

Patientsäkerhetsberättelse

för

Trekantens servicehus

År 2022



Datum 2023-02-23

Ansvarig för innehållet: Beata Torgersson, Verksamhetschef enligt

4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Inledning

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 vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
<i>Intern samverkan</i>	7
<i>Extern samverkan</i>	8
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu.....	12
Riskhantering.....	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Kvalitetsregisterarbete.....	14
Palliativregistret	14
Senior Alert.....	15
Dokumentationsgranskning	15
Samlad analys av genomförda egenkontroller	15
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17

SAMMANFATTNING

Enhetens mål är att erbjuda vårdragarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Att främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Enheten har fortlöpande arbetat med att säkerställa följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering har följts varje månad. Vaccinationer har genomförts.

Utbildningar i basala hygienrutiner och klädregler har genomförts. Egenkontroller av följsamhet till hygienrutiner och klädregler och användning av skyddsutrustning vid covid-19 har genomförts. Kohortvård har tillämpats vid de enstaka fallen av misstänkt smitta och smitta.

Enheten har fortlöpande arbetat med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras.

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet har avvikelser sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i gemensamma hälso- och sjukvårdsmöten i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder.

För stöd och utbildning i nutritionsvårdsprocessen och dokumentation har samverkan har skett med stadsdelens dietist och verksamhetscontroller. En utsedd sjuksköterska inom nutrition SNUD finns nu i verksamheten.

Egenkontroll visar att individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts i hög grad.

Egenkontroller visar hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Framåtblick 2023

Verksamheten behöver fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner.

Verksamheten arbetar utifrån handlingsplan vidare med att utveckla avvikelshanteringen.

Verksamheten ska fortsätta arbetet med individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på dokumentationen av analys, åtgärder och uppföljning. För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen

Område som behöver arbetas med är den palliativa vården. Vi ska arbeta för att höja följsamheten till socialstyrelsens framtagna indikatorer för en god palliativ vård i livets slut.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för att nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid”;

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Enheten har som övergripande mål att erbjuda vårdtagarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.



Strategier för att nå en patientsäker vård:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshanteringen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller.

Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2022

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:

- 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 4.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
5. Alla rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerade åtgärder

Organisation och ansvar

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner

Baspersonal ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov.

Vid ett mötestillfälle per dag träffas baspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal på vardagar. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten och vården planeras. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möte vid ett tillfälle per månad där fokus ligger på planering och uppföljning av verksamhetens mål för hälso- och

sjukvården. Analys av avvikelser i HSL tas på avdelningsmöte möte en gång i veckan.

Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten har en samverksansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I regelbundna samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och boendes verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förbygga att vårdskador uppstår. Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Verksamheten har tillgång till och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

Informationssäkerhet

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter till system med vårdinformation samt avslut av system.

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller gör genom loggning av åtkomst, loggkontroll.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har omfattat att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker.

En god säkerhetskultur

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vård skada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.



Varje avvikelse hanteras i så nära anslutning till när det inträffat som möjligt och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelsena sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen för att dra lärdom. Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid avdelningsmöten samt aktuell avvikelse vid rapporteringstillfället dagligen på fm till vårdpersonalen.

Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds av verksamhetschef och biträdande chef enligt beslutad rutin. Att klagomål/synpunkt har tagits emot bekräftas direkt och åtgärder som planeras återkopplas till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt, men senast inom 14 arbetsdagar. Återkoppling till personal sker på avdelningsmöten.

Klagomål som inkommer via inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS.

MAS sammanställer registrerade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetschef.

Adekvat kunskap och kompetens

Det är viktigt att upprätthålla adekvat kompetens. Våra ordinarie sjuksköterskor har utbildats i kliniskt bedömning och användning av ViSam beslutstöd, en sjuksköterska har gått palliativutbildning vid två tillfällen och en sjuksköterska har gått en heldagsutbildning i vårdhygienhygien.



