

Patientsäkerhetsberättelse för Riggargatan År 2024



Datum: 2025-01-29
Ansvarig för innehållet:
Marzenna Stwnatröm
Verksamhetschef Riggargatan

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.



2022 används "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.*

Riggargatan är ett äldreboende med 48 lägenheter fördelade på två våningar och fyra avdelningar. Verksamheten öppnade 2010 och huset är ljust och välplanerat med ett gemensamt kök och vardagsrum som naturlig samlingspunkt på varje avdelning. Den övre våningen har stora balkonger i anslutning till vardagsrummet medan nedre våningen har altaner ut mot innergården. På innergården finns en fin trädgård med buskar, blommor och träd samt anlagd asfalterad gångväg. Gemensamt i huset intill entrén finns ett gemensamt samlingsrum som kan användas till större arrangemang eller lånas för privata tillställningar. Verksamheten har även ett eget tillagningskök som inte har varit i bruk men startades igen i oktober månad 2023. Verksamheten är belägen i den växande stadsdelen Brandholmen strax utanför centrala Nyköping med närhet till promenadstråk längs vatten och natursköna områden. Det finns även goda busskommunikationer till centrum i nära anslutning till äldreboendet.

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet.....	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Egen kontroll	12
Riggargatans resultatredovisningar	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	17
Riskhantering.....	17
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22

SAMMANFATTNING

Kvalitetsledningssystemet är grunden för kvalitetsutveckling och medför att verksamheten systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra kvaliteten. Kvalitetsledningssystemet kombinerat med företagets egna årshjul ligger till grund för att systematisera uppföljningar och tillgängliggöra rutiner och riktlinjer för så väl ledning som medarbetare.

Under 2024 har verksamheten arbetat med att förbättra följsamheten till årshjulet och implementera egenkontrollerna, framför allt i Hälso- och sjukvårdsgruppen. I början av oktober började ny verksamhetschef. Verksamhetsutveckling har präglat arbetet på Riggargatan under årets sista kvartal med omfattande insatser gällande organisering av arbetsplanering, kompetensutveckling, implementering av tydliga rutiner samt egenkontroller för samtliga professioner. Under 2024 har verksamheten haft en omsättning på sjuksköterskor som gjorde att HSL arbetet upplevdes att vara tufft. För att öka patientsäkerheten kommer verksamheten under nästkommande år fortsätta utveckla arbetet kring kontaktmannaskap, rutiner kring palliativ vård, riskbedömningar, hälsoplaner, BPSD, hygien och lyftteknik.

Vårt övergripande mål är en trygg och säker vård, med hög kvalitet där boenden känner trygghet och delaktighet. Vi på Riggargatan vill främja en öppen kommunikation både med våra boende och deras anhöriga. Alla boende har genom ankomstsamtal vid inflytt samt löpande under vistelsen möjlighet att påverka sin vardag. Tanken är att de ska känna att vi lyssnar och bryr oss. Riggargatan har som ambition att skapa en positiv miljö och omsorg för människor i behov av särskilt boende. Under februari 2025 planerar vi att starta ett övergripande boenderåd med syftet att få våra boende, anhöriga, personal vara delaktiga i verksamhetens utvecklingsfrågor.

Vi har ett kvalitetssystem för att säkerställa avvikelshanteringen och förenkla uppföljningsprocessen. Vårt kvalitetsarbete struktureras efter årshjul framtagna av företaget som vi arbetar efter. Avvikelse, synpunkter och klagomål är en viktig källa för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Händelser och tillbud av allvarig karaktär utreds med stöd av kvalitetsutvecklare och företagets MAS och MAR. Lokala rutiner upprättas fortlöpande och förankras hos medarbetarna, dels genom arbetsplatsträffar, avdelningsmöten, kvalitetsråden och ledningsmöten. Detta resulterar i sin tur till snabba åtgärdsåtgärder.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Riggargatans förebyggande patientsäkerhetsarbete bygger på ett kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys och återkoppling. Vi arbetar utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, agera för säker vård. Syftet med arbetet är att skapa en helhetsbild för patientsäkerhetsområdet samt en struktur för patientsäkerhetsarbetet.

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 §

Forenade Care planerar och skapar strukturen för patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada". Forenade Care ger direktiv och säkerställer att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt, med mål, organisation, rutiner och arbetssätt för att säkerställa kvaliteten i vård och omsorgsprocesser.

Övergripande för verksamhetens mål är att bedriva hälso- och sjukvård som kännetecknas av god kvalitet och hög patientsäkerhet. Vården ska utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och ges på lika villkor. Forenade Care vill säkra kvaliteten och skapa ett systematiskt och likvärdigt arbete. Riggargatan strävar mot god kvalitet och hög patientsäkerhet genom en god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen arbetar för att förbättra och upprätthålla en hållbar verksamhet.

Patientsäkerhetsarbetet på Riggargatan kännetecknas av en kultur där vi arbetar aktivt med riskanalyser på övergripande nivå, för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet. Medarbetare uppmanas att skriva avvikelser vid brister och felaktigheter i verksamheten, så att förbättringsområden identifieras och brister kan åtgärdas. Detta utvärderas varje månad på kvalitetsrådsmöte. Riggargatans personal är bra på rapportera avvikelser och vi arbetar dagligen med att förbättra patientsäkerheten.

