienten/brukaren har förstått informationen. En del klagomål rör långa väntetider, dels att få en akut tid på vårdcentralen, eller en lång väntan på att få tid till mottagning, utredning. Vi får i en del synpunkter på vad som står i journalen, formuleringar, en del begär rättelse av sin journal. Man vill informera att man nu har fått en annan diagnos, och menar att den förra diagnosen var felaktig. Man väntar på prov och utredningsresultat. Man har synpunkter på handläggningen av begäran om receptförnyelse, det har antingen inte fungerat dvs, det finns inga recept att hämta ut, man kan också ha blivit nekad nya recept. Av det totala antalet synpunkter och klagomål som inkommer från våra brukare/anhöriga/medborgare, rör ca 5% våra omsorgsverksamheter. Våra medborgare framför en hel del förbättringsförslag.

Sammanställning externa avvikelser 2024

Samtliga externa avvikelser inkomna till Tiohundra synpunktshandläggare är införda och handläggs i Händelsevis, regionens avvikelssystem.

Från Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje, har det kommit 31 stycken (varav 29 rör våra omsorgsverksamheter) det är 20 stycken färre jämfört med 2023. Dessa är initierade av brukare/anhöriga/medborgare samt kommunal och omsorgskontorets medarbetare.

Från extern vård- och omsorgsgivare, utanför regionens Händelsevis-systemet, har vi mottagit 21 stycken avvikelser. Av IVO s.k. ”Hänvisat ärende”, dvs ärenden där medborgare inte kommunicerat, med vårdgivaren innan kontakt med IVO, handläggs ej av IVO utan skickas direkt vidare till respektive vårdgivare. Dessa ärenden handläggs, efter bedömning, antingen via 1177 eller som en avvikelse i Händelsevis.

Utgående avvikelser gällande externa vårdgivare, skrivna från enheter inom Tiohundra var 84 stycken. Majoriteten av dessa avvikelser rör vård och omsorgsverksamheter inom Norrtälje Kommun (utanför Tiohundra verksamheter).

Vidare kommer varje enhet redovisa eventuella klagomål och synpunkter på deras respektive sida i slutet av patientsäkerhetsberättelsen.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

I verksamhetsområdets handlingsplan för kvalitet 2025 kommer vi att fortsätta att arbeta med basala hygien och klädrutiner, vår interna MAS kommer att påbörja en hygienkommitté inom omsorgen. Vi kommer att fortsätta arbeta med fall och titta extra på de avvikelserna. Även läkemedelsavvikelser kommer vi att arbeta mer med under 2025, se ifall vi ser något mönster i de avvikelserna. Under 2025 kommer vår vårdpersonal att få gå utbildningar kring läkemedel som vår beställare anordnar. Vi kommer fortsätta med förflyttnings utbildningar och vi kommer att göra en satsning kring NVP- nationell vårdplan vid livets slut. På två av våra boende kommer vi att göra ett extra arbete kring att tidigt se risker innan det blir ett tillbud eller negativ händelse.



Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Målbild 2030

- Vi bidrar till ökad livskvalitet och hälsa
- Vi utvecklar vården och omsorgen tillsammans med invånarna
- Vi är tillgängliga, både fysiskt och digitalt

- Våra medarbetare är goda ambassadörer för Tiohundra
- Våra medarbetare och chefer har rätt kompetens för uppdraget
- Vi ger våra medarbetare och chefer möjlighet att kontinuerligt utvecklas

- Vi har god tillväxt, är konkurrenskraftiga och kostnadseffektiva
- Vi är en attraktiv samverkanspartner
- Vi går före: vi vågar, vi skapar nytt och vi agerar!

Våra sex fokusområden

- Förebyggande arbete och tidiga insatser
 - Integrerad och digifysisk vård och omsorg
 - Trygg vård och omsorg i hemmet
 - Attraktiv arbetsgivare för framtidens medarbetare
 - Innovation, ny teknik och digitalisering
 - Rätt kompetens, i rätt tid, på rätt plats

Utmaningar för kommande år

Närhet, tillgänglighet och individanpassade lösningar är viktigast när Tiohundra fortsätter att utveckla bolagets sjukvårds- och omsorgsverksamheter, tycker de invånare som svarat på en enkät i hösten 2024 enkätundersökning. De efterfrågar också förbättrad kontinuitet, kortare väntetider och utvecklad digital kommunikation med vården.

