

# Patientsäkerhetsberättelse 2023

---

## Trekantens servicehus

Datum: 2024-02-19

Ansvarig för innehåll: Beata Torgersson, verksamhetschef enligt  
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Grundläggande förutsättningar för en god vård .....</b>	<b>4</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier .....	4
3.1.2 Organisation och ansvar.....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
3.1.4 Informationssäkerhet.....	6
3.1.5 Strålskydd.....	7
3.2 En god säkerhetskultur .....	7
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	8
3.4 Patienten som medskapare .....	9
<b>4. Agera för säker vård .....</b>	<b>9</b>
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	14
4.3 Säker vård här och nu.....	15
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	15
4.4.1 Avvikelse.....	16
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	17
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	19
<b>6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b>	<b>20</b>

# 1. Inledning

*Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt PSL 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.

## 2. Sammanfattning

Enhetens mål är att erbjuda vårdtagarna 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. Egenkontroller visar hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Infektionsregistrering har följts varje månad. Vaccinationer har genomförts.

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

Under året har det palliativa arbetet varit ett fokusområde. Medarbetarna har börjat arbeta med DöBra korten och inom HSL arbetet har samverkan mellan läkare och sjuksköterska gällande brytpunktsamtal och även hur man kan arbeta för att identifiera tidiga tecken på övergång till livets slutskede för att säkerställa ett gott omhändertagande i den palliativa vården och omsorgen varit ett fokusområde.

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 och avdelningsmöten 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.

### Framåtblick 2024

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

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 med stöd av SNUD samt ombudsrollerna.

Vårdprocessen som helhet. Olika mötesforum och kopplade egenkontroller som redan görs under året kommer tydliggöra för hela vårdprocessen.

Område som behöver arbetas vidare med är den palliativa vården. Vi kommer fortsätta arbeta och vidareutveckla arbetet med samtalskortet DöBra. Vi ska arbeta för att höja följsamheten till socialstyrelsens framtagna indikatorer för en god palliativ vård i livets slut i samverkan med ansvarig läkare. De palliativa ombuden kommer lära sig att ta fram data ur palliativa registret samt arbeta nära med sjuksköterskan för analys av resultat och hur det kan användas till att förbättra/säkra verksamheten ännu mer.

Uppföljning och att använda resultat av insamlad data ska utvecklas vidare. Analyskunskap för sjuksköterskor, rehab och chefer, utifrån olika indikatorer HSL, palliativa indikatorer och kvalitetsregisterarbetet behöver stärkas och hur dessa kan användas för att kunna utveckla verksamheten.

### 3. Grundläggande förutsättningar för en god vård

Nedan beskrivs mål, strategier, organisation och struktur för arbetet med att förebygga och 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 god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

#### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning



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

##### 3.1.1 Övergripande mål och strategier

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

## Övergripande mål

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdtagarna en god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada

## Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs enligt upprättade riktlinjer, regler och rutiner.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs upprättade regler och rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshandlingen 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 dokumenteras, utreds och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen 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.

### 3.1.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

*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 kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandling tillgodoses. Hen ansvarar för att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas och för att riktlinjer, regler och lokala rutiner görs kända och följs av all personal.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)* och *Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)* 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, MAS 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 samt för att följa för verksamheten upprättade riktlinjer, MAS regler, och lokala rutiner.

*Baspersonal* ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har vid utförande av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter skyldighet att

följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

*Verksamhetsutvecklare för hälso- och sjukvård.* I uppdraget ingår bland annat ett ansvar för att informera, utbilda och stödja äldreomsorgens verksamheter och utsedda dokumentationshandledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation.

*Externa stödfunktioner inom patientsäkerhet.* Stadsdelen har genom avtal tillgång till stödfunktioner som Vårdhygien Stockholm, Oral Care tandvårdenhet, Palliativt kunskapscenter (PKC) och Apoteket AB. för rådgivning ,stöd, utbildningsinsatser och uppsökande verksamhet.

### **3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

#### *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 förebygga 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 samt smittskydd. Samverkan sker även med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

### **3.1.4 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

#### *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 och hur samtycke sker enligt GDPR. Behörighetstilldelning för nyanställd personal tilldelas av ansvarig chef HSL. Regelbundna kontroller görs genom loggning av åtkomst, loggkontroll av en utsedd kontrollperson på enheten.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har omfattat att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal har tillförts journalen.

### **3.1.5 Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Verksamheten använder ingen utrustning som medför exponering för joniserande strålning. Verksamheten behöver därmed inte redovisa ett strålskyddsbokslut.

## **3.2 En god säkerhetskultur**



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. En god säkerhetskultur kännetecknas av ett gemensamt aktivt arbete där alla utifrån sin roll bidrar och agerar för att identifiera och minimera risker och skador och där patienten görs delaktig.

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 vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelser tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Vi chefer kommunicerar öppenhet och dialog kring avvikelser. Vid olika mötesforum arbetar vi med värdegrundskort för äldreomsorgen. Medarbetarna redovisar sina tankar och funderingar gällande olika dilemman och frågeställningar och vi får bra respons från personalen att man tycker detta känns bra. Denna transparens med avvikelser och händelser skapar en tillåtande arbetsmiljö. Vi har även en reflektionshandledare i verksamheten och reflektionsmöten är också inbokade regelbundet.

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.

Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen för att dra lärdom av både positiva och negativa avvikelser.

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 det dagliga rapporteringstillfället med baspersonalen.

### **3.3 Adekvat kunskap och kompetens**



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

Verksamheten har minskat andelen timanställda, syftet är att få en förbättrad kontinuitet för våra boende. Vi har genomfört schemaförändringar säkerställa kompetens och rätt bemanning. För vårdpersonalen har vi erbjudit kompetensutveckling under året såsom usk 3 och usk 4 utbildningar. Vi erbjuder även varierade digitala utbildningar som höjer kompetensen för vår personal.

Kompetensförsörjningen gällande sjuksköterskor har varit en utmaning på grund av viss sjukfrånvaro under året.

Våra ordinarie sjuksköterskor har utbildats i kliniskt bedömning och användning av ViSam beslutstöd. Detta arbete måste man fortsätta att implementera i verksamheten med hjälp av olika checklistor, stöd av avdelningens verksamhetsutvecklare samt återkopplingar på HSL möten av chef.

Introduktionsmaterialet för HSL personal har förvaltningen sett över. 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. Tid avsätts extra för detta arbete.

Utmaningar under året som kommer är att fortsätta med att utveckla den palliativa vården i livets slutskede för hela verksamheten samt att fortsätta arbeta mer praktiskt med verktyget ViSam beslutstöd som ska användas vid försämrat hälsotillstånd hos en patient.

Ombudsrollerna kommer även få mer tydliga uppdrag.



### 3.4 Patienten som medskapare



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

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 har följts enligt smittskydd. Rutiner för säkra besök har åtföljts. Aktuell information finns uppsatt i korridorer 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.

### 4. Agera för säker vård

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



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

innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Tabellen visar egenkontroller 2023

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fall</li> <li>· Undernäring</li> <li>· Trycksår</li> <li>· Inkontinens</li> <li>· Munhälsobedömning</li> </ul>	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andel patienter med aktuell bedömning av förflyttningsförmåga	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån framtagna mallar för egenkontroll	8 gånger under året	Vodok
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger under året	Vårdhygiens blanketter för Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll utifrån svensk förening för vårdhygien ( SFVH) framtagna checklista
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistreringsblankett
Avvikelser	4 gånger per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet  Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gånger 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 synpunkter och klagomål

## Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2023

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
1.Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner	<p>1.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 2 gånger per år.</p> <p>1.2. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.</p> <p>1.3 Granskning av andel medarbetare som genomfört vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst 1 gång per år</p>	<p>1.1 Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 80 respektive 70 procent</p> <p>1.2 Andelen infektionsregistreringar som har genomförts månatligen uppgår till 100%</p> <p>1.3. Andel medarbetare som genomfört vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 100 %</p>	Målet uppfyllt.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	2.Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	<p>Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fall uppgår till 82 procent</li> <li>· Undernäring uppgår till 82 procent</li> <li>· Trycksår uppgår till 82 procent.</li> </ul> <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fall uppgår till 82 procent</li> <li>· Undernäring uppgår till 30 procent</li> <li>· Trycksår uppgår till 16 procent</li> </ul>	För målet godkänt resultat bör andelen riskbedömningar uppgå till minst 90 procent.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade 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	<p>Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fall uppgår till 59 procent</li> <li>· Undernäring till 100 procent</li> <li>· Trycksår till 100 procent</li> </ul>	Målet delvis uppfyllt