Tabell 1. Översikt mål

Övergripande mål	Mål Riggargatan (beskrivning)	Måloppfyllelse	Uppföljning/åtgärder
Trygg och säker vård	Alla genomförandeplaner ska revideras minst var sjätte månad eller vid behov.	Delvis. En del problem med att logga in med SITHS kort. Under januari 2025 upptäckte verksamhetsansvarig att alla genomförandeplaner var	Journalgranskning Uppföljning på arbetsplatsträffar Under 2025 kommer vi att

		inte uppföljda i tid och att det fanns icke upprättade genomförandeplaner.	fokusera på dokumentation
	Alla boende ska ha minst en veckoanteckning i social dokumentation.	Delvis. En del problem med att logga in med SITHS kort.	Checklista vid nyanställning och utbildning både för ordinarie och vikarie personal.
	Boende och boendesanhöriga ska känna till blanketten "Synpunkter och Klagomål" .	En brevlåda med blanketter sattes upp vid huvudentré, där alla på ett enkelt sätt kan lämna synpunkter och klagomål.	Information till anhöriga (anhörigträff 2ggr/år) Boenderåd APT Informationsbrev till anhöriga
	Samanställning av alla avvikelser, synpunkter och klagomål inför kvalitetsrådet och APT.	Målet är delvis uppnått då vi inte har haft alla kvalitetsråd under året r/t att vi inte har haft ordinarie sjuksköterska på plats.	Inför varje kvalitetsmöte (minst 10 ggr/år) sammanställs och tas upp alla avvikelser, synpunkter och klagomål som har inkommit under en månad. Vidare tas upp diskussion på APT.
	All personal ska ha kunskap om rapporteringsskyldighet kring händelser, vårdskador.	Målet är uppnått. Alla anställda har skrivit på kännedom om Lex Sarah och Lex Maria. Under 2024 har vi diskuterat Lex Sarah och Lex Maria på arbetsplatsträff i oktober 2024.	APT Kvalitetsråd.
	Alla boende där man finner en risk ska ha en hälsoplan upprättad med mål och åtgärder.	Sjuksköterska fångar upp information vid inflytt genom rapport och ankomstsamtal. Utifrån de uppgifterna och egen bedömning upprättas en hälsoplan med mål och åtgärder.	Sjuksköterskemöte. Journalgranskning.
	Alla boende ska registreras i kvalitetsregister. (Senior Alert, Palliativ registret).	Målet att registrera alla boende i Senior Allert och palliativ register är inte uppfyllt till 100 % Åtgärdsarbete: uppdaterad lokalrutin och checklista för sjuksköterskor.	Ledningsmöte Sjuksköterskemöte.
	Alla boende som befinner sig i livets slut ska vårdas enligt nationella riktlinjer.	Arbete kring palliativ vård har förbättrats genom att varje avdelning har fått ett palliativombud. Under 2025 kommer vi fortsätta med detta arbete. En pärm för varje avdelning kommer upprättas.	Palliativombudsmöte 3ggr/år

	God kommunikation och väl fungerande teamarbete.	Detta sker dagligen och vi har jobbat bra att uppnå målet under 2024 men ett förbättringsarbete kvarstår.	Hälsökonferanser/teammöten , daglig rapport mellan omvårdnadspersonal och sjuksköterskor. Omvårdnadspersonal informeras via journal i Procapita.
Rätt bemanning	Vid nyanställning prioriteras utbildad undersköterska med goda kunskaper i svenska språket i tal och skrift.	Det finns inte alltid utbildad undersköterska tillgänglig speciellt under sommartid.	Genomgång vid årets slut.

Organisation och ansvar

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

Verksamhetschef (VC) har enligt (4 kap. 2§ hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) samt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. Verksamhetschef har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller ställda krav om god och säker vård. Verksamhetschef ansvarar även för att legitimerad personal har rätt kompetens. Verksamhetschef Veselin Ramovic arbetade fram till sommaren 2024. Fån och med den 7 oktober 2024 tillträdde Marzena Stenström som ny verksamhetschef.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal följer kontinuerligt upp sitt arbete. Legitimerad personal ansvarar för att utföra riskbedömningar för enskilda vårdtagare samt arbeta riskförebyggande utifrån respektive kompetensområden. De ansvarar också för att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i enlighet med rådande lagstiftning och att fortlöpande bidra till utvärdering av måloppfyllelse inom verksamheten.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt. Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen tillsammans med företagets värdegrund och vision ligger till grund för bemötande och förhållningsätt. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter kopplade till hälso- och sjukvårdsinsatser, fullbordas enligt instruktion och fastställda krav samt rutiner. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser lever upp till kraven om god och säker vård. Ansvarsområdet regleras utifrån gällande avtal och utförs genom samverkan med Nyköpings kommun. MAS, MAR och kvalitetsutvecklare anställda inom Forenade Care har ett övergripande utredningsansvar inom företaget.

Verkställande direktör (VD) har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Forenade Care har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Regionchef (RC) ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Regionchefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Regionchefen ansvarar för att

vid behov vidta kvalitets, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

Paramedicinsk personal (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut), som är anställda av Nyköpings Kommun, ansvarar för rehabilitering, bibehållande av funktioner samt kompensation för nedsatta funktioner i form av utprovning av hjälpmedel. Paramedicinsk personal ansvarar även för att rapportera avvikelser och följa upp avvikelser utifrån sina respektive professioner.