August Jansgården demensboende

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Munhälsa	Alla medarbetare ska ha utbildning inom munhälsa.	Flera av personalen hade inte gått utbildning på länge.	Ökad kunskap minimerar risker för annan ohälsa kopplat till dålig munhälsa hos boende.	Genomförd digital utbildning Oral Care på APT maj.	Personalen har större kunskap om munhälsa.	Alla medarbetare var med.

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Fallavvikelser	94	<p>En boende har under ett kvartal stått för övervägande delen av fallavvikelserna.</p> <p>Fallavvikelser diskuteras på teamträffar där eventuella åtgärder sätts in.</p> <p>Alla boende med fallrisk ses över vid inplanerade teamträffar vilka förebyggande åtgärder som behövs.</p> <p>Vi har använt oss av olika förebyggande åtgärder såsom anpassad boendemiljö, extra tillsyn, halksockor, golvlarm, läkemedelsöversyn.</p>
Läkemedelsavvikelser	53	<p>Sjuksköterska har samtal med berörd personal vid läkemedelsavvikelser, sedan återkoppling till EC. Avvikelserna är oftast ej signerad men dos given.</p> <p>Informerar personal vid morgonmöten och vid APT att följa gällande rutin vid läkemedelshantering.</p>

Bergshyddan

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Basala hygien rutiner	100 %	Mätningen i oktober 80 % Mätningen i april 100 %,	Målet ej uppfyllt i oktober.	Enhetschef samtal med berörda medarbetare, extra stickprovskontroll v 50.	December 2024. Resultatet på extra mätningen blev 100% korrekt.	Två gånger/år
Senior alert	100 % på alla områden	År 2023 48% på bakomliggande orsaker vid risk. 95% på åtgärdsplan vid risk. 63% vid utförda åtgärder vid risk.	Målet uppfyllt oktober 2024.	Teamträffar 1 ggr/vecka tvärprofessionellt.	December 2024	Löpande under året

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Läkemedelsavvikelser	52	Bergshyddan hade ett flertal avvikelser angående läkemedelshantering, där antal narkotiska läkemedel varit felaktiga. Vid analys såg vi att i Appva kunde medarbetarna kontrollräkna, som de inte har befogenhet att göra, vilket medförde fel antal läkemedel, nu är detta åtgärdat av Appva och enbart sjuksköterskor kan göra detta. Vilket medfört att avvikelserna minskat.
Fallavvikelser	87	Gått igenom avvikelser på teamträffar med omvårdnadspersonal, paramedicinare och sjuksköterskor.

Birgittagården

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Hygien kontroll	Bättre resultat nästa mätning, ta lärdom	Senaste mätning okt 2024 70%, tidigare mars 2024 95%	Sjuksköterskor som inte följt basala hygienrutin, inte spritat av händer när man ska vid omvårdnadsarbete	Pratat med sjuksköterska och går igenom resultat med samtliga på APT, för lärdom/påminnelse.	Vid extra egenkontroll 100%	En extra kontroll

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Klagomål och synpunkter	2 stycken under året från anhöriga till korttidsgäster.	Klagomålen rörde missnöje med omvårdnaden och fått med sig fel saker vid hemkomst. Genomfört samtal med personalen.. Rutin för in- och utflyttning för personliga tillhörigheter implementerades. Teamträffar varje vecka med personal, ssk, och rehab infördes. Av detta tar vi lärdom och förbättrar oss.
Fallavvikelser	152	Gått igenom avvikelser på teamträffar med omvårdnadspersonal, paramedicinare och sjuksköterskor. Åtgärder; ändring av läkemedel, hjälpmedel, rörelse/sänglarm, gå träning.
Läkemedelavvikelse	142	Medicering som inte givits eller kvitterats, har tagit det med berörd personal, påmint om medicindelegeringsrutinen. Samtliga omvårdnadspersonal genomför årligen webutbildning -läkemedelshandtering.
Hot och våld mellan brukare	15	Haft teamträff med omvårdnadspersonal, sjuksköterska Paramedicinare. Sett över BPSD handlingsplaner. Följa rutin vid Hot och våld. Läkare ändrat medicinering.

