

vardaga

Patientsäkerhetsberättelse för Gästhemmet Edsby Slott År 2025



20260223

Erika Leander, verksamhetschef

Rosanna Stobin, sjuksköterska, enhetschef

Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030"

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier.....	7
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Informationssäkerhet	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
Samverkan med patient och närstående	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
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	18
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21

SAMMANFATTNING

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

Gästhemmet Edsby Slott är ett vård och omsorgs- boende med totalt 50 vårdplatser. Verksamheten vänder sig till patienter med demenssjukdom eller med ett fysiskt omvårdnadsbehov. Patienterna som bor på verksamheten har ett biståndsbeslut med tydlig målsättning i enlighet med Socialtjänstlagen (SoL). Målen tydliggör syftet och den enskildes vilja med de beviljade insatserna (SoL). På boendet finns svårare sjuka patienter som kräver en mer specifik omvårdnad vilket styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Under 2025 har Gästhemmet Edsby Slotts personal haft fortsatt högt fokus på patientsäkerhetsarbete. Planen för patientsäkerhet upprättades i början av 2025 har under året följts upp regelbundet.

Åtgärder har under det gångna året genomförts utifrån synpunkter och förbättringsområden som framkommit av förbättringsförslag, avvikelser, granskningar och tillsynskontroller både internt och externt.

Alla medarbetare med delegering har, precis som föregående åren gått den obligatoriska webbaserade utbildningen ”Jobba säkert med läkemedel”. Kompetensinventering utförs årligen och individuella kompetensutvecklingsplaner upprättas för att säkerställa att medarbetarna har relevant kompetens för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på ett säkert sätt.

Verksamheten har fortsatt arbetet med att säkerställa digitala lösningar för läkemedelshantering. Digital signering har ökat patientsäkerheten genom att effektivisering av signeringsprocessen och underlättat för uppföljning och spårbarhet. Digitala läkemedelsskåp finns hos samtliga kunder vilket bidrar till en ökad spårbarhet vid läkemedelshantering.

Verksamheten har fortsatt arbetet med MedView som är ett strukturerat arbetssätt för regelbunden översyn av ordinerade farmaka; indikation, fortsatt behov samt eventuell förekomst av biverkningar, interaktioner och/eller kontraindikationer.

Verksamheten arbetar med kompetenshöjning genom obligatoriska utbildningar i företagets kompetensportal, här finns webutbildningar som berör bland annat brand, livsmedelshygien, basala hygien rutiner, företagets värderingar med mera. Närmaste chef följer upp att personal genomför utbildningar och detta följs upp på målsamtal och uppföljningssamtal.

Ledningsgruppen har deltagit i ledarskapsutbildningar och systemutbildningar.

Patientsäkerheten har under 2025 följts upp genom interna egenkontroller som genomförts vid två tillfällen. Utöver detta har verksamheten genomgått en kvalitetstillsyn enligt rutin som genomfördes av företagets kvalitetsavdelning. Verksamheten har även under 2025 haft verksamhetsuppföljning med två av tre beställare. Under november 2025 granskades verksamheten av Apoteket för att säkerställa en säker läkemedelshantering.

Gästhemmet Edsby Slott liksom hela Vardaga använder det gemensamma IT-verktyget Qmaxit som är anpassat för ett effektivt kvalitetsuppföljnings- och förbättringsarbete på alla nivåer i företaget. Alla verksamheter registrerar systematiskt avvikelser, klagomål, egenkontrolls- och kvalitetstillsynsprotokoll. I förbättringsloggen i Qmaxit dokumenteras det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheten arbetar med riskbedömningar och åtgärder för att identifiera och hantera risker för t.ex. vårdskador. Risker följs upp på verksamhetens kvalitetsråd.

Verksamheten beaktar resultaten av kvalitetsundersökningar i upprättandet av handlingsplaner för patientsäkerheten på Gästhemmet Edsby Slott. Socialstyrelsens undersökningsresultat ligger till grund för handlingsplaner.

Verksamheten har fem BPSD-administratörer, en sjuksköterska och fyra undersköterskor. Verksamhetens sjuksköterskor arbetar kontinuerligt med riskbedömning och uppföljning i Senior Alert. Samtliga dödsfall registreras i palliativa registret. Ur samtliga register tas statistik ut och förbättringsarbeten identifieras. Verksamheten arbetar fortlöpande i förbättringssystemet med förbättringsloggor i Qmaxit.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

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

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

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

Verksamheten Gästhemmet Edsby Slott arbetar utifrån Vardagas övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten upprättar en patientsäkerhetsplan i form av målkort som kontinuerligt följs upp i olika arbetsforum under året. Verksamheten är noga med att följa tidsplanen för olika tillsyner så som apoteket, vårdhygien, livsmedel, brand, kontroll av MTP och sängar.

Alla uppsatta mål följs upp genom månatlig rapportering av alla gruppchefer samt i kvalitetsrådet. Två gånger per år utförs egenkontroll enligt Vardagas egna modell då drygt 200 frågor besvaras av

ledningen på Gästhemmet Edsby Slott tillsammans med medarbetarna. Delvis uppfyllda eller ej uppfyllda punkter överförs automatiskt till förbättringsloggen som därefter resulterar i en handlingsplan med målsättning för vidare arbetet i verksamheten.

Organisation och ansvar

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

Ansvarsfördelning för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet

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

Affärsområdeschefen ansvarar för att följa upp varje regions kvalitetsarbete månadsvis.

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

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

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

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Läkarsamverkan och samverkansöverenskommelse

Enligt hälso- och sjukvårdslagens krav ska patienter garanteras tillgång till läkarvård. Enligt gällande regelverk finns en samverkansöverenskommelse upprättad mellan Vardaga och läkarorganisationen Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Överenskommelsen reglerar insatsernas omfattning och innehåll bland annat avseende tillgänglighet, uppföljning av behandlingsinsatser, läkemedelsanvändning, medicinsk vårdplanering samt utbildningsinsatser till medarbetarna. Överenskommelse om läkarsamverkan ger förutsättning för tydlighet och ömsesidig förståelse. Företrädare från Gästhemmet Edsby Slott och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) träffar läkarorganisationen minst två gånger per år för att följa upp och diskutera samverkansfrågor. Patientansvarig läkare (PAL) besöker Gästhemmet Edsby Slott en dag i veckan för rond. PAL finns tillgänglig under sina arbetstider och övriga tider säkerställer Familjeläkarna i Saltsjöbaden tillgång till jourläkare 24 timmar alla dagar i vecka.

Samverkan mellan yrkesgrupper och uppdragsgivare runt patienten

Vardaga har avtal med Apoteket som gör den årliga kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen på Gästhemmet Edsby Slott. Denna granskning utfördes november 2025 med gott resultat. Under granskningen diskuterades förbättringsförslag inom digital signering och läkemedelshantering.

Vardaga har avtal med vårdhygien som kan konsulteras i frågor som rör vårdhygien.

Verksamheten har avtal med Klara T AB, som ombesörjer att verksamheten har arbetsterapeut enheten två dagar i veckan. KlaraT AB står även för det ambulerande sjukskötersketeam som har HSL-ansvar för Gästhemmet Edsby Slott alla dagar från kl 16:30 till 08:00. Samverkansmöte sker 2 gånger årligen.

Ambea AB har en central dietist vid namn Karin Friis som svarar på frågor gällande nutrition och kost, hon håller även utbildning och individuell kostrådgivning.

Samverkan mellan yrkesgrupper runt patienten

När en ny boende flyttar in på Gästhemmet Edsby Slott välkomnas den av omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) och kontaktperson. Boende informeras om att det finns ett team bestående av OAS, Patientansvarige läkaren (PAL), omvårdnadspersonal, arbetsterapeut och sjukgymnast som alla samverkar kring patienten.

Alla inblandade i patientens vård har kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser. OAS sammankallar till teammöten varannan vecka för att upprätthålla en god samverkan mellan olika yrkesgrupper. Ärenden som tas upp på team-mötet:

- Aktuellt hälsotillstånd för kund
- Uppföljning av genomförande-, omvårdnads-, rehabiliteringsplaner.
- Diskutera, analysera och bearbeta fallrapporter och läkemedelsavvikelser
- Hjälpmedel (MTP), förflyttningar, ADL
- Etik och bemötande
- Eventuella förändringar vad avser omvårdnaden eller rehabiliteringsplaner
- Planerade externa besök så som hörselkliniken, läkar-/ tandläkarbesök mm.

Gästhemmet Edsby Slott har samarbete med Oral Care som utför mobil tandvård med möjlighet för behandlingar i hemmet samt Distriktstandvården som utför den årliga munhälsobedömningen. Therese Fötter AB utför fotvård och även medicinsk fotvård på remiss hos Gästhemmet Edsby Slott.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

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

Logganalyser genomförs av IT- avdelningen minst en gång per år utifrån syfte att gallra. Intern revision leds av dataskyddsombudet och vid misstanke om intrång genomförs logganalyser/spårning.

Ambea/Vardaga arbetar aktivt för att minimera risk för informationssäkerheten.

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

Egenkontroll utförs två gånger per år enligt gällande styrdokument och i enlighet med förutbestämd checklista granskas social dokumentation samt HSL. Egenkontroll är ett verktyg för att genomföra en grundlig kontroll av sin verksamhet. Syftet är att ge uppslag och identifiera områden för förbättringsarbete i verksamheten. Egenkontrollen säkerställer att verksamheten följer företagets styrdokument gällande informationssäkerhet. Egenkontroll utfördes under 2025 i april och oktober. Vid egenkontroll av HSL-dokumentation används checklista; *Stöd vid intern granskning patientjournal 2.15*. Verksamhetschef/enhetschef ansvarar för stickprovsgranskning enligt styrdokument 2.1, detta utförs två gånger per år.