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Verksamheten samarbetar med Vårdcentralen Ekensberg där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att undvika vårdskador arbetar Riggargatan aktivt med riskanalyser på övergripande nivå för kända och återkommande risker som förekommer inom verksamhetsområdet.

Avvikelser rapporteras och följs främst upp inom den egna verksamheten men allvarligare händelser eller risker utreds med stöd av kvalitetsutvecklare vilket syftar till kunskapsöverföring inom hela företaget.

Andra interna forum, där patientsäkerhet behandlas är kvalitetsråd som hölls varje månad, där omvårdnadspersonal, sjuksköterska och verksamhetschef deltar. Arbetsplatsträffar är schemalagda och hölls en gång i månad.

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer. Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av en fastställd rond en dag per vecka samt ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation.

Riggargatan har patientansvarig läkare från Ekensbergs vårdcentral. Kontakten med läkare sker genom rond varje vecka samt telefonkonsultationer dagtid helgfria vardagar. Under rond sker hembesök, läkemedelsgenomgångar aktuella insatser samt genomgång av boendes mående. Regelbunden samverkan finns mellan verksamheten och ansvarig verksamhetschef på Ekensbergs Vårdcentral.

Samverkan för att förebygga vårdskador regleras utifrån upprättade samverkansöverenskommelser:

-  Ramavtal vårdhygien
-  Ekensbergs vårdcentral
-  Riktlinjer Nyköpings kommun
-  Samverkan Oral Care och Folktandvården tandvårdintyg, tandvård, munhälsa
-  Vaccination
-  Prator – för dialog med Region och kommun vid in och utskrivning
-  SIP – vid behov för trygg och säker hemgång och överrapportering
-  SKILS - för adekvat överrapportering och samarbete med Region.

- + Samverkan fotvårdsspecialist
- + Webb utbildningar för personal inom hygien, läkemedel och palliativ vård.
- + Förflyttningsteknik
- + Hälsokonferenser

Forenade Care har i Nyköping 5 sjuksköterskor i tjänst varje dag och helger.
Från 1 oktober 2023 bemannar vi även jourtid med våra egna joursköterskor.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhet innebär att aktivt arbeta för att information finns tillgänglig när det behövs och att den är korrekt samt att obehöriga inte får åtkomst. Arbetet syftar till att minimera oönskade konsekvenser kopplat till hanteringen av bland annat känsliga personuppgifter som förekommer i journaldokumentation.

På Riggargatan jobbar vi med flera digitala systemstöd. För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av VC och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas. Tillverkning och utlämning av SITHS kort sker via Nyköpingskommun.

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy och rutiner för egenkontroller, loggning angående dataintrång i journalsystem samt inhämtande av patientens samtycke till informationsöverföring, eventuell sekretess och kvalitetsregister. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden såsom hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Denna gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm).

Blankett för tystnadsplikt har skrivits under av all personal. Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT. Loggningskontroller av dokumentation i Procapita görs kontinuerligt av VC, den innefattar både hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal. Loggkontroller har under året genomförts och inga avvikelser har identifierats inom verksamheten.

En god säkerhetskultur

En viktig förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Tanken är att all personal tillsammans ska verka för att bedriva en säker vård. Genom att jobba med säkerhet och riskhantering som en del i det dagliga arbetet kan vi nå målet. Med detta menas att vi har täta avstämningar mellan samtliga yrkesgrupper. All personal uppmanas att aktivt arbeta med att identifiera och synliggöra risker, för att i sin tur kunna



förhindra att avvikelser sker. Alla medarbetare är medvetna och har kunskap om hur rapporteras risker och eventuella händelser så fort dessa upptäcks.

Vi har lokala kvalitetsråd som skall sammanträda varje månad. Kvalitetsrådet leds av VC och omfattar representanter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal. Kvalitetsrådet är ett forum där i gruppen hanteras och bearbetas rapporterade händelser och tillbud samt arbete med åtgärder. Vi börjar alltid kvalitetsrådet med att lyfta positiva händelser. Personalen uppmanas också att ge varandra feedback och att lyfta goda exempel och dela fungerande arbetssätt med varandra.

Återkoppling sker även till samtliga medarbetare på till exempel arbetsplatsträffar. Vi har en stor kvalitetsuppföljning som sker en gång per år då kommer en kvalitets utvecklare från företaget och följer upp vår verksamhet. Utifrån resultatet av uppföljningen jobbar vi vidare med utveckling.

Adekvat kunskap och kompetens

En annan grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.



Riggargatan arbetar aktivt för att upprätthålla kompetensförsörjning och effektivisera arbetssätt för att få rätt kompetens vid rätt tillfälle. När ny omvårdnadspersonal anställs prioriterar vi undersköterskor i första hand. Vid ny anställning av en medarbetare används en checklista för introduktion för att säkerställa att alla verksamhetens processer och system går igenom. Varje introduktion anpassas utifrån individuella behov. Vid nyanställning och vid delegering ska alla medarbetare utföra webbutbildningar (Basala hygienrutiner, Palliation ABC, Jobba säkert med läkemedel) och lämna diplom till omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Vi har en utsedd samordnare vilken fungerar som chefsstöd vid schemaplanering samt löpande bemanning. I syfte att stärka förutsättningarna för kontinuitet är målsättningen att tillsätta längre vikariat vid planerad frånvaro eller långtidssjukskrivningar.

Patienten som medskapare

Boendes/patientens och närståendes delaktighet är viktig för att skapa förutsättningar till en god och säker vård. Patienten och närstående erbjuds därför möjlighet att medverka i samband med upprättande av vårdplaner, genomförandeplan samt att utforma hur åtgärder utförs på bästa sätt för den enskilda individen.



Grunden till detta arbete inleds direkt i samband med inflyttning. Innan flytt till verksamheten ska boende och/eller närstående få en folder där verksamheten beskrivs tydligt. Boendes bostadsbeslut skrivs ut till omvårdnadspersonal och den lägenhet som personen ska bo i riskbedöms genom okulär besiktning.

Kort efter inflyttning, enligt rutin inom 7 dagar, erbjuds ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med den boende, eventuella närstående, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Ibland närvarar även verksamhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för patienten och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad. Vi tar upp vikten av att fylla i foldern 'det här är jag' som ger en tydlig bild av levnadsberättelsen och ett gott underlag för genomförandeplanen.

Det är varje kontaktpersons ansvar att starta upp en genomförandeplan i anslutning till inflyttning i verksamheten. Det ska alltid framgå om den boende har varit delaktig i upprättandet eller inte. Om boende inte varit det ska skäl framgå, exempelvis kognitiv nedsättning som följd av demens eller liknande. Anhöriga ska, om den boende ger samtycke, delges innehållet i genomförandeplanen.

En viktig del av genomförandeplanen, förutom delaktighet, är hur den boende önskar bli bemött. Detta gör att all omvårdnadspersonal kan säkerställa bemötande utifrån önskemål. Detta är av särskild vikt när boende har svårigheter att uttrycka sig verbalt.

Tätt efter inflyttning planeras och utförs ett inskrivningssamtal med PAL och OAS, här bjuds även anhörig in om boende och önskar. Sjuksköterska kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om det är överenskommet).

Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete. Blankett för det finns lättillgängligt i entrén för boende och närstående samt digitalt.

Vi har även haft boenderåd (2 ggr/år) där boende har möjlighet att framföra förslag, frågor, synpunkter och klagomål gällande maten, aktiviteter eller boendemiljön.

I december 2024 hade vi även anhörigträff där ny verksamhetschef och ny sjuksköterska presenterade sig och besvarade en del frågor.

Utifrån resultat av Socialstyrelsens årliga boendeenkät (2024) har vi upprättat en handlingsplan med åtgärder som vi fortsätter jobba med. Både resultat och handlingsplanen har tagits upp på en av våra APT. Under 2025 kommer vi fokusera på att förbättra bland annat utemiljö, utevistelse och aktiviteter.

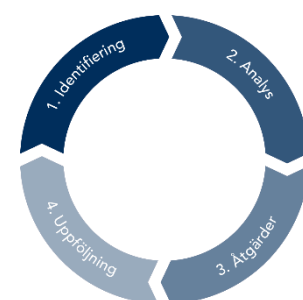
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Riggargatan tillämpar generella egenkontroller i samband med företagets interna löpande kvalitetsuppföljningar. Frekvensen och omfattning för detta visualiseras genom företagets årshjul. Företagets MAS och MAR utförde egenkontrollen i september 2024. Resultat återkopplade man till verksamhetschefen. Riggargatans ledningsgrupp tog fram en åtgärdsplan.

Egenkontroll

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



Tabell. Översikt för övergripande egenkontroller

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	Löpande	Avvikelsehanteringssystem
Klagomål och synpunkter	Löpande	Avvikelsehanteringssystem Verksamhetsstöd
Rapportering i kvalitetsregister	Löpande	SeniorAlert Palliativa registret
Kontroll av narkotikaklassade läkemedel	1 gång per månad	Narkotika journaler och följesedlar
Läkemedelsgenomgång	Löpande	Journalgranskning
Vårdrelaterade infektioner	månadsvis	PPM-databasen/ Protokoll
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	6 gånger per år 2 gånger år	Protokoll PPM
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Inkontinens ombudsmöte	3 gånger per år	Protokoll
Dokumentations ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Palliativa ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Kost ombudsmöten	3 gånger per år	Protokoll
Trycksår	2 gånger per år	SeniorAlert/PPM
Nattfastemätning	2 gånger per år	Protokoll
Kvalitetsråd	1 gång per månad	Protokoll
Kontroll medicintekniska produkter	1 gång per år	Protokoll
Journalgranskning	1 gång per år	Protokoll

Nedan presenteras Riggargatans resultatredovisningar:

Egenkontroll	Mål	Resultat	Källa	Analys/lärande
Avvikelser	Genomgång minst 10ggr/år Kvalitetsråd	Sammanställts inför varje kvalitetsråd/APT. Hanterats enligt avvikelsehanteringssystem.	Protokoll Kvalitetsråd, APT.	Genom att analysera och diskutera alla avvikelser i arbetsgruppen förebygger vi liknande fall i framtiden.
Klagomål och synpunkter	Hantera alla klagomål och synpunkter enligt våra rutiner.	Alla inkomna synpunkter och klagomål har hanterats enl. rutiner.	Boenderåd, Vårdplaneringar där boendesanhöriga har deltagit, personliga möten. Anhörigträffar. Telefonsamtal.	Analys och diskussion i olika forum har i vissa fall lett till förändring och uppdatering av lokala rutiner.