Blidösundgården

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Basal hygien	Målsättning att upprätthålla resultaten på <80%	Resultat i oktober 80% Resultat i mars 100%	För få antal granskningar (5 st). En avvikelse på en person. Granskat vid andra moment än de som annars vanligen granskas.	Ny kontrollmätning ska göras. Handlingsplan med åtgärder upprättats. Påminnelse till personal att göra utbildning. Signering lista för genomförd utbildning.	Följs upp under 2025.	En extra mätning.
Munhälsa	Ökad kompetens hos personalen	Vid apoteksgranskning framkom att behov finns att utbilda personal i basal munhälsa för äldre personer	Flera år sedan senaste utbildning inom området.	Besök av Flexident som utbildat personalen ca 1,5 timme i basal munvård.	Flera av personalen genomgick utbildningen.	

Fortsättning Blidösundsgården

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Läkemedelsavvikelser	44	Lyfter regelbundet på teamträffar samt direkt med berörd personal. Oftast handlar läkemedelsavvikelserna om att läkemedel har givits men ej signerats, eller att en boende har flera dospåsar på morgonen, men en av dem ofta glöms bort att administreras.
Fallavvikelser	29	En och samma boende som står för större antal av alla fall. Framst många fall. Minskat antalet fall när boendes mående optimerats (nutrition, blodsocker m.m.). Lyfts regelbundet på teamträffar och APT.

Elmstagården

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Team träffar	Tätare intervall på möten för korttidsboendet. Bättre struktur.	Korttidsboendet var med på treamträffar var tredje vecka.	Korttidsboendets patienter kunde flytta in och ut mellan två teamträffar och därför inte tagits upp på någon teamträff under vistelsen. Dagordningen bidrar till att rätt saker tas upp. Teamet är uppdaterat vilket förbättrar insatserna för patienten.	Fördelat tiden annorlunda så att korttidsboendets patienter diskuteras varje möte/vecka. Upprättat ny dagordning, följer upp föregående möte, stående tid varje vecka.	Reviderat dagordningen några gånger under året med att lägga till och ta bort punkter för att ökad relevans. Detta har bidragit till en ökad patient-säkerhet.	En timme per vecka.

Fortsättning Elmstagården

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Lex Sara	1	Resultatet av händelseanalysen är kommunicerad med hela arbetsgruppen på olika möten så som APT, teamträffar och morgonmöten. Vi har upprättat ny rutin, ”boende tackar nej till insats/hjälp” som spridits genom användande på teamträff och morgonmöten. Den har även delats i veckobrev vid flera tillfällen. Personalen har fått stöd i grupp och individuellt för att öka sin kunskap i dokumentation. Höstens granskning visade att det gett resultat då dokumentationen var mer regelbunden, med tätare intervall och med väsentligare innehåll.
Läkemedelsavvikelser	64	Har avvikelser som punkt på dagordningen för teamträffar då vi diskuterar de som inkommit och beslutar om eventuella åtgärder. Pratar även med berörd personal och sprider kunskapen på morgonmöten eller APT. Utebliven signering men given dos är den vanligaste avvikelsen. Appvaombud, sjuksköterskor och chefer samarbetar om att sprida kunskap om att signera direkt efter given dos. Lyfter regelbundet på teamträffar samt direkt med berörd personal.
Fallavvikelser	187	En eller några patienter har stått för övervägande delen av fallavvikelserna första halvåret. Vi har stående avvikelsepunkt på teamträffarna där eventuella lösningar diskuteras som exempelvis hjälpmedel, bättre skor, rörelselarm eller nattlampa. Detta har delvis givit resultat då fallen minskade under andra halvan av året.

Eneberg

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Larm	Minska larm	Många larm samtidigt, flera var "onödiga" då det inte hade hänt något utan personal utlöst rörelselarm.	Patienter hade rörelselarm fast det inte längre fanns behov av det. Orsak exempelvis inga fallavvikelser på lång tid, sängliggandes så fallrisken var liten.	Gå igenom larmloggar, tagit upp varje patient på teamträffar där personal, sjuksköterska och rehab är med.	Personal upplever att det minskat på larmen och att "rätt" larm kommer fram. Ska följas upp under 2025 igen.	Gått igenom alla patienter i huset.
Diabetes	Öka kunskap hos alla medarbetare	Personal utan delegering hade inte genomgått utbildning om diabetes.	Risk för patienter med diabetes hälsa om inte all personal har kunskap om sjukdomen.	Visa film på APT och vikariemöten.	Under 2025 innan sommaren ta på vikariemöte.	All personal genomgick utbildningen.

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Fall	306	Teamträffar, Senior alert och tätare kontakt med Rehab.
Läkemedelsavvikelser	113	Har haft extra kontroller vid rapport om svinn av narkotika.
Klagomål	3	Vi har kontaktat och haft dialog med anhöriga och besvarat avvikelser.

Kristinagården

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Narkotika svinn	Inget svinn	Under januari tom augusti: 21 avvikelser på svinn av narkotika i tablettform.	Svinnet var hos några få patienter, de kunde på grund av hälsotillstånd inte redogöra för vem som varit där. Spårbarhet till att se vem/vilka som varit i läkemedelskåpen var inte möjlig på grund av att det var för många som hade åtkomst till skåpen.	Inskaffande av ett skåp där alla narkotikaklassade läkemedel samlades. Loggas när nyckel tas ut med e-tjänstekort. Enhetschef utser nyckelansvariga på varje pass. Upprättade en lokal rutin.	Loggkontroller på nyckelskåpet utförs varje vecka för att säkerställa att rutin följs. Har inte fattats läkemedel sedan mitten av september.	Gäller Säbo och ej korttidsboendet.
Brukarenkäten Synpunkt	Höja kunskapen hos patienterna om vart man vänder sig för att lämna synpunkter.	2024 resultat 59% 2023 resultat 44%	Patienterna upplevde inte att de visste var de skulle vända sig för synpunkter. Behov av ökad information fanns.	Pratat om det på boenderåd. Berättat om det i informationsbrev.	Fick ett bättre resultat än året innan. Fortsätter att göra patienterna upplysta om vart man kan vända sig för att lämna synpunkter.	Cirka 8 boenderåd

Fortsättning Kristinagården

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Lex Sara- suicid	1	Beställningen trycktes inte ut i sin helhet. Nu har utbildning/instruktioner givits för hur man skall göra för att få ut hela beställningen. Vi har tagit med psykisk ohälsa som punkt i våra teamträffar. Ny inskrivningsmall för sjuksköterskor som ny innehåller punkten psykisk hälsa.
Narkotika svinn= läkemedelsavvikelser	0 avvikelser september - December	Inget svinn av narkotika sedan införandet av Narkotikaskåp.
Lex Maria- NVP Vård i livets slut	1	Inträffade i november 2023, utredning klar 2024. Brister inom organisationen för sjuksköterskor gällande följsamhet till rutiner, kommunikation, kompetens och dokumentation. Vidtagna åtgärder revidering av rutin och implementering och utbildningssatsningar.
Fall	115	Lyfter fallavvikelser på teamträffar varannan vecka där sjuksköterska, rehab personal, omvårdnadspersonal och enhetschef deltar. Kartlägger och optimerar insatta fallpreventiva åtgärder.
Läkemedels avvikelser	101	Lyfter alltid läkemedelsavvikelser med berörd personal samt informerar sjuksköterska för kännedom.