Kvalitetstillsyn utförs av vår interna kvalitetsavdelning samt av våra beställare. Under 2025 utfördes både intern samt extern tillsyn. Extern tillsyn utfördes från två av tre beställare under 2025.

Samtliga anställda har personliga inloggningsuppgifter för att logga in i arbetsdatorn.

All HSL-personal har e-legitimation. Loggkontroller av personalens aktivitet i dokumentationssystemet Safedoc genomförs och dokumenteras en gång per månad av verksamhetschef. Samtlig personal vid anställningens början genomgår en webutbildning i IT säkerhet samt GDPR. Gruppchef och HSL-personal genomför och dokumenterar kontroll av SOL- och HSL dokumentationen.

En god säkerhetskultur

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



Struktur för uppföljning och utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

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

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

Verksamheten arbetar aktivt med avvikelssystemet Q-maxit. Samtliga medarbetare får kunskap om hur avvikelssystemet fungerar och hur det används vid introduktionen. Samtliga medarbetare har skyldighet att skriva avvikelser i Q-maxit. Månatligen lyfts avvikelser på kvalitetsråd, i kvalitetsrådet medverkar deltagare från varje arbetskategori. Avvikelser lyfts också upp på APT för att säkerhetsställa patientsäkerheten inom verksamheten. Vissa avvikelser genererar ett förbättringsområde. Ett sådant innebär en plan för förbättring där vi följer upp resultatet på kvalitetsråd inom en månad samt under

egenkontroll. Verksamhetschef bedömer om det finns behov av att göra en vidare utredning av en avvikelse gällande vårdskada/risk för vårdskada eller missförhållande/ påtaglig risk för missförhållande.

Lärande och reflektion

På respektive avdelning genomförs schemalagd reflektionstid 1 gång/ månad för samtlig personal enligt demensakademins riktlinjer. Planeringsdag för samtlig fast personal genomförs en heldag 1 gång/år. Samtlig personal ska genomföra obligatoriska webbutbildningar, dessa görs när det finns tid för det under det dagliga arbetet, gruppchef för respektive avdelning hjälper omvårdnadspersonal att hitta lämplig tid för när personal ska genomföra utbildningarna. Brandövning sker i verksamheten var annat år för samtlig personal. När personal behöver genomföra utbildning på huvudkontor eller annan extern utbildning tas ersättare in.

Riskbedömning av arbetsmiljö

Riskbedömning av arbetsmiljörisker för medarbetare i arbete med kund genomförs när kund flyttar in till boendet samt följs upp minst 1 ggr var sjätte månad. Riskbedömning utförs teambaserat kring kund (sjuksköterska, rehab, omvårdnadspersonal, gruppchefer, arbetsplatsskyddsombud). Dessa riskbedömningar förvaras i pärm på samtliga avdelningar och är tillgängliga för samtliga medarbetare, såväl fast anställda som timanställd personal. Denna pärm visas vid introduktion.

Sjuksköterska genomför även Riskbedömning 7.1 i samband med att kund flyttar in samt uppdateras var sjätte månad och vid behov. I denna riskbedömning bedöms risker som risk för hot- och våld, risk för suicid, risk för att avvika från verksamheten, risk för smitta, risk för att förtära farliga ämnen samt övriga risker.

Verktyg och forum för att följa upp säkerhetskulturen

Verksamheten har arbetsplatsträffar en gång per månad, omvårdnadspersonal och sjuksköterska har dagliga morgonavstämningar. Teammöten sker var 14:de dag och avdelningsmöten hålls varannan månad. Årligt möte med arbetsplatsskyddsombud, gruppchefer och verksamhetschef där riskbedömning på verksamheten utförs gällande arbetsbelastning och risker på arbetsplatsen.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Företaget har en webbaserad kompetensportal där samtlig personal genomför utbildningar, ett urval av dessa utbildningar är till exempel: hygien, brandutbildning, livsmedelshygien och säker livsmedelshantering, den goda natten och kontaktmannaskap. Verksamheten har även obligatoriska utbildningar som genomförs på huvudkontoret, till exempel demensakademin och regelbundna nätverksträffar för HSL-gruppen samt gruppchefer och aktivitetsansvarig.

Verksamheten är måna om dygns- och veckovila. Vårdpersonalen har ett verksamhetsanpassat önskeschema. Verksamheten håller vad vi lovar gentemot våra beställare avseende personaltäthet. Verksamheten har tre heltidsanställda sjuksköterskor som arbetar dagtid, övrig tid är ambulerande sjuksköterska från KLARA kompetens tillgänglig. Verksamheten har en fysioterapeut anställd på 50 % och hyr in arbetsterapeut två dagar i veckan.

Rapporteringsskyldigheten och därmed att skriva avvikelser är väl känt hos samtliga medarbetare på Gästhemmet Edsby Slott. Det skapar goda förutsättningar för att identifiera brister och arbeta med förbättringar. Under verksamhetens APT tas rapporteringsskyldigheten upp. All personal på Gästhemmet Edsby Slott har tillgång och kunskap om hur avvikelser skrivs i Qmaxit samt anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria och Lex Sarah. Samtliga personal har gått obligatorisk

webutbildning i Lex Sarah. Beroende på typ av avvikelse följer legitimerad personal och/eller ansvarig chef upp avvikelsen.

Alla uppsatta mål följs upp genom månatlig rapportering av alla gruppchefer samt i kvalitetsrådet. Två gånger per år utförs egenkontroll enligt Vardagas egen modell då drygt 200 frågor besvaras av ledningen på Gästhemmet Edsby Slott tillsammans med medarbetarna. Delvis uppfyllda eller ej uppfyllda punkter överförs automatiskt till förbättringsloggen som därefter resulterar i en handlingsplan med målsättning för vidare arbetet i verksamheten. På kvalitetsrådet avgörs vilka avvikelser, förbättringsloggar och nya rutiner som ska lyftas på APT.

Patienten som medskapare

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



Samverkan med patient och närstående

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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

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

Alla boende på Gästhemmet Edsby Slott ska efter sin förmåga vara delaktiga i sin egen vård genom att till exempel delta vid rond, vårdplanering, läkemedelsgenomgång och riskbedömningar.

Våra boende tillfrågas även vid planering av menyer och aktiviteter av kostansvarig och aktivitetsansvarig. Resultatet från boenderåd och handlingsplaner från enhetsundersökningar förmedlas till boende och närstående av verksamhetschef.

Vid välkomstsamtal erbjuds närstående att delta samt kontinuerligt under året. Närstående får efter överenskommelse löpande information angående förändringar i hälsotillståndet samt övriga medicinska kontroller och insatser. Vi strävar efter att samverka med både patienter och deras närstående på bästa möjliga sätt. Närståendes samverkan är värdefull för att vi skall kunna erbjuda god omsorg och hälso- och sjukvård. Månadsbrev skrivs av verksamhetschef med aktuell information om verksamheten.

Under våren 2025 hölls närståendeträff där närstående fick träffa Upplands Väsby kommuns anhörigkonsulent, närstående uppdaterades om hur verksamheten arbetade vidare med senaste resultatet från Socialstyrelsens brukarundersökning. Närstående presenterades det senaste resultatet från verksamhetens interna brukarundersökning och det planerade arbetet kring detta resultat. I december 2025 hölls en närståendeträff på Gästhemmet Edsby slott där närstående bland annat fick information gällande resultatet från den senaste brukarundersökningen. Denna träff fungerar också som ett dialogforum för närstående. Närstående bjuds också in att delta i Demensakademiens olika anhörigutbildningar under året och de välkomnas också att delta i alla aktiviteter som vår aktivitetsansvarig håller i. Under maj 2025 anordnades Alzheimers-loppet på verksamheten där både närstående och kunder deltog. I december 2025 anordnade verksamheten en grötkväll med musikunderhållning där både närstående och kunder deltog.

Vardaga har ett kundombud som tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och är oberoende. Kundombudet förmedlar synpunkterna/klagomålen till vice regionchef och regionchef med kopia till verksamhetschef för vidare hantering. Vid inflytt informeras de boende och deras närstående om synpunktshanteringen och Vardagas kundombudsman. Skriftlig information lämnas i välkomstmappen. Innanför entrén på bådets slottet och flygeln sitter en brevlåda och intill den finns en plastficka med en blankett för att lämna synpunkter och klagomål. Denna blankett kan avsändaren välja att lägga i brevlådan anonymt eller lämna sina kontaktuppgifter för återkoppling.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet och vårt viktigaste verktyg för att bli bättre. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklare och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

Verksamheten Gästhemmet Edsby Slott arbetar systematiskt för att förebygga eventuella risker för den enskilde och utför kontinuerligt riskbedömningar. Verksamheten har kända rutiner och arbetsprocesser för att riskbedömningar ska genomföras och dokumenteras. Den första bedömningen utförs av legitimerad personal i samband med att en ny brukare flyttar in och avser exempelvis MNA, Norton, Downton, Roag och Blåsdysfunktion samt risker för den enskilde gällande hot, våld, självskadebeteende, suicid, smittsamma sjukdomar och kriminalitet. Riskbedömningar utförs minst 2 gånger årligen samt vid behov, till exempel vid förändringar runt den enskilde eller i samband med avvikelser. Om riskerna identifieras ska handlingsplan upprättas med lämpliga åtgärder. Dessa dokumenteras i genomförandeplan och i hälsoplan.

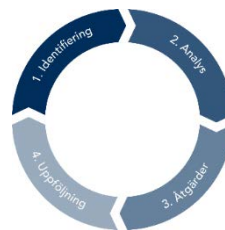
Klagomål från anhöriga och kund förs in i Q-maxit. Klagomål utreds och kund/anhörig får snabb återkoppling.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

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



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

Beskriv verksamhetens strategier och mål och koppla till egenkontroller som genomförts under år 2025 för ökad patientsäkerhet.

Vid två tillfällen per år genomförs en omfattande egenkontroll inom olika områden där medarbetare från alla yrkeskategorier deltar. Egenkontrollen består av 200 frågor och genomförs vår och höst. Egenkontrollen berör flera olika områden som är viktiga att belysa, bland annat SoL, HSL, hygien, arbetsmiljö, brand, GDPR m.fl. Resultaten används i förbättringsarbeten som dokumenteras med handlingsplaner i vårt kvalitetssystem Qualimax.

Olika kvalitetsregister så som Senior Alert, Palliativa registret och BPSD-registret används som stöd för patientsäkerhetsarbetet. Under året har vi utvecklat och tagit fram statistik från de olika registren för att förbättra kvalitet och se vilka utbildningsinsatser som vi behöver utföra.

Teammöten genomförs kontinuerligt för samtliga kunder varannan vecka tillsammans med personal från samtliga yrkeskategorier.

Risker, tillbud och inkomna synpunkter och klagomål från boende och närstående rapporteras i verksamhetens avvikelssystem av samtlig personal. Återkoppling till närstående och-/ eller boende ges av verksamhetschef, enhetschef eller gruppchef. Avvikelser följs upp i verksamhetens kvalitetsråd, på teammöte och APT.

Varje boende har en upprättad genomförandeplan som följer styrdokument och avtal. Alla boende får genom ankomstsamtal vid inflyttning möjlighet att påverka sin vardag i detalj. Även närstående erbjuds att delta vid ankomstsamtal. Dokumentation och informationsöverföring sker enligt rutin samt GDPR.

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.



Under verksamhetsår 2025 har verksamheten utrett tre avvikelser som berör HSL vårdskada/ risk för vårdskada. Två av dessa avvikelser bedömdes sedermera av MAS som risk för vårdskada, den tredje bedömdes vara en vårdsskada, dock ej så pass allvarlig att den gick vidare till IVO.

Arbetet med utredning gällande de två avvikelserna som bedömdes som risk för vårdskada har resulterat i tydligare rutiner för läkemedelshantering samt för trycksårspåbyggande arbete. Utredningen som berör vårdskada har utöver tydligare rutiner kring trycksårspåbyggande arbete resulterat i att samtliga sjuksköterskor genomgått en sårutbildning under hösten 2025.

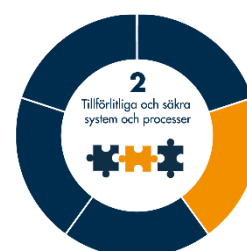
Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Omfattning	Källa
Läkemedelsavvikelser	Gästhemmet Edsby slots mål är att minska läkemedelsavvikelser	År 2024 rapporterades 98 st läkemedelsavvikelser, av dessa gällde 46 st utebliven dos. År 2025 rapporterades 80 st läkemedelsavvikelser, varav 40 av dessa gällde utebliven dos.	Läkemedelsavvikelser har minskat med ca 18% från 2024 till 2025.	Arbete har gjorts för att utveckla kunskap och förståelse kring läkemedelshantering. Delegeringsprov som finns på intranätet har använts vid delegering.	Sjuksköterska följer upp avvikelser inom två dagar från att de inkommit för att snabbt kunna återkoppla på avvikelser. Stickprov och samtal hålls med varje enskild delegerad personal. Uppföljning av delegering sker enligt rutin.	Sjuksköterskor och samlig delegerad personal på verksamheten.	Qmaxit
Trycksår	Verksamhetens mål är att inget trycksår ska uppkomma på verksamheten 2025.	Fyra trycksår uppkom på verksamheten under 2025.	Verksamheten har ej uppnått sitt mål under 2025	Samtliga madrasser på verksamheten har uppdaterats till Optimal care vilka fungerar trycksårspåbyggande och behandlande upp till trycksår grad 2. Sjuksköterskorna har genomfört sårutbildning med fokus på trycksårsprevention.	Under varje teammöte utförs riskbedömning avseende trycksår. Sjuksköterska ansvarar för att ordinera preventionsinsatser och följa upp att insatser utförs av omvårdnadspersonal.	Samlig HSL-personal samt omvårdnadspersonal	Qmaxit Kvalitetsregister Journalgranskning

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Edsby slott har lagt fokus på att stärka patientsäkerheten genom att arbeta med följande områden under 2025; Medview – att alla boende ska ha en aktuell bedömning vid inflyttning samt var sjätte månad för att säkerställa att kund ej har mer läkemedel än nödvändigt samt ej lider av onödiga läkemedelsbiverkningar. Alla boende ska ha en aktuell fallriskbedömning och att samlig personal ska arbeta fallförebyggande enligt vårdplan. Sjuksköterskegruppen har arbetat aktivt med att journalgranska

och se över risk- och preventionsbedömningar samt sett över delgeringsprocessen avseende läkemedelsdelegering. Arbete har genomförts för att säkerställa att utbildning inför läkemedelsdelegering utförs, stickkontroller och uppföljning av delegerad personal har genomförts för att stärka och trygga patientsäkerheten avseende läkemedelshanteringen. Edsby Slott arbetar med basala hygienrutiner genom att verksamheten har hygienombud på samtliga avdelningar samt att självskattning utförs enligt årshjulet, PPM-mätning 1 gång per år och att samtlig personal utför Socialstyrelsens webbutbildning Basala hygienrutiner.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd & aktivitet	Uppföljning åtgärd & aktivitet	Om-fattning	Källa
Riskbedömning två gånger / år	Mål under 2025 var att fortsatt arbeta med att riskbedöma samtliga patienter två gånger årligen i Senior Alert. Det ska även tydligt framgå i journal när Senior Alert-bedömningar är utförda.	Fortsatt gott resultat gällande införda riskbedömningar i Senior Alert	Verksamheten upptäcker att det vid nyanställning av sjuksköterskor är viktigt att stötta upp den nyanställda så att riskbedömning är inte glöms bort.	HSL-personal för statistik över när riskbedömning ska genomföras samt att ämnet tas upp kontinuerligt på HSL-möten.	Uppföljning sker löpande både vad det gäller riskbedömningar samt att all HSL-personal genomför bedömningarna två gånger årligen.	Samtliga sjuksköterskor	Senior Alert
Medview	Mål under 2025 var att medview skulle vara utfört för samtliga patienter två gånger / år eller oftare vid behov.	Variert resultat, verksamheten kommer att fortsätta att arbeta kring detta.	Flertal av patienter har fortfarande fler än fem stående läkemedel, mål med arbetet med medview är att minska antalet stående läkemedel.	HSL-personal för statistik över när riskbedömning ska genomföras samt att ämnet tas upp kontinuerligt på HSL-möten.	Löpande uppföljning sker gällande medview genom HSL-möten.	Samtliga sjuksköterskor	Journalssystemet Safedoc där medview dokumenteras.
BPSD	Att samtliga kunder med demenssjukdom är registrerade i BPSD-registret och har en aktuell bemötandeplan utifrån BPSD-registret	Under 2025 var antalet registrerade patienter i registret 16 st. Verksamheten har 20 st platser avsedda för patienter med demenssjukdom.	Arbetet med att registrera samtliga kunder med demenssjukdom i BPSD-registret fortlöper. Verksamheten har tillräckligt många BPSD-administratörer för att täcka behovet.	BPSD-administratör genomför uppföljning av skattning och registrering under teammöten och reflektionstid.	Fortsatt uppföljning sker via egenkontroll och inför målsamtal och uppföljningsamtal	BPSD-administratörer tillsammans med omvårdnadspersonal	BPSD-registret Den enskildes genomförandeplan

Säker vård här och nu

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



Säker vård här och nu

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

och

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Informationsöverföring mellan personal	Mål under 2025 var att fortsätta arbetet att personal använder sig av SBAR vid rapporteringstillfällen.	Fortsatt bra resultat i informationsöverföring	Personal har i större utsträckning använt sig av SBAR i kontakt med HSL-personal för att säkerställa att informationsöverföringen blir så korrekt som möjligt.	Sjuksköterskor påminner omvårdnadspersonalen i samtliga muntliga rapporteringar om att använda sig av SBAR.	Sjuksköterskor fortsätter att påminna personal om SBAR	Samtliga sjuksköterskor och samtlig personal på verksamheten	SBAR Sjuksköterskor
Visam - beslutstöd	Att samtliga sjuksköterskor använder beslutstödet visam vid akut insjuknande.	Variert resultat	Sjuksköterskor upplever systemet något stelbent men arbetar efter att föra in viktig information i beslutstödet.	Vid introduktion av ny sjuksköterska introduceras Visam. Vid akut insjuknande av patient ska nyttjande av Visam dokumenteras.	Följs upp via egenkontroll som sker två gånger/år. Enhetschef följer upp kontinuerligt inför uppföljnings- och målsamtal med sjuksköterskor.	Samtliga sjuksköterskor	Den enskildes patientjournal
Trycksårsprevention	Minska antalet trycksår som uppkommer på verksamheten	Mål ej uppnått	Fyra trycksår uppkom på verksamheten under 2025.	Samtliga madrasser är utbytta. Samtliga sjuksköterskor har genomgått trycksårutbildning.	Kontroll av budkostym sker dagligen, budkostym och status följs upp på teammöten.	Samtlig personal och samtliga sjuksköterskor	Den enskildes patientjournal

Riskhantering

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

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

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

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

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

Verksamheten Gästhemmet Edsby Slott arbetar systematiskt för att förebygga eventuella risker för den enskilde och utför kontinuerligt riskbedömningar. Vi har kända rutiner och arbetsprocesser för att riskbedömningar ska genomföras och dokumenteras. Den första bedömningen utförs av legitimerad personal i samband med att en ny brukare flyttar in och avser exempelvis MNA, Norton, Downton, Roag och blåsdysfunktion samt risker för den enskilde gällande hot, våld, självskadebeteende, suicid, smittsamma sjukdomar och kriminalitet.