Rapportering i kvalitetsregister	Att registrera/följa upp alla boende i respektive kvalitetsregister (SeniorAllert, palliativ register, bpsd)	Resultatet har visat att vi inte har uppnått målet till 100% Alla boende har inte blivit registrerade. Detta dels beror på den stora ssk omsättningen verksamheten hade under 2024.	Sjuksköterska Möte en gång per månad.	Daglig dialog med ssk och täta kontroller att registreringen sker.
Kontroll av narkotika klassade läkemedel	12 ggr/år	Granskning av narkotikajournal och läkemedel har varit utan anmärkning	Kontroll och genomgång av narkotikajournal enl. rutiner	Utan anmärkning
Läkemedelsgenomgång	Vid inflytt, minst 1gg/år och vid behov.	Utförda läkemedelsgenomgångar enligt rutiner i samverkan med läkare	Läkarrond	Uppdaterad lokalrutin vid läkemedelsändringar.
Läkemedelshantering/avvikelser	Minst 10ggr/år Kvalitetsråd.	Alla läkemedelsavvikelse tas upp direkt med berörd personal av sjuksköterska/VC och följs upp på kvalitetsråd.	Protokoll kvalitetsråd	Kontinuerlig uppföljning av signerings listor. Genomgång på kvalitetsråd.
Vårdrelaterade infektioner	Ingen vårdrelaterad infektion	Ingen vårdrelaterad infektion registrerad	protokoll	Frågan diskuterats på en av våra APT om vikten att förhindra uppkomst och eventuellt smittspridning av vårdrelaterade infektioner.
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	2 ggr/år	Resultaten visar att majoriteten följer hygienrutiner och klädregler.	Självskattning. Hygienombudsobservationer (checklista)	Hygienombud på varje våningsplan ska utsprida kunskap om basala hygienrutiner och vårdhygien till sina kollegor. Tillsammans med sjuksköterska ska hygienombud utbilda nya anställda och utföra hygienobservationer minst 2 gånger per år
Hygienronder	2ggr/år	anmärkningar åtgärdades omgående	protokoll	Personalen gör webbutbildningar i basala hygienrutiner årligen och vid ny anställning.
Trycksår	2ggr/år	4 trycksår under 20024	Dokumentation Protokoll kvalitetsråd Hälsokonferenser, Riskbedömningar	Omvårdnadspersonal tillsammans med rehab personal och sjuksköterskor har ett ständigt förebyggande arbete att identifiera och snabbt sätta i gång åtgärder.
Nattfastemätning	2ggr/år	Delvis uppfyllt mål då vi gjorde nattfastemätning 1gg/år	Protokoll.	Resultatet har tagits upp på APT om vikten att vi ska jobba aktivt för att förkorta nattfastan hos våra boende. Dagplanering.

Fallrisk	Vid inflytt, 2ggr/år och efter behov.	Uppfylld.	Protokoll.	Hälsokonferenser, Kvalitetsråd.
Kontroll medicinsktekniska produkter	1 gg/år	Utfört. Inga anmärkningar.	Enligt rutiner	
Läkemedelsgranskning	1 gg/år	Utfört med apotekare.	Rapport från apoteksgranskning.	Rutin för läkemedelshantering lämnats ut till alla avdelningar Verksamheten reviderade lokal instruktion vem som får ta emot läkemedelsleveranser och var dessa ska placeras
Journalgranskning	1gg/år	Utfört.	Journalgranskningsmal	Dokumentationen lever upp till de lagkrav som finns men det finns även brister som behöver åtgärdas. Handlingsplan upprättad. Utbildning till ssk planeras 2025. Kollegialt lärande/granskning.
Delegering	1 gg/år och nya anställda.	Att ge delegering till all personal utifrån personlig lämplighet, erfarenhet och utbildningsnivå.	Enligt rutiner för delegering.	Delegeringsprocessen/ rutiner är en punkt i checklista för nyanställda sjuksköterskor. Alla delegeringar ska göras om efter att föregående sjuksköterskor har avslutat sin tjänst.

Resultat

Rapportering i kvalitetsregister

Vårdtagare med inhämtat samtycke registreras i Senior alert. Föregående år 2024 utfördes riskbedömningar på 16 personer av 48 boende. Det låga antalet registreringar beror på verksamhetens svårigheter med att ha ordinarie sjuksköterskor på plats. Under hösten var verksamhet tvungen att anlita bemanningsföretag. Från och med 17 februari 2025 kommer vi ha två ordinarie sjuksköterskor på plats. Detta förhoppningsvis ger verksamheten förutsättningar för högre antal registreringar.

Under år 2024 registrerade vi alla avlidna vårdtagare i palliativa registret.

Analys

Antalet utförda riskbedömningar i senior Alert har minskat under år 2024. Under hösten 2024 började 2 nya sjuksköterskor, en slutade efter två månader vilket påverkade riskbedömningarna. Ett omtag kommer att göras under våren 2025.

Kontroll av narkotikaklassade läkemedel

Kontroll av narkotikaklassade läkemedel kontrolleras en gång per månad. Kontroller har utförts enligt rutin. Under verksamhetsåret 2024 framkom inget narkotikasvinn.

Läkemedelshantering

Egenkontroll av läkemedelshantering gällande generella direktiv och lokal rutin för läkemedelshantering ses över en gång per år. Anvisningar och signeringssystem för städ, temperatorkontroll i kylskåp där läkemedel förvaras samt kontroll av datum på samtliga läkemedel utförs enligt rutin 1 gång per månad.

Vårdrelaterade infektioner

Egenkontroll utförs varje månad och rapporteras in till MAS. Under 2024 är det Covid-infektioner och UVI som varit mest förekommande på Riggargatan. Under 2024 är det enbart antal vårdtagare som varit kateterbärare.

Nattfastemätning

Nattfastemätning utförs två gånger per år. Nattfastemätning är genomförd en gång och resultat visar att vissa boende har en längre nattfasta än 11 timmar. Åtgärder är vidtagna genom upprättande av hälsoplaner och vi arbetar aktivt med att erbjuda boende mellanmål nattetid, samt tidiga morgnar. Vikten av att bryta nattfastan har diskuterats i samband med APT.

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 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klargöra händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Beslut om fördjupad utredning med bedömning om vårdskada sker i samverkan med företagets KU, MAS eller MAR.

Under 2024 hade vi en misstanke om Lex Maria utredning som handlade om en patient med trycksår. Utredningen påvisade att verksamheten brister i att läsa dokumentation, följa ordinationer, upprätta riskbedömningar och att vårdskadan uppstått på grund av felaktig hantering av hjälpmedel. Åtgärder blev utbildning som rehabpersonal genomförde i november 2024 och uppföljning av dokumentation. Vi fortsätter med uppföljning av dokumentation under 2025.



Ansvarsfördelning för bearbetning av avvikelser som berör hälso-och sjukvård.

Allvarlighetsgrad, definition	Omvårdnad	Läkemedel	Fall	Klagomål och synpunkter
1 Mindre	VC/ HSL-	VC/HSL-ansvarig	VC/MAR-ansvarig	VC

obehag eller obetydlig skada	ansvarig (Leg. SSK)	(Leg. SSK)	(Leg. AT/FT)	
2 Måttlig Övergående funktionsnedsättning	VC/ HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/HSL-ansvarig (Leg. SSK)	VC/MAR-ansvarig (Leg. AT/FT)	VC
3 Betydande Bestående, måttlig funktionsnedsättning	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR
4 Katastrof Dödsfall/självmod, bestående stor funktionsnedsättning	KU, MAS /MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR	KU, MAS/MAR

Tillförlitliga och säkra system och processer

För att säkra kvalitet och tydliggöra förekommande processer och arbetssätt inom verksamheten har samtliga medarbetare tillgång till ett gemensamt Intranät. Där presenteras nationella och företagsgemensamma riktlinjer, som sedan anpassas till lokala rutiner på Riggargatan.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Under slutet av 2024 identifierades att rutinen för nyintroduktion behövde revideras och implementeras på nytt i verksamheten. Det är vid introduktion medarbetaren får information om basala hygienrutiner, klädregler, regler och policys i företaget samt aktuella områden inom HSL. För att hålla relevanta områden levande diskuteras dessa även på arbetsplatsträffar.

Systematisk översikt av arbetsprocesser gällande rutiner

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
Informationssäkerhet	Dokumentation och överföring av personuppgifter	Prator – övergångar mellan vårdgivare Pascal – ordinationer från PAL och andra förskrivare Sekretess – genomgång årligen Säker inloggning i system – e-tjänstekort; SITHS Journalgranskning årligen Loggkontroller enligt avtal med uppdragsgivare samt vid misstankar om lagöverträdelser Arbeta i enlighet med GDPR Inhämtande av samtycke nationell patientöversikt samt

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
		informationsöverföring till ev anhöriga
Läkemedelssäkerhet	Narkotikahantering BASFörråd generella läkemedel Genomgång av läkemedel för individ Vaccinationer Medicinska behandlingar	Årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar för de med över 10 läkemedel Alla boende ska få sina läkemedel översedda minst en gång per år Vaccinationer i samråd med PAL och ex smittskydd, FHM, etc Ronder – varje vecka ordinationer från PAL och andra förskrivare i Pascal Månatlig kontroll av narkotikaklassade läkemedel Tydlighet i gällande signeringslistor – genomgång varje månadsskifte Beställningslistor sparas för spårbarhet av narkotikaklassade läkemedel Vid kassation av narkotikaklassade läkemedel sker avstämning av antal av två personer, antingen båda OAS eller OAS och VC.
Brandsäkerhet	Riskundersökning Brandskyddsronder Utbildning för all personal inom brandsäkerhet planeras att genomföra under hösten 2025	Månatliga kontroller av alla allmänna utrymmen Kvartalskontroller av brandrisker i boendelägenheter Årliga kontroller Samarbete med kommunen och Sörmlandskustens Räddningstjänst för utbildningar
Arbets- och boendemiljö	Skydds rond Skyddskommittéer Undersökningar av arbetsmiljö i boendelägenheter Tydliga rutiner för städ- och renhållning av allmänna utrymmen samt boendelägenheter	Lokalanpassad rutin med medföljande signeringslistor städ Tydliga och uppdaterade lokala rutiner
Transportsäkerhet	SKILS – bedömning inför ev vidare vård inom slutenvården Rätt vårdnivå och rätt transport för ev behandling inom slutenvården Beslut om färdtjänst efter behov	Rutin för när SKILS ska användas för tolkningshjälp av vitalparametrar. Säkerställer att rätt vårdnivå appliceras Rekvirering av ambulans, akut eller icke akut Trygga färdtjänstresor baserade på individuell bedömning av behov (ex rullstol, medföljare etc)
Smittskyddslagen och tillhörande riktlinjer	Kunskap om verksamhetens riktlinjer och rutiner vid smitta	Intranät Närvarande chef Jourhavande verksamhetschef Arbetsplatsträffar Tät kommunikation med

Område	Arbetsprocess	Gällande rutin för verksamheten
		arbetsledande sjuksköterskor
Tryggad kompetens hos all personal	Webbutbildningar Delegeringsutbildning Utbildningar av externa aktörer inom inkontinenshjälpmedel Utbildning munvård och munhälsa (enligt ROAG) Förflyttningstekniker och belastningsergonomi	Oral Care – webbaserad utbildning Demenscentrum Kommunrehab samt intern MAR SKILS Arbetsledande sjuksköterskor

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

Verksamhetschef ansvarar för att riskanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten. Vi har en tydlig rutin för hur verksamheten ska arbeta med att analysera risker. Från och med januari 2025 kommer alla analyser rapporteras i Sekoia.



Riskanalys är en del av det systematiska förbättringsarbetet och en av metoderna för att skapa och bibehålla patientsäker vård. Ett led i att förebygga vårdskador på Riggargatan är att systematiskt genomföra regelbundna riskbedömningar och utredningar av vårdtagares allmänna mående, risk för fall, risk för trycksår, risk för undernäring, risk för ohälsa i munnen på samtliga patienter årligen, vid inflyttning och vid behov såsom efter sjukhusvistelse eller vid förändrat allmäntillstånd. Riskbedömningarna utförs av sjuksköterskor och rehab-personal. Utifrån riskbedömningarnas resultat skapas hälsoplaner innehållande planerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Samtliga vårdtagare på Riggargatan erhåller läkarutförd läkemedelsgenomgång en gång per år i samband med årligt läkarbesök. Inför läkemedelsgenomgång går sjuksköterskan igenom symtomenkät för läkemedelsanvändning tillsammans med vårdtagaren och/eller omvårdnadspersonal som känner vårdtagaren väl.

Forenade Cares ledningssystem innehåller även verktyg för riskbedömningar gällande

- Smitta och smittspridning
- Följsamhet gällande basala hygienrutiner

Vi har haft som målsättning att samtlig personal ska dokumentera och alla boende ska få sina genomförandeplaner upprättade kort efter inflyttning samt kontinuerligt minst var sjätte månad eller oftare vid behov. Detta är något vi diskuterat flitigt på APT och en ny rutin är framtagen där man i direkt anslutning till inflyttning skapar en genomförandeplan för att sedan arbeta i den under de första två veckorna. Målsättningen är att genomförandeplanen ska vara ett mer levande dokument där förändringar i hälsa skrivs in direkt. Vi kommer att fortsätta arbetet med dokumentation under 2025. Arbeta med riskanalyser och tillhörande åtgärdsplaner är en ständigt pågående process i verksamheten och sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete.

Riskbedömning för fall, undernäring, trycksår och mun ohälsa görs av OAS vid inflyttning till verksamheten. Vid inflyttning, var sjätte månad eller vid förändringar i hälsotillstånd som medför en förändring i personens hjälpbehov görs en riskbedömning i den boendes lägenhet, både med risker för fall för den boende och risker i personals arbetsmiljö. Här används en mall för att identifiera brister och risker, därefter skapas en plan för åtgärder. Risker för fall och trycksår tas kontinuerligt upp med rehab och vård- och åtgärdsplaner skapas för att minska risker. Här finns ett ständigt pågående kvalitetsarbete.

Personalgruppen uppmanas att uppmärksamma risker eller brister i verksamheten. Riskanalys görs vanligen dagligen vid rapporteringsmöte med samtlig personal som är i tjänst. Bakomliggande orsaker identifieras och förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken eller bristen tas fram. Efter att risker har påvisats i verksamheten har de analyserats och diskuterats på rapporteringsmöten, kvalitetsråd och arbetsplatsträffar. Förbättringsförslag och planer har beslutats och dokumenterats i respektive mötesprotokoll.

Under 2024 har det identifierats risker gällande kompetensförsörjning. Under sommarperioden har vi svårighet i att hitta utbildade vikarier. Som än följd av detta får ordinarie omvårdnadspersonal en högre arbetsbörda då flertal vikarier inte har den kompetens som normalt finns på avdelningarna. Vi har uppmärksammats att vi har personal som inte läser dokumentation varje dag. Utbildning i dokumentation och risker planeras att genomföra vid tre tillfällen under våren 2025.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Inom ramen för vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har vårdgivaren ansvar för att informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).



Informationen om detta ges i samband med att en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande. Informationsskyldigheten följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

Genom avvikelserapporteringen identifieras risker i verksamheten. Alla rapporter sammanställs och redovisas i företagets systemstöd för verksamhetsplanering och uppföljning. Verksamheten har kontinuerligt arbetat med avvikelser som upprättats i verksamheten.

Avvikelser upprättat inom verksamheten	Avvikelser över lämnad från annan vårdgivare	Antal utredningar med bedömning om vårdskada	Antal anmälningar om Lex-Maria till inspektionen för vård och omsorg
134	0	0	0

Allmän omvårdnad HSL	16
Brister i kommunikation	3
Dokumentation	2
Fall HSL	28
Fördröjd insats	3
Läkemedel	69
Specifik omv/rehab HSL	10
Utebliven insats	3

Jämförelse med tidigare år

Avvikelser	2022	2023	2024	
Hjälpmedel	0	0	10	
Omvårdnad/tillsyn	-	5	16	
Läkemedel	69	115	69	
Fall	71	61	28	
Dokumentation/information	0	0	2	
Övrigt (brister i kommunikation, fördröjd insats, utebliven insats)			9	
Antal	140	181	134	

Upprättade avvikelserapporter hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månad. Riskbedömningen avgör om händelsen kräver ytterligare utredning och analys. En viktig del i analysprocessen är att identifiera bakomliggande orsaker samt föreslå åtgärder för att minska risken för återupprepande. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

Antal avvikelser har minskat från 181 till 134. Vi observerar minskning av läkemedelsavvikelser och fallavvikelser. När det gäller fallavvikelse så tror vi att vi hade flera boende som föll många gånger i månaden. Minskning av läkemedelsavvikelser kan bero på dubbelkollistan som hjälper oss och försäkrar oss om att våra boende har fått läkemedel. Däremot ökar avvikelser på omvårdnad och tillsyner. Under 2024 hade vi flera avvikelser på vårt larm och vi har undersökt om larmen fungerar tillfredsställande. Verksamhetschefen har veckovis följt upp larmloggningen. Vi har diskuterat larmhjälpinsats med både dag och

nattpersonal och medvetandegjort vikten med att besvara alla larm. Under 2024 hade vi 3 stölder som utreds som misstanke om Lex Sarah. Två avvikelser inkom från lasarettet. Båda utreddes och återkopplades till lasarettet.

Klagomål och synpunkter

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

Vårdtagare och närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten.

Klagomål kan även komma via patientnämnden, annan huvudman eller via inspektionen för vård och omsorg. Klagomål ses som konstruktiv feedback till verksamheten där det ges tillfälle till förbättring. Inkomna klagomål tas emot och analyseras av verksamhetschef.

Skyndsamt sätts åtgärder in och återkoppling sker till berörda parter som framfört klagomålet. Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar. Under 2024 inkom 5 klagomål till verksamheten. 3 klagomål handlade om icke tillfredsställande städrutiner. Åtgärden för klagomålen blev att verksamheten anställde en lokalvårdare som städar alla lägenheter var 14:e dag och det görs en översyn av lägenheter varje vecka. 2 klagomål handlade om otillfredsställande larmhjälpinsatser. Larmleverantör kontrollerade att det fanns mottagning och att larmfunktionen fungerar utifrån den tekniska aspekten. Larmkontroller utfördes varje vecka under hösten 2024 och händelser diskuterades med personalen. Detta resulterade i att larmhjälpinsatsen blivit mycket bättre.

Klagomål/ synpunkter lämnade direkt till verksamheten	Klagomål och synpunkter överlämnade av patientnämnden	Klagomål/ synpunkter överlämnade av Inspektionen för vård och omsorg
5	0	0

Inkomna synpunkter och klagomål hanteras, bearbetas och analyseras i första hand av verksamhetschef inom ramen för deras separata ansvarsområden. Arbetet sker främst i samband med kvalitetsråd som genomförs 1 gång i månaden och dokumenteras. Åtgärder och återkoppling sker regelbundet till alla anställda i samband med arbetsplatsträffar.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Riggargatan har fokuserats på god och säker vård, ett säkert och lättåtkomligt avvikelssystem, att vårdtagare ska vara delaktiga i sin vård, behandling och omsorg samt personalkontinuitet.



MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål/ fokusområden för 2025

Utifrån analys av året som gått planeras följande mål för 2025

I samband med riskbedömningar och registrering i palliativa registret framkom under verksamhetsåret att vi behöver öka kompetensen och medvetenheten inom palliativ omvårdnad, munvård samt minska frekvensen av fall i verksamheten.

Kommande år är målet att öka kompetensen hos samtlig personal i verksamheten när det gäller kontaktmannaskap, genomförandeplaner, munvård, dokumentation och palliativ vård. Samtlig personal erhåller en genomgång av vad som ingår i kontaktmannaskapet på APT och även i samband med anställning. Målet för kommande år är att vårdtagarens och närståendes delaktighet tydligt framkommer.

Mål: Förbättra den palliativa vården och omvårdnaden genom att utbilda omvårdnadspersonal. Vi behöver tydliggöra rutinen för brytpunktsbedömningar och palliativ symtomlindring.

Vi ska upprättat pärmar med checklistor och riktlinjer för palliativ vård för personal att ta stöd av. Dessa kommer implementeras under våren 2025.

Vi ska skapa tydliga lokala rutiner kring det dagliga arbetet på samtliga avdelningar. Interna och externa utbildningar kommer ske under kommande år inom samtliga ovan nämna områden.

För att öka patientsäkerheten gällande läkemedelshanteringen kommer delegeringar ses över och ett nytt arbetssätt ska provas som ett försök att minska avvikelser kopplade till just läkemedelshantering. Precis som föregående år kommer särskild introduktion att ges till sommarvikarier där rutiner, policys, förflyttningsteknik och delegeringar presenteras av sjuksköterskorna och verksamhetschef för att öka patientsäkerheten och kvaliteten i den vård- och omsorg som ges på Riggargatan.