Rosenlundsgården

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Basala hygienrutiner	Målsättning att upprätthålla resultatet på <80%	Resultat i oktober 2024 60% Resultat i mars 2024 100%	Försämrat resultat från mätning 2023 och mars 2024. Framkom att medarbetare inte gjort obligatoriska utbildningen	Ny kontrollmätning ska genomföras. Handlingsplan med åtgärder upprättats Signeringslista utlagd för genomförd utbildning	Nu endast två personer som ej utfört utbildning. Timanställda som arbetade regelbundet gjorde utbildningen.	Samtliga medarbetare.
Munhälsa	Höja medarbetarnas kompetens om munhälsa	Vid apoteksgranskning framkom att behov finns att utbilda personal i basal munhälsa för äldre personer.	Det har gått några år sedan det senast utbildning inom området	Besök av Flexident som utbildat personalen ca 1,5 timme i basal munvård.	Större förståelse och kunskap inom området för de flesta tillsvidareanställda	Ett tillfälle.
Hot oh våld	Behov av att optimera bemötande vid hotfulla situationer	Bristande kunskaper i hantering av hotfulla situationer.	Inom demensvården är det relativt vanligt med hot och våld.	Utbildat medarbetare inom området med VR-teknik och diskussion.	Ökad kunskap inom området	

Fortsättning Rosenlundsgården

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelse

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Lex Sarah - sexuellt övergrepp mellan två boende	1	Handlingsplan med åtgärder kopplade till ärendet är upprättad. Arbetat aktivt för att starkare implementera rutinen gällande social dokumentation genom samtal på APT och andra möten. Ny rutin ska tas fram gällande hur man ska agera i liknande situationer. Utbildningssatsning gällande våld i nära relation bolagsövergripande samt arbetar för att samtliga i personalen årligen gör den obligatoriska utbildningen <i>våld i nära relation</i> .
Fallavvikelse	46	Lyfter fallavvikelse på teamträffar där sjuksköterska, rehabpersonal, omvårdnadspersonal och enhetschef deltar. Kartlägger och optimerar insatta fallpreventiva åtgärder.
Läkemedelsavvikelse	11	Lyfter alltid läkemedelsavvikelse med berörd personal samt informerar sjuksköterska för kännedom.
Klagomål/ synpunkt från anhöriga	1	Anhörig som haft synpunkter på vården. Enhetschef har kallat till möte med anhöriga, kontaktperson, samordnare och rehabpersonal. Följt upp efter cirka en månad med gott resultat.

Ängsgården

Tabell till kap. 5 Agera för säker vård

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Munhälsa	Ökad kunskap	Flera av personalen hade inte gått utbildning om munhälsa.	Flera år sedan senaste utbildning.	Bokat in Flexident för utbildning	Återkommande varje år.	Flexident höll utbildning i april.
Inkontinenshjälpmedel	Den boende får rätt skydd. Öka personalens kompetens.	Många år sedan senaste utbildning.	Ökad kunskap och förståelse om inkontinens hjälpmedel behövdes. Patienten fick rätt skydd.	Tena kom till oss och informerade. Vägning av skydd under 48 timmar.	Återigen en uppföljning, viss ändring för boende gällande inkontinenshjälpmedel. På APT sprids kunskap mellan personalen.	Vägning i feb plus uppföljning en vecka senare. Mars uppföljning av Tena. Apt maj uppföljning igen.
Sjuksköterske expedition ej ändamålsenlig	Ny expedition	Vid apoteksgranskning framkom att expeditionen inte var ok.	Ssk satt trångt, delade medicin inne på kontoret	Riskbedömning för byte av rum. Kontakt med fastighetsägare.	Nytt kontor för sjuksköterskor och enskilt medicinrum klart 2024.	Byte av rum för sjuksköterskor och enhetschef/samordnare.

Fortsättning Ängsgården

Tabell till kap 8. Stärka analys, lärande och utveckling -Avvikelser

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar som haft effekt.
Fall	126	Tas upp på teamträffar, sker dock mest fall på korttidsboendet.
Läkemedel	88	Tas upp med sjuksköterskor även ibland på apt. Sjuksköterskor har sittande delegering med personal.
Klagomål och synpunkter	3	Kontakt med anhörig och besvarat avvikelser.