Gällande introduktionsmaterial har förvaltningen sett över detta för HSL personal. Vi nyttjar nu olika mallar för att säkerställa introduktion för dessa yrkesgrupper vid nyanställning.

Reflektionsmöten/handledning hålls av sjuksköterska med personalen vid dödsfall hos våra boende.

Utmaningar under året som kommer är att fortsätta med att utveckla den palliativa vården i livets slutskede i hela verksamheten samt att börja arbeta mer praktiskt med verktyget ViSam Beslutstöd.

Patienten som medskapare

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktperson. Vid mötet lämnas en informationsbroschyr om verksamheten och information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.



Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient och närstående enligt rutin.

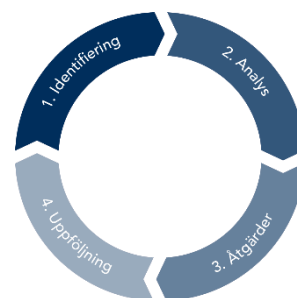
Anhöriga har fått information om rutiner och tillgång till skyddsutrustning vid besök. Rutiner för säkra besök har åtföljts. Aktuell information finns uppsatt i ingångar och entréer samt brev till alla lägenheter har delats ut vid större förändringar.

Servicehuset har även en reception öppen för alla mån-fred vid frågor och kontakt med verksamheten. Chefer finns tillgängliga vid frågeställningar från våra boende. Vi bokar då även tid för möte.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Socialstyrelsen har tagit fram fem nationella fokusområden för en säker vård och att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. De fem fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

De egenkontroller som genomförts under 2022 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none"> • Fall • Undernäring • Trycksår • Inkontinens • Munhälsobedömning 	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Mätning av andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gånger i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	två gånger per år.	Vårdhygiens blanketter Självsättning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Hygienrond	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet

Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gång per år	Svenska Palliativregistret
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering	1 gång per månaden 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Protokoll från egenkontroll Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Inträffade Hälso- och sjukvårdsavvikelser går igenom på HSL möten av enhetschef och HSL gruppen och analyseras med fokus på om händelsen medfört eller riskerat att medföra en vårdskada.

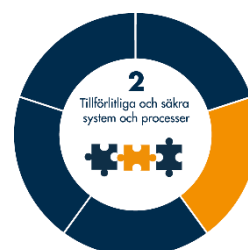
Under året har ingen händelse som medfört eller kunnat medföra en vårdskada utretts i verksamheten.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen har genomförts för att identifiera patienter med ökad risk för vårdskador genomförs enligt riktlinjer. Enheten har teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov av åtgärder görs.



Verksamhetschef har regelbundna HSL-möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården. En gång i månaden går man igenom alla avvikelser. Analys av typ av avvikelser, antal, spridning och eventuella upprepade mönster klargör behovet av åtgärder.

Egenkontroller genomförs enligt beslutat årshjul för hälso- och sjukvården.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Utbildning och handledningstillfällen i korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätning.

Verksamheten har haft kontinuerlig kontakt och samverkan med vårdhygien, för att säkerställa ett vid misstanke om smitta korrekt omhändertagande/kohortvård och smittspårning. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

Vi har sett över och reviderat rutinen för delegering för att säkerställa att alla delegeringar sker på ett patientsäkert sätt.

Utbildningen i klinisk bedömning och beslutstödet ViSam för sjuksköterskorna har genomförts för att säkerställa rätt vårdnivå och informationsöverföring till annan vårdgivare i händelse av försämrat hälsotillstånd hos en patient.

Sjuksköterskor har erhållit regelbunden utbildning samt dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Som ett led i att utveckla och förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har verksamheten samverkat med stadsdelens dietist. En utsedd sjuksköterska inom nutrition SNUD finns nu i verksamheten.

För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret i syfte.

Säker vård här och nu

Riskhantering

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna klagomål och synpunkter från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras samt diarieförs.

Med anledning av pandemin har verksamheten under året fortsatt och fortlöpande genomfört riskanalyser.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterskan i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.



Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter, insamling av statistik och resultat från egenkontroller är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården.



Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2022

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.	1.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 4 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 100 procent	Godkänt resultat
	1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.	1.2. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
	1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.	1.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	1) Andel aktuella riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 88 procent Undernäring uppgår till 85 procent Trycksår uppgår till 89 procent Andel patienter med risk för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 75 procent Undernäring uppgår till 31 procent Trycksår uppgår till 9 procent 	För ett godkänt resultat bör andelen riskbedömningar uppgå till minst 90 procent
3. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen	3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 78 procent Undernäring till 90 procent Trycksår till 98 procent 	Godkänt resultat

<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG</p>	<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig sjuksköterska:</p> <p>4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 nattfasta i tre dygn 4.3 dagligt energibehov 4.4 munstatus enligt ROAG för minst 90 procent av patienterna.</p>	<p>4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattat:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattat:</p> <ul style="list-style-type: none"> registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 29 procent bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 14 procent beräkning av dagligt energibehov uppgår till 14 procent bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 82 procent 	Inte godkänt resultat
<p>5. Alla rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerade åtgärder</p>	<p>All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.</p>	<p>Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat</p>	<p>Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till ca 90 procent</p>	Godkänt resultat

Kvalitetsregisterarbete

Palliativregistret

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som Socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

Resultat 2022. Statistiken baseras på ett fåtal inrapporterade dödsfallsenkäter

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	33,3
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	33,3
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	33,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	100,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	100,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	100,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	33,3

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som skall användas för att identifiera och registrera risker och orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade förebyggande åtgärder, samt struktur för uppföljning och utvärdering.

Resultat 2022

Riskbedömningar registrerade i kvalitetsregistret Senior Alert			
Unika personer	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
41	77%	96%	91%

Dokumentationsgranskning

Journalgranskning som genomförts visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning.

Av verksamhetens egenkontroller som genomförs två ggr/år ser vi både styrkor och utvecklingsområden. Styrkor är att hälsoplaner och kartlagda hälsotillstånd finns dokumenterat i hög grad. Det som behöver utvecklas är uppgifter om närståendekontakt nattetid. Det saknas i några journaler.

Styrkor är att checklistor används som stöd för dokumentationen. Dokumentation av inskrivning processen uppfyller ställda krav, likaså utförs och dokumenteras riskbedömningar och information om aktuella hjälpmedel i hög grad. Den samlade bedömningen är också att dokumentationen av hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd finns men att den behöver utvecklas i innehåll och hållas aktuell. Dokumentation av teammöten samt uppföljning av hälsoplan och åtgärder behöver också förbättras.

Samlad analys av genomförda egenkontroller

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 har uppnåtts.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög och indikerar att personalen följer rutinerna.,

Ingen smittspridning av vårdrelaterade infektioner eller smittsamma sjukdomar har skett.

Individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts i hög grad. Andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 94 procent. Andelen trycksår som uppkommit i verksamheten är mindre än 1 procent, vilket är ett gott resultat.

Genomförd egenkontroll visar att följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering är hög.

Kontrollen och uppföljning av avvikelser varje månad fungerar vid enheten men verksamheten ska fortsätta sitt arbete med dokumentationen av utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Resultaten visar av utredningen av patienter med risk för undernäring enligt beslutade strategier under året inte når uppställda mål. Ett förbättringsområde är dokumentation och registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn samt bedömning av nattfasta i tre dygn.

För att förbättra resultaten kommer vi att fortsätta samarbetet med dietisten och ordna handledning vid upptäckt behov. Vi har utbildat en sjuksköterska med ett särskilt nutritions uppdrag och kommer följa upp med regelbundna egenkontroller.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla. Med utbildningsinsatser har resultatet förbättrats men når inte helt uppsatt mål. Den samlade bedömningen är att dokumentationen av hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd finns men att den behöver utvecklas och hållas aktuell. Dokumentation av teammöten samt uppföljning av hälsoplan och åtgärder behöver också förbättras.

Följsamheten till socialstyrelsens framtagna indikatorer för en god palliativ vård i livets slut behöver höjas för att nå ställda mål.

Avvikelser

Under året 2022 har totalt 202 (185) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell. Siffror i parentes är föregående års resultat.

Typ av avvikelse	Antal
Fall varav	165
• Fraktur som följd	3
Läkemedel, varav	36
• Utebliven dos	32
• Läkemedel saknas i läkemedelsskåp	1
• Feladministrerat/felgivet läkemedel	1
• Dubbel dos	1
• Övrigt/annat	1
Trycksår	1

Analys:

På HSL-möten varje månad görs en sammanställning av inträffade avvikelser.

Vid sammanställningen kan ses att ett antal personer står för en hög andel av fallincidenterna. Fallen sker vid egen förflyttning. Få fall leder till fraktur.

I analysen av bakomliggande orsaker till fallavvikelser har inte något speciellt mönster konstaterats.

De fallförebyggande åtgärderna utgår från teamets analys och den enskilda patientens behov. Exempel på beslutade åtgärder är träning av styrka och balans, miljöanpassningar, läkemedelsgenomgång, nutritionsåtgärder, och förskrivning av hjälpmedel.

Av rapporterade läkemedelsavvikelser framgår att det främst handlar om uteblivna doser som en följd av bristande följsamhet till rutiner för kontroller i samband med läkemedelsutdelning. Vidtagna åtgärder är att sjuksköterskan ser över delegeringsförfarandet och har samtal med den berörda personalen. Avvikelser återkopplas och diskuteras vid personalmöten.

Klagomål och synpunkter

Vi har under året fått in ett klagomål som rörde smärtlindring vid ångest hos en av våra boende. Utredningen som genomfördes av ansvarig chef och sjuksköterska kunde inte identifiera några brister i hälso- och sjukvårdsinsatserna. Kontakt och återkoppling togs med boende samt anhörig. Upplevelsen hos den boende var annorlunda än faktisk dokumentation. Anledning till klagomålet kan vara viss kognitiv svikt hos den boende.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Riskhanteringen har på grund av pandemin omfattat flera områden. Genom riskanalyser har det blivit tydligt vilka förbättringar eller uppdateringar av rutiner som behövt göras för att minska risken för smitta och smittspridning.



Riskhantering på individnivå sker genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering. Verksamheten behöver fortsätta utveckla sitt arbete med dokumenterad utredning av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser. Vi kommer att arbeta med en tydlig handlingsplan under kommande år.

Utifrån resultatet av egenkontroller och granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen är den samlade bedömningen att dokumentationen av hälsoplaner, kartlagt hälsotillstånd behöver utvecklas och hållas aktuell. Dokumentation av teammöten samt uppföljning av hälsoplan och åtgärder behöver också förbättras.

Verksamheten behöver arbeta vidare med att implementera lokala regler och rutiner för nutritionsvårdsprocessen. Arbete kommer fortsätta med stöd av utsedd sjuksköterska SNUD. Även måltidsombuden i verksamheten kommer arbeta nära sjuksköterskan.

I samverkan med ansvarig läkare ska verksamheten vidare med att utveckla den palliativa vården med att säkerställa ett gott omhändertagande i livets slutskede

Fortsatt arbete med egenkontroller enligt årshjul för HSL och resultaten i dessa kommer fortsätta.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Kommande utmaningar och mål utan inbördes prioriteringsordning utifrån analys av året som gått.

Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2023

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 4.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
5. Alla rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerade åtgärder.
6. Följsamhet till de av socialstyrelsens fastställda kvalitetsindikatorer och måltal för den palliativa vården i livets slutskede.