Riskbedömningar utförs minst 2 gånger årligen och vid behov, till exempel vid förändringar runt den enskilde eller i samband med avvikelser. Om riskerna identifieras ska handlingsplan upprättas med lämpliga åtgärder. Dessa dokumenteras i genomförandeplan och i hälsoplan.

All personal på Gästhemmet Edsby Slott har tillgång och kunskap om hur avvikelser skrivs i Qmaxit samt anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria och Lex Sarah. Beroende på typ av avvikelse följer legitimerad personal och/eller ansvarig chef upp avvikelsen. Endast verksamhetschef kan stänga ett ärende.

Verksamheten Gästhemmet Edsby Slott arbetar utifrån Vardagas övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet. Vi upprättar en patientsäkerhetsplan i form av målkort som kontinuerligt följs upp i olika arbetsforum under året. Verksamheten är noga med att följa tidsplanen för olika tillsyner så som apoteket, vårdhygien, livsmedel, brand, kontroll av MTP och sängar.

Alla uppsatta mål följs upp genom månatlig rapportering av alla gruppchefer samt i kvalitetsrådet. Två gånger per år utförs egenkontroll enligt Vardagas egen modell då drygt 200 frågor besvaras av ledningen på Gästhemmet Edsby Slott tillsammans med medarbetarna. Delvis uppfyllda eller ej uppfyllda punkter överförs automatiskt till förbättringsloggen som därefter resulterar i en handlingsplan med målsättning för vidare arbetet i verksamheten.

Stärka analys, lärande och utveckling

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

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner	Samtliga medarbetare ska genomgå utbildning årligen samt egenkontroll två gånger per år.	Samtlig personal har lämnat in diplom till sin närmsta chef. Självskattning lämnas in till hygienansvarig sjuksköterska.	Gott resultat på utförd utbildning. Gott resultat på självskattning dock upplevs resultaten bättre än vad PPM-mätningen visade.	Hygienombud finns utsedda på samtliga avdelningar samt en hygienansvarig sjuksköterska finns på verksamheten.	Hygienutbildningen utförs var sjätte månad för samtlig personal. Självskattning utförs enligt årshjulet. Utbildning för hygienansvariga sker via kvalitetsavdelningen AMBEA samt Väsby kommun.	Samtlig personal inom verksamheten.	Självskattning. Diplom utbildning basala hygienrutiner. Resultat PPM-mätning.
Fallprevention	Endast fyra fall per månad	Målet är i det stora hela uppnått, snittet per månad är 5 fall/ månad.	Verksamheten har fått ett relativt gott resultat	Verksamheten har arbetat med fallprevention genom riskbedömning i senior alert, teammöten och tydliga rutiner.	Fallavvikelse följs upp på kvalitetsråd, teammöten. HSL-personal följer dagligen upp avvikelser i Qmaxit.	Samtlig personal inom verksamheten.	Qmaxit
Läkemedelshanteringen	Endast fyra läkemedels avvikelser per månad	Verksamheten har i snitt 6.7 avvikelser gällande läkemedel per månad	Ett större antal läkemedelsavvikelser kan noteras under semesterperioder.	Verksamheten har arbetat med att säkerställa att delegerad, ordinarie personal finns på plats i tillräcklig mängd under semesterperioden. Verksamheten arbetar också med att tydliggöra rutiner kring läkemedelsbakterier.	Läkemedelsavvikelse följs upp på kvalitetsråd samt under teammöten. HSL-personal följer dagligen upp avvikelser i Qmaxit. Stickprov och uppföljning av delegerad personal genomförs enligt rutin.	Samtlig delegerad personal inom verksamheten.	Qmaxit

Avvikelser

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

Vårdgivaren har i sitt ledningssystem processer och riktlinjer för rapporteringsskyldighet.

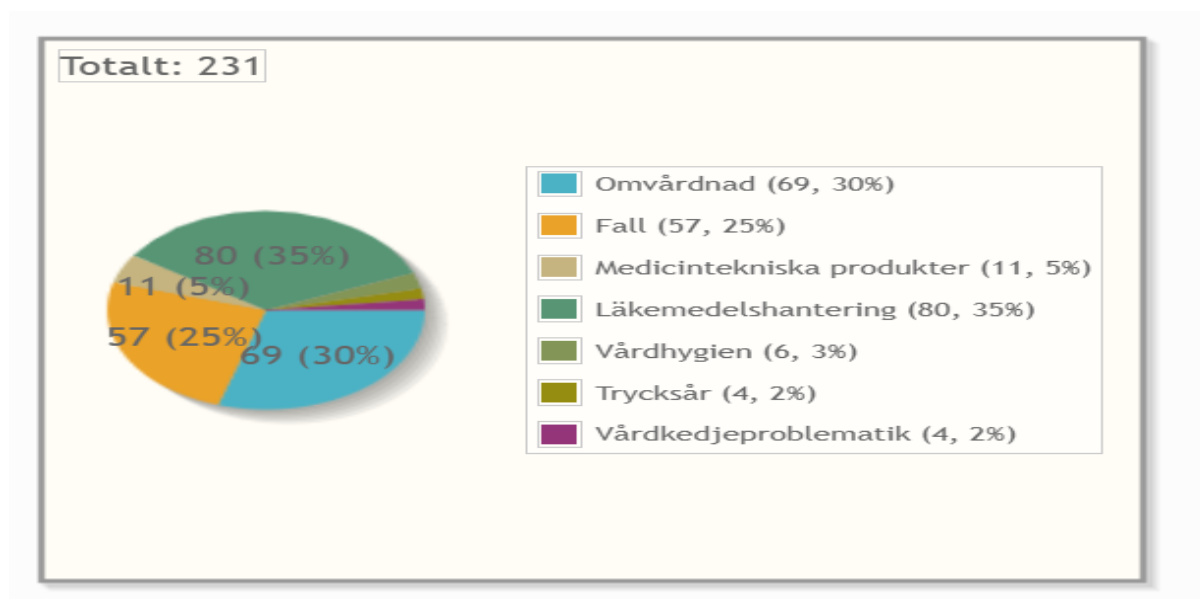
All personal på Gästhemmet Edsby Slott har tillgång och kunskap om hur avvikelser skrivs i Q-maxit samt anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria och Lex Sarah. Beroende på typ av avvikelse följer legitimerad personal och/eller ansvarig chef upp avvikelsen. Endast verksamhetschef kan stänga ett ärende. Klassificeringen av avvikelsernas allvarlighetsgrad följer Socialstyrelsens klassificering. Alla mycket allvarliga avvikelser (grad 3 och 4) går direkt till region- och affärsområdeschef via mail för att påskynda handläggningen. 1-2 gånger per år går verksamheten igenom vad de olika allvarlighetsgraderna innebär innebörden av samtliga medarbetares anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria och Lex Sarah, detta görs

under APT. Detta för att öka kunskap och trygghet kring avvikelshanteringen. Denna information ges även vid introduktion av nya medarbetare.

Legitimerad personal på Gästhemmet Edsby Slott rapporterar vårdskador som avvikelser i kvalitetsledningssystemet Q-maxit. Vid en allvarligare vårdskada, eller risk för allvarlig vårdskada anmäls avvikelserna till MAS för ställningstagande för eventuell vidare utredning och Lex Maria anmälan.

Avvikelser tas upp på Kvalitetsråd, APT och i lokal ledningsgrupp varje månad. Om analysen visar behov av handlingsplan upprättas ett förbättringsområde i Q-maxits Förbättringslogg.

Antal avvikelser gällande hälso- och sjukvård hämtat från Qmaxit.



Klagomål och synpunkter

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

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

Alla medarbetare på Gästhemmet Edsby Slott har kunskap om Vardagas hantering av synpunkter och klagomål och alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål. Detta tas regelbundet upp på APT. Synpunkter och klagomål rapporteras också i Qmaxit.

Vid inflytt informeras de boende och deras närstående om synpunktshanteringen och Vardagas kundombudsman. Skriftlig information lämnas i välkomstmappen. Innanför entrén på både slottet och flygeln sitter en brevlåda och intill den finns en plastficka med en blankett för att lämna synpunkter och klagomål. Denna blankett kan avsändaren välja att lägga i brevlådan anonymt eller lämna sina kontaktuppgifter för återkoppling.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet och vårt viktigaste verktyg för att bli bättre. Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Verksamhetschefen och legitimerade medarbetare informeras snarast. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS/kvalitetsutvecklare och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd och aktivitet	Uppföljning åtgärd och aktivitet	Omfattning	Källa
Krisberedskap	Tydliga rutiner att följa vid kris	Uppnått	Krisbereddskapsrutin är uppdaterad och aktuell	Verksamhetschef och enhetschef har upprättat lokal rutin för krisberedskap	Den lokala rutinen för krisberedskap har granskats av intern kvalitetsavdelning samt av beställare.	Ledningsgruppen på verksamheten	Lokala rutiner
Kontinuitetsplan	Säkerställa att kontinuitetshantering, kontinuitetsplan och beredskapsplan finns på verksamheten	Uppnått	Hantering och plan finns för kris och beredskap	Verksamhetschef har deltagit i workshop med kvalitetsutvecklare och beredskapssamarbarnare i Upplands Väsby kommun	Följs upp årligen samt vid behov	Ledningsgruppen på verksamheten	Lokala rutiner
Nödvanlösning	Mål var att säkerställa tillgång till nödvatten	Mål är uppnått	Gott resultat av insatser.	Verksamheten har införskaffat 50 st 10-liters vattendunkar samt vattenreningsstabletter.	Ledningsgruppen har fått information om hur verksamheten ska förbereda sig inför en eventuell kommande nödvattenskris.	Ledningsgruppen	Lokala rutiner