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
<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. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad 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 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 50 procent</li> <li>· bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 50 procent</li> <li>· beräkning av dagligt energibehov uppgår till 0 procent</li> <li>· bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 77 procent</li> </ul>	Målet inte uppfyllt.
<p>5. Alla rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerade åtgärder.</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 93 procent</p>	Godkänt resultat
<p>6. Följsamhet till de av socialstyrelsens fastställda kvalitetsindikatorer och måttal för den palliativa vården i livets slutskede</p>	<p>Granskning av avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.</p>	<p>Under 2023 har en registrering i Palliativregistret gjorts, vilket motsvarar 30 % av andelen avlidna i verksamheten under året.</p>	se avsnitt 4.5

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att många av verksamheten mål för patientsäkerhetsarbetet 2023 har uppnåtts.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög och indikerar att personalen följer rutinerna. Vi ser i PPM mätningen att ringar och plastnaglar som ej är tillåtet finns i vår verksamhet. Vi chefer måste påtala detta till vår personalgrupp. Förra året hade vi inte dessa problem hos oss.

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 98 procent. Andelen patienter med trycksår som uppkommit i verksamheten är i jämförelse på en fortsatt låg nivå, ca 3 procent.

Utvecklingsområden gällande det fallpreventiva arbetet är dokumentationen av kartlagt hälsotillstånd, målformulering, planering och uppföljning av åtgärder i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Genomförd egenkontroll visar att följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering är hög. Vi ser i handlingsplanen att samarbetet mellan receptionen och sjuksköterska för att boka kunskapstest för delegering är något vi måste arbeta med. Ordning och reda i medicinskåpen samt ansvarsområdet för kontaktpersonen har också tagits upp på interna möten. Sjuksköterskan har även sett över signeringslistan inne hos boende och lämna fria rader för att kunna dokumentera tydligare.

Kontrollen och uppföljning av inträffade avvikelser sker varje vecka på avdelningsmötet. Här diskuterar man bakomliggande orsaker och analys till inträffad avvikelse. HSL personal, både

sjuusköterska och rehabpersonal håller i informationen på mötet. Allt dokumenteras sen i minnesanteckningar som delges all personal på huset. Upprättade handlingsplaner följs upp samt återkopplas på interna HSL möte 2 ggr/månad och i kvalitetsforum.

Gällande nutritionsvårdsprocessen ser vi brister i kartlagt hälsotillstånd. Ny dietist kommer samarbeta mer med utsedd sjuusköterska SNUD under året. 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 sjuusköterska med ett särskilt nutritions uppdrag och kommer följa upp med regelbundna egenkontroller. Detta arbete behöver vi fortsätta med under 2024.

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. Vi har följt upp egenkontroller på HSL möten under året. HSL personalen är medveten om att detta arbete måste fortsätta under 2024 samt att hela vårdprocessen måste ses över.

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

#### 4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om risker och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder. Sammanställning av avvikelser redovisas i avsnitt 4.4.

#### Vårdskador och fördjupade utredningar

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som anmäls enligt lex Maria
0	0	0

Inträffade Hälso- och sjukvårdsavvikelse gås 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 en vårdskada utretts i verksamheten.

## 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen.

**HSL dokumentationen** har följts upp genom systematiska egenkontroller 8 ggr under året enligt årshjul och utifrån olika vårdprocesser.

**Nutritionsvårdsprocessen**- samverkan och mötesforum för SNUD och måltidsombuden har skett med dietist för att utveckla nutritionsvårdsprocessen. Sjuksköterskorna har haft stöd av dietist utifrån resultat av genomförda egenkontroller.

**Palliativ vård i livets slutskede** - utvecklad samverkan och rutiner för reflektion med läkare efter dödsfall, Dö Bra kortleken har använts för att underlätta samtal om livets slutskede samt öka personcentrering vid vård i livets slut. Rutiner för att utveckla systematiken kring efterlevnadssamtal och implementering av närståendeenkäter efter dödsfall har tagits fram.

**ViSam** -Strukturerad bedömning vid försämrat hälsotillstånd. Under året har vi arbetat vidare med beslutsstödet ViSam. Sjuksköterskorna tycker arbetsredskapet känns som stöd vid bedömningar.

**Läkemedelshantering och delegering** Egenkontroller och extern granskning av Apoteket har genomförts enligt årshjul. fåtalet identifierade brister identifierades och åtgärdats enligt upprättad handlingsplan. Här kommer uppföljning ske under mars 2024. Verksamhetens lokala rutin för delegering har reviderats med stöd av MAS.

**Smittförebyggande arbete**- Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts 2 ggr/år enligt beslutat årshjul. Lokala rutiner för det smittförebyggande arbetet i har tagits fram i samverkan med MAS.

**Avvikelsehantering**- sker veckovis vid utsett kvalitetsråd. Här tas avvikelser upp och analys sker i teamet. (Sammantaget blir det ca en timme/månad att diskutera avvikelser i team.)

### 4.3 Säker vård här och nu

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



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

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.

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. Genom riskanalyser har det blivit tydligt vilka förbättringar eller uppdateringar av rutiner som behövt göras

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.

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.

### 4.4 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. 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.

#### 4.4.1. Avvikelser

Alla avvikande händelser som berör hälso- och sjukvård ska rapporteras i hälso- och sjukvårdsavvikelsemodulen i Vodok.

För **fall** gäller att samtliga fall ska rapporteras i avvikelsemodulen i Vodok. När ett fall *inte* beror på en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef bedömt, vanligtvis baserat på teamets bedömning, att fallet inte hade kunnat undvikas med fler eller andra fallpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter krav på att alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska rapporteras till Läkemedelsverket, tillverkare och för kännedom till IVO. Verksamhetschef ansvarar för att i samråd med MAR eller MAS göra en anmälan.

#### Enhetens arbete med avvikelseprocessen

Ny mötesstruktur är framtagen under 2023. Avvikelseprocessen initieras varje onsdag med möte mellan sjuksköterskor och rehab personal. Här tas nya avvikelser upp och föregående från veckan innan avslutas. Vid avdelningsmöte varje fredag avsätts 15 minuter till kvalitetsråd, att i teamet undersköterska, sjuksköterska, rehab och chef analysera veckans avvikelser.

Denna regelbundna, täta mötesstruktur skapar för medarbetaren delaktighet och förståelse för processen.

#### Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	49	48	43 avvikelser berör utebliven dos
Specifik omvårdnad	0		
Specifik rehabilitering	0		
Trycksår	0		
Vårdkedjan	0		
Vårdrelaterad infektion	0		
<b>totalt</b>	49	48	



## Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal rapporterade fall som bedömt bero på brist i hälso- och sjukvård
234	29 varav 3 frakturer	0

De rapporterade skador som inte fick konsekvensen fraktur handlar om skador i form av tex bulor, skrapmärken, sårskada samt blåmärken.

Enhetens samlade analyser av de avvikelser som inträffat ser vi att fall och utebliven dos i läkemedelshanteringen har ökat. Vi ser fortsatt att inrapporterade avvikelser berör ett fåtal områden.

Ökningen av inrapporterade fallavvikelser kan bero på att vi infört en ny mötesstruktur och att fallen rapporteras mer frekvent i denna nya struktur. Vår sjukgymnast är också mer involverad nu då hon håller i onsdagsmöten där avvikelser tas upp. Vid sammanställningen kan ses att ett mindre antal personer står för en hög andel av fallincidenterna. Fallen sker vid egen förflyttning. De fallförebyggande åtgärderna som planeras utgår från teamets analys och den enskilda patientens behov. Få fall har under året lett till fraktur vilket tyder på att enheten arbetar effektivt med att utifrån riskbedömningar och analyser av avvikelser arbeta med skadepreventiva åtgärder.

Gällande läkemedelsavvikelser är utebliven dos den vanligaste avvikelser. Analysen kan vara att man blir avbruten i sitt arbete/ personal glömmer ibland på grund av stress. Vi följer upp och analyserar detta under våra fredagsmöten där även sjuksköterskan deltar för att identifiera förbättringsåtgärder.

Målet är att arbeta med en säkerhetskultur och se till att all personal känner ansvar och medverkar i att identifiera eventuella risker i arbetssätt och/eller organisationen. Viktigt är även att vi i ledningen på Trekanten lyfter detta och följer upp i verksamhetens gemensamma mötesforum.

### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

Verksamheten följer stadsdelens policy gällande rutiner för synpunkter och klagomål. Det som rör hälso- och sjukvård sammanställs av sjuksköterska samt rehab och analyseras på interna möten på enheten. Återkoppling sker alltid enligt rutin till berörda parter.

Under 2023 har verksamheten tagit emot ett klagomål på hälso- och sjukvården. Klagomålet rörde en såromläggning som missades vid ett tillfälle på grund av brist i kommunikation när en personal uteblev på grund av sjukdom. Kontaktuppgifter till bemanningsföretag när detta är aktuellt ska finnas tillgängligt för baspersonalen i tjänst under helger och jourtid. En lärdom är att verksamhetens rutin för arbetsledning under jourtid behöver vara väl känd hos samtliga medarbetare.

Under året har verksamheten även mottagit flera positiva synpunkter. Synpunkterna har sammanfattningsvis berört fin vård i livets slutskede och personalen goda bemötande.

## 4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

### 4.5.1 Svenska Palliativregistret

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultaten används för att se områden som behöver utvecklas och förbättras.

I tabellen redovisas resultatet från registrerade dödsfall 2023

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	100%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	100%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	100%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	100%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	100%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	100%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	0%

Resultatet är baserat på ett fåtal registreringar.

### 4.5.2 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ska användas för att identifiera och registrera risker och bakomliggande orsaker för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade åtgärder och ett systematiskt arbetssätt.

Tabellen visar enhetens registreringar under 2023

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
48	92%	100%	65%

Knapp 60% av boende har registrerats i Senior Alert under 2023. Detta är ett utvecklingsarbete som kommer fortsätta.

## 5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

En kontinuitetsplan finns framtagen för verksamheten. Ett övningstillfälle har genomförts inom stadsdelen där även verksamheten deltog.

Riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering. Verksamheten fortsätter arbetet med dokumenterad utredning av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser vid verksamhetens mötesforum för avvikelshantering

Utifrån resultatet av egenkontroller 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. Arbetet kommer fortsätta med stöd av dietist och utsedd sjuksköterska SNUD. Även måltidsombuden i verksamheten kommer arbeta nära sjuksköterskan.

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

Fortsatt arbete med egenkontroller enligt årshjul för HSL sker. Analys och uppföljning av resultatet från egenkontroller, kvalitetsregister och insamlad data ska användas i förbättringsarbetet.

## 6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Smittförebyggande arbete	Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen.</li> <li>- Vaccinationer genomförs i samverkan med läkarorganisation i enlighet med regionens riktlinjer.</li> <li>- Vid misstänkt eller konstaterad smitta följs handlingsprogram och samverkan sker med vårdhygien för att säkra ett korrekt omhändertagande.</li> <li>- Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler.</li> <li>- Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL.</li> <li>- Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL- Uppföljning av infektionsregistrering månatligen.</li> </ul>
Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov	<p>1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs.</p> <p>2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>- Utbildad SNUD-sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar används som stöd för arbetet med nutritionsvårds-processen.</li> <li>- Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>- Sjukgymnast/ fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>- Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan.</li> <li>- Fortsatt implementering av ViSam beslutstöd för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.</li> <li>- Egenkontroll av ViSam användning våren 2024.</li> </ul>

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Hälsa- och sjukvårdsdokumentation	Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare.</li> <li>- Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</li> </ul>	- Egenkontroller av hälsa- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul vid 8 tillfällen under året.
Avvikelsehantering	Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner.</li> <li>- Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp.</li> <li>- Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.</li> </ul>	- Uppföljning i enhetens veckovisa forum för avvikelsehantering av att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedöms.