

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

Datum: 2024-02-26

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

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Sammanfattning	3
3. Grundläggande förutsättningar för en god vård	4
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.....	6
3.2 En god säkerhetskultur	7
3.3 Adekvat kunskap och kompetens	7
3.4 Patienten som medskapare	8
4. Agera för säker vård	9
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	11
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer	12
4.3 Säker vård här och nu.....	13
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	14
4.4.1 Avvikelse.....	14
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	16
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år	18

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 har varit att erbjuda vårdtagarna en god säker och förebyggande hälso- sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada. Samverkan med de boende och anhöriga är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Anhöriga erbjuds möjlighet i att medverka i patientsäkerhetsarbete via ankomstsamtal samt teammöte.

Under 2023 har fokus varit på fortlöpande riskanalyser och det förebyggande arbetet med att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner, avvikelshanteringsprocessen samt att utveckla nutritionsvårdsprocessen och följsamhet till de av socialstyrelsen fastställda kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede.

Verksamheten har arbetat kontinuerligt med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra smitta och smittspridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering har följts varje månad.

Enheten har fortlöpande arbetat med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetsätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras. Under året har individuella riskbedömningar genomförts i mycket hög grad

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet har avvikelser sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder. Verksamheten kommer fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

All omvårdnadspersonal har erhållit munvårdsutbildning under 2023. Dessutom har samtliga måltidsombuden erhållit utbildning till munvårdsambassadörer under 2023. Samtliga sjuksköterskor har utbildats i klinisk bedömning och beslutstödet ViSam som ska användas vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos en patient och inför kontakt med läkare för att säkerställa informationsöverföring till annan vårdgivare.

Under vårterminen 2023 erhöll biträdande enhetschef Ledarskapsutbildning -att leda den palliativa vården i kommunal vård och omsorg. Arbeta med DöBra kortleken påbörjades för samtliga medarbetare på Axelsbergs vård och omsorgsboende under hösten 2023.

Framåtblick 2024

Fokus under 2024 blir att fortsätta arbeta med att utveckla rutiner och processer för kvalitetsarbete för att kunna erbjuda vård av hög kvalitet.

Palliativ vård kommer fortsättningsvis att vara ett fokusområde för förbättring i verksamheten. Resultat från palliativ registret ska användas i förbättringsarbetet.

Kvalitetsregister Senior alert ska användas i förbättrings arbete gällande patientsäkerhet.

Verksamheten arbetar vidare med att utveckla avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition med fokus på analys, åtgärder och uppföljning. Dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt och viktigt förbättringsområde.

Egenkontroll/nutrition visar att arbete med nutritionsvårdsprocessen blir ett fortsatt fokusområde för utveckling under kommande året.

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 Hälsa- 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 skyldighet att vid utförande av delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter 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 tandvårdsenhet, 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.

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och 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

Gemensamma träffar gällande palliativ vård genomförs med övriga stadsdelsverksamheter.

Verksamheten samarbetar med stadsdelens dietist i frågor gällande mat och måltider. Dietisten stöttar verksamheten då behovet finns och deltar vid möte med verksamhetens måltidsombud.

Verksamheten har tillgång till övriga stödfunktioner som Vårdhygien Stockholm, Oral Care, Palliativt kunskapscentrum (PKC), Hjälpmedel Stockholm och apoteket AB för rådgivning, stöd, utbildningsinsatser och uppsökande verksamhet.

3.1.4 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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.

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

Loggkontrollen, både användar- och patientperspektiv är genomförda under 2023. Inget obehörigt intrång har identifierats under året.

Kontroll av att icke aktuella användares behörigheter avslutats har skett regelbundet.

Egenkontroll av HSL dokumentationen har utförts enligt planeringen som finns i årshjul.

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 sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen under HSL möten för att vidare kommuniceras med omvårdnadspersonal på respektive avdelning

Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen..

Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS.

Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

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.

Kompetensbaserat rekrytering används vid nyanställning. Introduktionsrutin vid nyanställning finns.

Verksamheten erhöll Silviahemmets certifiering under våren 2022 och fortsätter arbeta enligt Silviahemmets vård filosofi. Reflektionsstunder för personal är schemalagda. En sjuksköterska erhöll ledarskapsutbildning i att leda den palliativa vården i kommunal vård och omsorg.

Teambaserat arbetssätt tillämpas och inkluderar personen, närstående och personal. Tider för teammöte är schemalagda.

Kompetensutvecklingsplan upprättas utifrån verksamhetens behov för att säkerställa rätt kompetens i verksamheten. All omvårdnadspersonal har erhållit munvårdsutbildning under 2023. Munvårds ambassadörer har utbildats under 2023. Samtliga sjuksköterskor har utbildats i klinisk bedömning och beslutstödet ViSam som ska användas vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos en patient och inför kontakt med läkare för att säkerställa optimal vårdnivå och informationsöverföring till annan vårdgivare. Omvårdnadspersonal erhölet utbildning i rapporteringsstöd.

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 ges bland annat information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas och en i informationsbroschyr om 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.

Boenderåd finns i verksamheten. Mötestiderna är inbokade för hela året, ett tillfälle per månad. Fler mötestillfällen erbjuds om behovet uppkommer.

Anhörigmöte erbjuds två gånger per år.

På Axelsbergs vård och omsorgsboende pågår ett utvecklingsarbete med personcentrerat förhållningssätt utifrån Silviahemmets vård filosofi. Syftet är att stödja personen till delaktighet och arbeta teambaserat.

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"> · Undernäring · Trycksår · Inkontinens · Munhälsobedömning 	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen patienter med aktuell ADL- bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen 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
Uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentation	8 gånger under året	Upprättade granskningsmallar
Basala hygienrutiner och klädregler	Punkt prevalens mätning 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 enligt checklista framtagen av svensk förening för vårdhygien (sfvh)
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Infektionsregistreringsblankett
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
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.
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
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 under året	Senior Alert
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter
Loggkontroll av åtkomst till Vodok och NPÖ	6 gånger under året	Vodok och NPÖ

Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2023

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer vid Punktprevalensmätningar 2 gånger per år. 2. Granskning av genomförda infektionsregistreringar månatligen 3. Granskning av andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst årligen	1. Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 94% 2. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 % 3. Andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 90%	Målet uppfyllt Enheten fortsätter med samma arbetsätt
2. Alla patienter som samtycker ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.	2. Andel aktuella riskbedömningar för: · Fall uppgår till 96 procent · Undernäring uppgår till 89 procent · Trycksår uppgår till 98 procent Andel patienter med risk för: · Fall uppgår till 85 procent · Undernäring uppgår till 58 procent · Trycksår uppgår till 26 procent	Målet uppfyllt.

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måloppfyllelse
3. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	Granskning av andel upprättade hälsoplaner i patientjournalen för patienter som identifierats med ökad risk för fall, undernäring och trycksår.	3. Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: · Fall uppgår till 73 procent · Undernäring till 75 procent · Trycksår till 27 procent	Målet inte uppfyllt
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	4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad 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 bedömning av munstatus enligt ROAG.	4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar: · registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 50 procent · bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 33 procent · beräkning av dagligt energibehov uppgår till 50 procent · bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 78 procent	Målet inte uppfyllt Verksamheten har genomfört nattfaste mätningar för samtliga patienter dock har inte resultatet dokumenterats på ett korrekt sätt. Förbättrings arbete med dokumentation av utförda åtgärder fortsätter under 2024.
Rapporterade avvikelser som har en dokumenterad utredning med analys, åtgärder och slutlig bedömning i avsett system för registrering av avvikelser ska öka.	Granskning av andelen rapporterade avvikelser där utredning, analys, planerade åtgärder och slutlig bedömning finns dokumenterat.	Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till ca 35 procent	Målet inte uppfyllt. Dokumentationen av avvikelser i avsett system för avvikelshantering behöver förbättras.
Följsamhet till de av socialstyrelsen fastställda kvalitetsindikatorer och måltal för palliativ vård i livets slutskede.	Granskning av genomförda registreringar Svenska Palliativregistret.	Resultatet redovisas under avsnitt 4.5.1	Målet inte uppfyllt

Egenkontroller visar på en hög följsamhet basala hygienrutiner och klädregler och ingen smittspridning har skett under året. Riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår har genomförts i hög grad. Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt förbättringsområde. Andelen dokumenterade utredningar vid bedömd risk för undernäring har förbättrats något men blir fortsatt ett fokusområde för utveckling under kommande året.

Andelen avvikelser som i avsett system för avvikelshantering har dokumenterats med utredning, analys och vidtagna åtgärder ligger i nivå med föregående år. Ledningen kommer att arbeta mer med att öka kunskapsnivå kring avvikelshantering med stöd av MAS och MAR.

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	1	0

En fördjupad utredning genomfördes som berörde omhändertagande av en patient efter en fallincident. Brist på följsamhet till regler för åtgärder vid inträffat fall bedömdes inte som risk för vårdskada. De åtgärder som vidtogs var samtal med berörd personal och information om gällande regel för åtgärder vid inträffat fall.

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.

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroller genomförs enligt beslutad rutin och årshjul för hälso- och sjukvården.

Enheten har under året reviderat sina lokala rutiner för avvikelshantering och handlingsplan upprättas för att arbeta mer strukturerat med avvikelshandlingen utifrån nya rutiner.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts med validerade bedömnings instrument enligt riktlinjer. Registrering i Senior Alert och BPSD används för att bedöma risker och behov av insatser.

Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs.

HSL- möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätningar. Resultatet av egenkontrollen visar på god följsamhet till basala hygienrutiner. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

Vaccinationer har genomförts enligt planering och sker enligt gällande rekommendationer.

Extern kvalitetsgranskning och egenkontroller har genomförts vad gäller läkemedelshantering och delegeringsförfarandet två gånger under 2023. Handlingsplan har upprättats för det som behöver åtgärdas och har följts upp.

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

Samverkan med ansvarig läkare har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede. För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret i syfte att använda resultatet för att kvalitetssäkra den palliativa vården.

Enheten har reviderat sina lokala rutiner för att strukturera arbetet med nutrition på ett bättre sätt. För att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har fortsatt arbete med nutritionsvårdsprocessen skett i samarbete med dietist. Sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar (SNUD) finns i verksamheten. Kostombuden träffas regelbundet och förväntas sprida kunskap om nutritionprocessen i vårdnära arbete.

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.

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Riskanalyserna har omfattat områden som följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, tillgång till och korrekt användning av skyddsutrustning, informationsöverföring och dokumentation, bemanning/ personalförsörjning. Riskanalyserna har följts upp kontinuerligt av verksamhetschef och medarbetare. Utifrån identifierade risker har en handlingsplan med åtgärder tagits fram.

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.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktman, fysioterapeut 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

Patientsäkerhet och kvalitet finns med som en obligatorisk punkt på avdelningsmöten samt finns som stående punkt på APT agenda.

Alla medarbetare är delaktiga under avvikelseprocessen genom rapportering och gemensam diskussion kring det inträffade. Teammöte är schemalagda, skapar delaktighet och förståelse för processen och därmed en bättre patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	13	10	
Specifik omvårdnad	0	0	
Specifik rehabilitering	0	0	
Trycksår	0	0	
Vårdkedjan	1	0	
Vårdrelaterad infektion	0	0	
totalt	14	10	

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
83	10 varav 2 frakturer	0

Fallavvikelser står för majoritet av rapporterade händelser. En del fall avvikelser avser samma personer. Det kan vara svårt att förhindra fallincidenter helt med tanke på patienternas ålder och sjukdomsbild. Verksamheten arbetar fortlöpande med fallpreventiva och skadepreventiva åtgärder och ofta finns ett behov av flera åtgärder. Miljöanpassningar, förskrivning av hjälpmedel, läkemedelsgenomgång, träning av styrka och balans är exempel på förbyggande åtgärder. Alla fallrapporter tas upp med patientansvarig läkare under ronden. Alla fall som lett till någon form av misstanke om skada rapporteras till läkare samma dag.

Övriga rapporterade avvikelser är få till antal och rör nästan uteslutande läkemedelsavvikelser. Det kan tyda på en underrapportering. Avvikelserna rör överlag utebliven dos. Verksamheten behöver fortsätta arbetet för hög säkerhetskultur med rapportering, utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

Verksamheten kommer att vidareutveckla processen kring klagomål och synpunkter.

4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

4.5.1 Svenska Palliativregistret

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måttal 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 %	43 %
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98 %	43 %
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98 %	57 %
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100 %	29 %
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 %	29 %
Utan trycksår (kategori 2-4)	90 %	71 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	71 %

Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Samverkan med ansvarig läkare har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede. Trots det ser vi försämrade resultat i registrerade kvalitetsindikatorer. Resultat visar att antalet dokumenterade brytpunktssamtal har minskat i jämförelse med föregående år.

Vi arbetar vidare med att identifiera tidiga tecken som kan tyda på att patienten närmar sig livets slutskede. Användande av checklista vid vård i livets slutskede ska säkerställa omhändertagandet och dokumentation. Vid samverkansmöten ser vi att det kan ha funnits svårigheter att tolka och besvara frågor i palliativ registret vilket också kan ha bidragit till ett mer negativt resultat. Vi har under hösten ytterligare stärkt vår samverkan med ansvarig läkarorganisation. Bland annat genom rutiner för gemensam reflektion efter dödsfall.

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
33	84 %	94 %	63%

Antal registrerade personer har minskat under 2023 vilket delvis kan bero på att nyanställda sjuksköterskor inte hade behörigheter och tillräckligt med information gällande enhetens arbete med Senior Alert. Verksamheten ska se över sina rutiner för nyanställningar samtidigt som arbetet med registreringar i nationella kvalitetsregistret behöver struktureras mer.

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. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet och prioriterade mål för 2023 har uppnåtts samtidigt som det visar att det återstår en del förbättringsarbete.

Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla avvikelshanteringens både vad gäller att identifiera och rapportera avvikelser och dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser, som kan bidra till förbättringsarbete och lärande. Verksamheten kommer att arbeta vidare med att utveckla avvikelshanteringsprocessen även under 2024.

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt förbättringsområde. Egenkontroller kommer att genomföras med den omfattning och frekvens som behövs för att synliggöra behov och förbättringsåtgärder. Egenkontroll visar att arbete med nutritionsvårdsprocessen blir ett fortsatt prioriterat område för utveckling under kommande året.

Erfarenheter och resultat från registrering i Palliativregistret ska användas i förbättringsarbete i samverkan med ansvarig läkarorganisation. Registrering i kvalitetsregister Senior alert ska användas i patientsäkerhetsarbete.

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

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Hälso- och sjukvårdsdokumentation	Hälso- och sjukvårdsdokumentationen lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer	<ul style="list-style-type: none"> - Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare. - Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser. 	- Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomförs enligt årshjul vid 8 tillfällen under året.
Palliativ vård	En god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	<ul style="list-style-type: none"> - Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut. -Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande. - Reflektionssamtal ska genomföras tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativ registret. -efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i svenska palliativ registret rapport var tredje månad. - Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar 8 gånger per år.
Avvikelsehantering	Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	<ul style="list-style-type: none"> -Kunskapsstöd av MAS och MAR för att vidareutveckla processen för avvikelsehantering - Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner. - Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp. -Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT. 	- Minst månatlig uppföljning i forum för avvikelsehantering av att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedöms.