

Tabell- bilagor

Patientsäkerhetsberättelse

för Koppargårdens

Vård-och omsorgsboende

År 2024



Datum 2024-12-16

Ansvarig för innehållet: Mohammad Arghashi

Diarienummer

Tabellen nedan visar 57 egenkontroller på sjuksköterskans journaler under perioden 240101–241216

Finns information om...?	Ja	Nej	Kommentar
Kontaktuppgifter			
Planerings ansvariga personal	48	9	
Närstående	53	4	
Uppgift om kontakt närstående nattetid	52	5	Då patienten hade inga närstående
Bakgrund			
ID-kontroll	57	0	
Samtycke?	57	0	
Används frastexter?	57	0	
Medicinska diagnoser	57	0	
Är källa korrekt angiven?	57	0	
Ansvarig läkarorganisation	57	0	
Funktionstillstånd - ICF, mätvärden, bedömningsinstrument			
Finns ICF-klassifikation? Har bedömningsfaktor använts? Finns det kompletterande fritext? Innehåller texterna tillräcklig information?			
Läkemedelsansvar	57	0	
Används frastext?	57	0	
Kommunikation	57	0	
Förflyttning	rehab		
Personlig vård	rehab		
Psykiska funktioner	57	0	
Sinnesfunktioner och smärta	56	1	Fattades smärta i en journal
Röst och talfunktioner	54	3	
Hjärt-kärlfunktioner...	55	2	
Funktioner i köns- och urinorgan	57	0	
Rörelserelaterade funktioner	rehab		
Funktioner i huden...	53	4	
Produkter och teknik	56	1	
Mätvärden	57	0	
Aktuella obligatoriska riskbedömningar	54	3	
Framgår eventuella risker?	ja		
Används sökord "tackar nej till bedömning" i förekommande fall? Nej			

Tabellen nedan visar 57 egenkontroller på sjuksköterskornas journaler under perioden 240101–241216

Finns information om...?	Ja	Nej	Kommentar
Kartlagt hälsotillstånd	Ja man använder om man vill förklara mer risken.		Förbättringspotential finns
Bygger det kartlagda hälsotillstånd på data från delen funktionstillstånd? ja			
Framgår patientens delaktighet, önskemål och prioriteringar, ja			
Där bedömning tyder på risk har man då agerat på det? ja			
Är analysen gjord i teamet? Av berörda yrkeskategorier? ja			
Hälsoplan och ordinationer/åtgärder			
Innehåller planen problem/risk?	ja	I alla journaler vad risken finns	
Innehåller planen avsett hälsotillstånd? ja		I alla journaler vad risken finns	
Är avsett hälsotillstånd formulerat enligt SMARTA mål? ja			
Bygger planen på det kartlagda hälsotillståndet och patientens önskemål? Ja oftast			
Är hälsoplanen upprättad i teamet? Av berörda yrkeskategorier? ja alltid			
Innehåller planen planerade (kopplade) ordinationer/åtgärder? ja alltid			
Finns dokumentation av utförda ordinationer/åtgärder? Och/eller sammanfattning? ja			
Har uppföljning och utvärdering genomförts enligt plan? Gemensamt i teamet? Av berörda yrkeskategorier? Ja			
Vid nytt funktionstillstånd, har det dokumenterats? Ja			
Ordinationer/åtgärder för samordning och information			
Samordning/administration/planering	54	3	
Framgår syftet med konferens om/med patient och/eller närstående? ja			
Information/undervisning/rådgivning	ja		
Framgår vilken information som förmedlats till patient/närstående? ja			
Palliativ vård i livets slutskede			
Dokumenteras all vård efter brytpunktssamtal i den "palliativa planen" ja			
Sammanfattningsvis			
Framgår det att man arbetar i team?	ja		
Kan hela vårdprocessen följas i dokumentationen? ja			
Framgår det om patienten varit delaktig i utformningen av sin vård? De flesta ja			
Läkarkontakt, syfte brytpunktssamtal, ja			
Läkarkontakt: syfte läkemedelsgenomgång, ja			

Resultat

Tabellen visar genomförde granskningar av 57 journaler under 2024. Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på respektive våningsplan har granskat varandras journaler oberoende och opartiskt.

Granskningen omfattade patienter, permanenta och växelvård.

Vårt mål är att kunna göra flera granskningar av journaler under 2025.

Verksamheten gjorde 70 egenkontroller på sjuksköterskors journaler under 230101–231231.

Analys

Den övergripande kvaliteten på journalerna var god. Majoriteten av sjuksköterskorna hade använt standardiserade fraser och tydligt strukturerat journalinnehållet, inklusive rubriker för status och anamnes.

De observerade bristerna under granskningen var:

- *Planeringsansvar för personal:* Saknades i 9 av 57 journaler, både för rehabilitering och sjuksköterskans ansvar
- *Närståendeinformation:* Saknades i 4 journaler, troligtvis på grund av avsaknad av närstående
- *ID-kontroll:* Förekom i alla 57 journaler
- *Samtycke:* Förekom i alla 57 journaler
- *Medicinska diagnoser:* Förekom i alla 57 journaler
- *Läkemedelsansvar:* Förekom i alla 57 journaler
- *Mätvärden:* Förekom i alla 57 journaler
- *Kommunikation:* Förekom i alla 57 journaler
- *Röst- och talfunktion:* Saknades i 3 journaler
- *Funktion i köns- och urinorgan:* Förekom i alla 57 journaler
- *Psykiska funktioner:* Förekom i alla journaler
- *Hjärt-funktion:* Saknades i 2 journaler
- *Källa:* Förekom i alla 57 journaler
- *Ansvarig läkarorganisation:* Förekom i alla journaler
- *Synfunktion och smärta:* Saknades i 1 journal
- *Hudfunktion:* Saknades i 4 journaler
- *Produkt och teknik:* Saknades i 1 journal
- *Aktuella obligatoriska riskbedömningar:* Saknades i 3 journaler, alla hos nyligen inflyttade boende
- *Kartläggning av hälsotillstånd:* Förekom alltid, efter bedömning av boendes hälsosituation
- *Samordning:* Förekom i alla 57 journaler
- *Palliativ vård i livets slutskede:* Dokumenterat för alla palliativa boende, inklusive öppna rubriker för palliativ vård vid läkarbesök
- *Brytpunktsamtal:* Förekom för alla palliativa boende vid läkarkontakter
- *Läkemedelsgenomgång:* Förekom i alla kontrollerade journaler

Slutsats

De flesta bristerna kan härledas till att uppdateringar inte gjordes efter inskrivning. Bristerna tyder inte på kompetensbrist, eftersom all legitimerad personal har fått den utbildning som krävs och de flesta kan följa dokumentationssystemet (Vodok) korrekt.

Åtgärder

Identifierade brister tas upp med respektive omvårdnadsansvarig sjuksköterska, sedan bristerna kompletteras och vidtagna åtgärder dokumenteras.

När det gäller identifierade brister i rehabilitering, skickas påminnelser till ansvariga för komplettering.

Enheten har haft två utbildningstillfällen under våren, där Vodok har gått igenom noggrant.

Antal kontrollerade bedömningar och hälsoplaner under 2024.

Tabellen visar genomförda kontroller av 159 riskbedömningar och hälsoplaner under 2024.

Bedömningsinstrument	Utförd inom 14 dagar Ja? Nej?	Antal risk	Hälsoplan upprättad Ja? Nej?	Uppföljnings Datum Ja? Nej?	Utvärdering Ja? Nej?
Downton	ja	159	ja	ja	ja
Norton	ja	37 av 159	ja	ja	ja
MNA slutgiltig bedömning	ja	34 av 159	ja	ja	ja
Roag	ja	6 av 159	ja	ja	ja
Sunnås-ADL	ja				
Kartlagt hälsotillstånd 31 av 159					

Resultat

Här sker en sammanfattning av antal identifierade risker gällande Downton, Norton, MNA och Roag.

Hälsoplaner har upprättats för de identifierade riskerna enligt respektive bedömningsinstrument.

- Downton: 159 av 159 bedömningar är utförda inom 14 dagar
- Norton: 37 av 159 bedömningar är utförda inom 14 dagar. Risk har identifierats i 37 av 159 journaler. Hälsoplan finns för de som bedömts ha risk enligt instrumentet
- MNA (Mini Nutritional Assessment): 34 av 159 bedömningar är utförda inom 14 dagar. Risk för undernäring har identifierats i 34 av 159 journaler. Hälsoplan finns för de boende där risk har bedömts
- Roag: 159 av 159 bedömningar är utförda inom 14 dagar. I 6 journaler har risk för nedsatt rörlighet identifierats. Hälsoplan finns för de som har risk enligt bedömningsinstrumentet

Analys och åtgärd

Identifierade brister lyfts upp med ansvariga sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Detta redovisas via checklistor, sedan kompletteras brister och dokumentation görs efter vidtagna åtgärder. Här sker även erfarenhetsutbyte vid samordnade möten med gruppen/inom gruppen.

Utvärdering

Verksamheten är nöjd med de utförda egenkontrollerna av hälsoplaner och de vidtagna vårdåtgärderna. Dock har tidsbrist och prioriterat vardagsarbete försvårat att uppnå den förväntade effekten.

Förbättringsområde

Det finns ett behov av att förbättra användningen av kartlagt hälsotillstånd i dokumentationen. Ett exempel är när en riskbedömning indikerar risk för fall, trycksår eller undernäring, även om vi i praktiken vet att patienten inte löper dessa risker. Om en patient äter och dricker tillräckligt, går stadigt och är aktiv i sitt dagliga liv utan tecken på trycksår, behöver vi reflektera över andra faktorer, som exempelvis läkemedelsbehandling, som kan påverka riskbedömningarna.

Vi måste också tydligt dokumentera orsakerna till varför riskbedömningen visar på dessa risker trots att det inte finns några faktiska tecken på att riskerna föreligger.

Den här tabellen (antal kontrollerade bedömningar och hälsoplaner) har inte varit med redovisningen i PSB för 2023.

Tabellen nedan visar antalet registrerade BPSD under perioden 240101–241216

Våringsplan	Antal registrerade	Antal aktiva	Antal Svårskötta patienter
Våringsplan 2 (21 platser)	21	2	0
Våringsplan 3 (29 platser)	25	5	0
Våringsplan 4 (29 platser)	27	4	0
Totalt (2024)	73	11	0
Totalt (2023)	80	6	5

Resultat och analys

Patienter med demens sjukdom/kognitiv sjukdom är placerade på respektive våningsplan enligt ovan tabell. Det är en minskning på antal registrerade BPSD jämför med tidigare år. Detta kan bero på att vi har haft ett antal dödsfall och tomma lägenheter under längre perioder. På en av ovannämnt våningsplan var antal tomma platser betydligt flera.

Arbetet med observation av BPSD bygger på teamarbete men registrering sker av administratörer.

Skattningen görs förslagsvis i team. Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En hälsoplan utformas och när personal provat vårdåtgärderna under en bestämd tidsperiod, gör personal en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning (skattningsskala Neuro Psychiatric Inventory).

Verksamheten är nöjd med utförda insatser gällande vidtagna vårdåtgärder och antalet registrerade i BPSD registret under 2024.

Tabellen nedan visar antalet fall under perioden 240101–241216

Våringsplan	Antal fall	Antal fall som har lett till fraktur
Våringsplan 1	92	2
Våringsplan 2	28	0
Våringsplan 3	49	0
Våringsplan 4	76	3
Våringsplan 5	28	1
Våringsplan 6	73	3
Totalt (2024)	346	9
Totalt (2023)	486	10

Sammanfattning

Under 2024 minskade antalet fall med 69 jämfört med 2023. Det finns utförlig dokumentation för samtliga fall, inklusive uppdaterade riskbedömningar och hälsoplaner.

Verksamheten är nöjd med de genomförda vårdåtgärderna för att minska antalet fall, samt kunskap och erfarenhet som vi har inskaffat oss under tiden.

Åtgärder och framgångsfaktorer

- Följsamhet av rutiner
- Fler samordnade utbildningstillfällen enligt årshjul

- Genomförda utförliga dokumentationer
- Erfarenhetsutbyte vid möten
- Uppföljningar och utvärderingar av genomförda insatser

Analys

- Fler patienter var självgående men hade sämre hälsotillstånd
- Korttidsplatser användes optimalt, vilket ledde till att boende med sämre funktion var överrepresenterade i fallen
- Många patienter föll flera gånger
- Högre beläggning och fler patienter noterades
- Verksamheten har noggrant registrerat alla fall, vilket har eliminerat mörkertal
- Antalet fall som har lett till fraktur har minskat med 1 jämfört med år 2023
- Vår strävan är att kunna minska - *Antal fall som har lett till fraktur* – under 2025

Tabellen nedan visar antalet registrerade Senior alert under perioden 240101–241216

Våningsplan	Antal registrerade	Antal icke registrerade	Uppdaterade
Våningsplan 1	29	0	29
Våningsplan 2	21	0	21
Våningsplan 3	29	0	29
Våningsplan 4	25	2	23
Våningsplan 5	29	0	29
Våningsplan 6	20	0	20
Totalt (2024)	153	2	151
Totalt (2023)	153	0	153

Sammanfattning

Antal registrerade Senior alert ligger väldigt nära vår målsättning.

Resultatet visar att vi har registrerat nästan alla patienter under 2024.

Lediga platser har funnits av och till och detta påverkar också exakta siffror.

Personalen har en beprövad erfarenhet och kompetens för att arbeta vårdpreventivt inom riskområdena tryck, fall, nutrition och munhälsa.

Framgångsfaktorn

- Planering och kommunikation
- Vi har tydliga roller och ansvarsområden när genomförandet av registret sker
- Följsamhet av rutiner

Analys

- Vi har kunnat konstatera att patienternas hälsotillstånd varit något sämre jämfört med vår tidigare observations- och dokumentationserfarenhet
- Många patienter är också multistuka och har därmed ett stort omvårdnadsbehov. Detta innebär att vidtagna åtgärder inte ger de önskade effekterna i vissa fall
- Under 2024 hade vi två icke registrerade
- Vår strävan är att kunna registrera alla under 2025

Tabellen nedan visar antalet egenkontroll av teammöte
 Resultatet = utförda teammöten enligt rutin

Våningsplan	Februari-24					Mars-24				
	V.1	V.2	V.3	V.4	V.5	V.1	V.2	V.3	V.4	V.5
Plan 1	2	2	ROK	1	-	2	ROK	ROK	2	
Plan 2	0	0	3	2	2	2	0	0	1	1
Plan 3	2	1	3	3	-	0	2	1	2	-
Plan 4	2	2	1	1	-	ROK	1	ROK	ROK	
Plan 5	1	1	0	2	-	0	0	1	1	-
Plan 6	2	2	ROK	ROK		0	RoK	0		

Våningsplan	Maj-24					September-24				
	V.1	V.2	V.3	V.4	V.5	V.1	V.2	V.3	V.4	V.5
Plan 1	0	0	1	1	-	0	0	2	3	-
Plan 2	0	2	1	0	-	0	1	3	1	-
Plan 3	0	0	0	4	-	0	1	2	0	-
Plan 4	0	1	1	2	-	0	0	0	1	-
Plan 5	0	1	0	0	-	0	0	0	0	-
Plan 6	0	0	2	1	-	1	2	1	0	-

Sammanfattning

Vi har uppmärksammat att det brister i genomförandet av teammöten på flera avdelningar. Orsakerna beror ofta på att sjuksköterskor varit ensamma, akuta fall eller oförutsedda situationer. Detta medför att vi inte är i mål än, men det finns en strävan att det blir så bra som möjligt. Åtgärder som vidtagits inkluderar kommunikation om bristerna till berörda parter och att ansvariga ska noggrant fylla i listorna och ange orsaker vid uteblivna möten. Framtida åtgärder innebär att HSL-ansvarig ska genomföra egenkontroller fyra gånger per år.

Några våningsplan har istället arbetat med risk- och konsekvensanalys (se ovan tabell), som inte genomfördes 2023. Fokus ligger på bättre dokumentation och uppföljning av bristerna.

Den här tabellen (antalet egenkontroll av teammöte) inte varit med redovisningen i PSB för 2023.

Tabellen nedan visar antalet av basala hygienobservationer under 2024

Våningsplan	Antal observationer
Våningsplan 1	9
Våningsplan 2	9
Våningsplan 3	9
Våningsplan 4	7
Våningsplan 5	9
Våningsplan 6	10
Totalt	53

Syfte med egenkontroll av basala hygienrutiner

Basala hygienobservationer genomförs för att förhindra infektioner och smittspridning mellan personal och de personer som får vård och omsorg. Hygienrutiner är viktiga för att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning.

Sammanfattning och analys

Egenkontrollen av basala hygienrutiner, arbetskläder och handhygien har genomförts genom självskattning, observationer och uppföljning på varje våningsplan under året. Avvikelse har noterats gällande långa naglar och användning av handsprit före handskpåtagning och omvårdnad, men dessa brister har förbättrats under hösten. Avvikelse i användningen av förkläde vid livsmedelshandling och frukostservering har också förekommit. Observationer visade brister i handdesinfektion vid in- och utpassage från boendes rum samt felaktig användning av handskar och förkläden. Åtgärder inkluderade påminnelser, feedback till personalen och planerad hygienutbildning för omvårdnadspersonalen under våren 2025.

Den här tabellen (antalet observationer av basala hygienobservationer) har inte varit med i redovisningen för PSB för 2023.

Tabellen nedan visar antalet avlidna patienter på permanenta boende platser under perioden 240101–241211

Våningsplan	Antal avlidna på Koppargården	Antal avlidna på sjukhus	Antal Registrerade patienter i palliativa registret	Totalt antal avlidna
Våningsplan 1	1	2	1	3
Våningsplan 2	5	1	2	6
Våningsplan 3	5	3	5	8
Våningsplan 4	12	2	8	14
Våningsplan 5	6	3	7	9
Våningsplan 6	6	4	6	10
Totalt (2024)	35	15	29	50
Totalt (2023)	25	10	24	35

Sammanfattning och analys

Resultatet visar på ett ökat antal avlidna patienter på Koppargårdens vård och omsorgsboende i jämfört med tidigare år (dvs 2023 var 35 totalt). Vi har kunnat uppmärksamma att fler hade sämre allmäntillstånd redan vid inflytt till boendet. Det är fler som avlidit på sjukhuset.

Vi kan över tid se, att de senaste åren finns indikation på att våra boende har en högre snittålder och ett större omvårdnadsbehov vid inflytt.

Detta leder till att många av boende som flyttar in befinner sig långt fram i det palliativa skedet och har därmed inte samma möjlighet att behålla befintliga funktioner och resurser som tidigare. Det innebär kortade vårdtid på enheten och fler boende som flyttar in.

Koppargården arbetar dagligen med att uppnå bästa möjliga livskvalitet i livets slutskede.

Oväntat dödsfall har förekommit, detta kan ha haft sin inverkan i registrering i palliativa registret.

Verksamhetens arbetssätt vid livets slutskede:

- När/om patientens tillstånd har försämrats betydligt och ej går att förändra, kopplas läkaren in som bedömer patienten och i samråd med ansvarig sjuksköterska övergår till palliativ vård
- Brytpunktsamtal bokas så att anhöriga, patienten samt ansvarig sjuksköterska får en gemensam information samtidigt som möjligheten finns att anhörig och patient kan ställa frågor och framföra sina önskemål
- Läkaren går igenom läkemedel, sätter ut mediciner och sätter in i palliativa mediciner, läkaren signerar Im-listan
- Sjuksköterska övergår till Palliativ omvårdnad i Vodok. Vårdplaner upprättas samt bedömningar/övervakning såsom smärta, oro, illamående, rosslighet, munhälsa och annat avvikande som kan uppstå följs upp
- Teammöte hålls för informationsöverföring. Möte i teamet sker dagligen för de viktiga insatserna för god omvårdnad, signeringslistor sätts upp såsom vändschema, tillsynsschema mm
- Kontinuerlig kontakt och samtal sker med anhöriga
- Bedömning av patientens allmänna tillstånd enligt planering. Eventuella extra vak planeras utifrån patientens tillstånd
- Anhöriga informeras om patientens bortgång (om de inte är på plats) och har möjlighet att komma och ta farväl. Omvårdnadspersonal gör iordning den avlidna. Enligt rutin tas "ÄNGLALÅDAN" fram samt eventuella önskemål ordnas
- Anhöriga erbjuds efterlevnadssamtal

Verksamheten samordnar regelbundna möten för palliativa ombud under året enligt årshjulet. Vi anmäler även nya ombud till relevanta utbildningar.

Vi har även samordnat allmän utbildning gällande den palliativa vården för personal och detta kommer att upprepas årligen.

Antal patienter med nutritionsbesvär under perioden 240101–241216

Vårningsplan	Risk för undernäring	Undernärd	Dietistkontakt
Vårningsplan 1	6	1	ja
Vårningsplan 2	1	1	ja
Vårningsplan 3	6	4	ja
Vårningsplan 4	8	3	ja
Vårningsplan 5	15	10	ja
Vårningsplan 6	2	0	ja

Sammanfattning och analys

Resultatet visar patienter med nutritionsbesvär, risk för undernäring och dietistkontakt. Vi har uppmärksammat också att andel patienter som har nedsatt funktionsförmåga när allmäntillståndet försämras har större risk för att bli undernärd.

Riskbedömning och hälsoplan är upprättade för alla patienter. Kontakt med dietist görs fortlöpande och dietist utför insatser och erbjuder stöd till samtliga vårningsplan.

Det kan förekomma att patient utan hälsoplan har sitt kartlagda hälsotillstånd dokumenterat.

Tabellen nedan visar antalet registrerade trycksår under perioden 240101–241216

Vårningsplan	Antal Upptäckta trycksår på enheten	Antal patienter inkomna med trycksår	Antal svårläkta sår	Totalt trycksår
Vårningsplan 1	0	0	0	0
Vårningsplan 2	2	0	0	2
Vårningsplan 3	1	1	0	1
Vårningsplan 4	1	1	1	1
Vårningsplan 5	0	0	0	0
Vårningsplan 6	2	2	0	2
Totalt (2024)	6	4	1	6
Totalt (2023)	12	3	1	12

Sammanfattning

Sammanställningen av antal trycksår under 2024 visar en minskning med 6 st. trycksår jämfört med 2023. Under 2024 konstateras 6 nya fall av trycksår varav 4 fall av trycksår konstaterades i samband inflytt dvs patienterna hade redan sår när de flyttade in på boendet.

Åtgärd/framgångsfaktorn

- Följt våra rutiner
- Samordnade fler utbildningstillfällen gällande sårvård
- Erfarenhetsbyte under samordnade möten
- Tålmod- vi har varit medvetna om att vidtagna åtgärder och förebyggande insatser inför läkningsprocessen av sår kräver mer tid, planering och observation
- Uppföljningar och utvärderingar av genomförda insatser

Tabellen nedan visar egenkontroll och antalet missade signaturer från omvårdnadspersonalen under perioden 240101–241216

Våningsplan	jan	feb	mars	april	Maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Våningsplan 1	54	22	13	25	92	x	8	12	11	13	25		
Våningsplan 2	0	0	1	0	2	x	0	2	1	6	1		
Våningsplan 3	4	1	6	5	8	x	20	11	17	15	7		
Våningsplan 4	23	51	17	19	61	x	29	11	19	20	11		
Våningsplan 5	0	117	0	7	25	x	8	5	8	3	17		
Våningsplan 6	13	1	9	4	6	x	24	3	6	6	22		
Total	94	202	46	60	194	x	90	44	62	63	83		

Sammanfattning av resultatet

Egenkontroller har genomförts av omvårdnadspersonal, där fokus har legat på missade signaturer vid läkemedelsadministration, vi har inte följt detta under juni samt inte december (pga månaden är inte slut än)

Analys

- De redovisade egenkontrollerna speglar den förväntade bilden
- Det finns ett tydligt samband mellan personalens frånvaro och användning av timvikarier som ersättare
- Det har förekommit handhavandefel bland personalen
- Det finns variationer i kompetensnivåer bland den anställda personalen
- Noggrannhet att redovisa fantastiska siffror ger oss en grund för att arbeta förbyggande

Åtgärder/förbättringsåtgärder

- Översyn av utbildningsinsatser för att säkerställa hög och enhetlig kompetens
- Genomgång av delegeringsförfarandet för att förtydliga ansvar och rutiner
- Förbättrad introduktion för ny personal för att säkerställa en smidig övergång
- Justering av tider för ordinationer och läkemedelsadministration för att minska risken för missar
- Erfarenhetsutbyte och diskussion vid samordnade möten för att stärka teamets gemensamma kunskap
- Verksamheten har varit noggrann och har arbetat aktivt för att eliminera mörkertal i redovisningen
- Inför digital signering inför 2025

Tabellen nedan visar egenkontroll och antalet icke signerad läkemedelslista- sjuksköterskor under perioden 240101–241216

Vårningsplan	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Vårningsplan 1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
Vårningsplan 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Vårningsplan 3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
Vårningsplan 4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0		
Vårningsplan 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Vårningsplan 6	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0		
Total	0	0	2	0	4	0	0	0	5	0	0		

Resultatet visar en ökning med 1 st. icke signerad läkemedelslista under 2024 jämfört med 2023.

Vi är nöjda med den uppföljning och noggrannheten av genomförandet av egenkontroller.

Vi har inte följt detta under december (pga månaden är inte slut än).

Tabellen nedan visar egenkontroll av narkotiska preparat som fattades under perioden 240101–241216

Vårningsplan	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Basförråd plan 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Basförråd plan 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Vårningsplan 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Vårningsplan 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Vårningsplan 3	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Vårningsplan 4	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0		0
Vårningsplan 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Vårningsplan 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0

Sammanfattning

Egenkontrollen av narkotiska preparat gällde husets basförråd samt egenkontroller av narkotika på respektive våningsplan.

Vi har inte följt detta under december (pga månaden är inte slut än).

Åtgärd/framgångsfaktorn

- Noggrannhet hos enskilde handhavande
- Noga följt våra egna rutiner för hantering av narkotika preparat
- Erfarenhetsbyte vid samordnade möten i gruppen
- Noggrannhet av planeringen och uppföljningar

Analys

- Redovisade egenkontroller påvisade en förväntad bild trots de ansträngningar som görs fortlöpande
- Det finns två avvikande fall under mars och augusti, handhavande fel kan ha förekommit i den här situationen
- Det finns ett samband mellan tidsbrist och noggrannhet vid kontroller av narkotika preparat

Tabellen nedan visar antalet registrerade avvikelser i avvikelsemodulen under perioden 240101–241205

Våningsplan	Fall	Vårdkedja	vårdrelaterad	Trycksår	Specifikomvårdnad	Läkemedel
Våningsplan 1	92	1	3	0	0	4
Våningsplan 2	27	0	0	0	0	6
Våningsplan 3	46	1	0	0	1	10
Våningsplan 4	75	0	0	0	4	8
Våningsplan 5	28	1	0	2	0	8
Våningsplan 6	72	0	1	1	0	19
Total	340	3	4	3	5	47

Sammanfattning och analys

Registrerade avvikelser är kategoriserade i olika områden som fall, vårdkedja, vårdrelaterad, trycksår, specifikomvårdnad och läkemedel.

Vår målsättning har varit att kunna registrera avvikelserna i systemet, genomföra noggrannare utredningar för att därefter kunna analysera orsakerna till de inträffade händelserna. Detta för kunna arbeta förebyggande för att undvika vårdskada och säkerställa vårt arbetssätt gällande patientsäkerhetsarbetet.

Vi tycker att vi under 2024 har lyckas genom att öka medvetenheten om detta i personalgruppen.

Vi har inte följt detta under december (pga månaden är inte slut än).

Tabellen nedan visar antalet registrerade vårdrelaterade infektioner under perioden 240101–241216

Våningsplan	ESBL	HIV	MRSA	Hepatit C	VRE
Våningsplan 1	4	0	3	1	2
Våningsplan 2	0	0	0	0	0
Våningsplan 3	1	0	0	0	0
Våningsplan 4	1	0	0	0	1
Våningsplan 5	3	0	1	0	0
Våningsplan 6	2	1	1	1	0
Totalt (2024)	11	1	5	2	3
Totalt (2023)	11	0	1	3	*

*VRE inte varit med redovisningen i PSB för 2023.

Tre av fallen med MRSA inkom genom att patienter flyttade in med MRSA. Två andra patienter har troligen blivit smittade på avdelningen, eller så kan de ha varit smittade sedan tidigare av oklar orsak vilket sedan upptäcktes i samband med smittspårningen.

Det finns totalt två fall med ESBL Carba, varav ett var en patient som skickades till sjukhuset och kom tillbaka med ESBL Carba.

Två av fallen med VRE blev smittade på sjukhuset efter att ha skickats in medan det tredje fallet upptäcktes på avdelningen i samband med smittspårning.

Fallen med HIV och hepatit inkom till boendet med dessa infektioner.

Vi följer handlingsprogrammet noggrant, från debut till avslut. I samband med fynd eller när en ny boende flyttar in med smitta, bjuder vi in en hygiensköterska för utbildning i basala handhygienrutiner. All personal har

informerats och detta dokumenteras i patienternas journaler. Läkaren informeras även om fallen. Smittskyddsläkaren och hygienköterskan har varit i kontakt med HSL-ansvarig chef för att diskutera stammen och eventuella bakomliggande orsaker till de upptäckta fallen på boendet.

Tabellen nedan visar antalet registrerade vårdrelaterade infektioner under perioden 240101–241216

Våningsplan	UVI med suprapubisk KAD	UVI med urin KAD via urinröret	UVI utan KAD
Våningsplan 1	2	4	2
Våningsplan 2	1	1	0
Våningsplan 3	1	8	8
Våningsplan 4	0	2	18
Våningsplan 5	0	2	29
Våningsplan 6	0	6	10
Totalt (2024)	4	23	67
Totalt (2023)	3	33	*

* UVI utan KAD inte varit med redovisningen i PSB för 2023.

Sammanfattning

Antal registrerade UVI med urin KAD via urinröret har minskat med 10 st. jämfört med tidigare resultat från 2023 som var 33 st. Vi har inte följt detta under december (pga månaden är inte slut än).

Åtgärd/framgångsfaktorn

- Noggrannhet av följsamheten i vårdhygien
- Samordnade utbildningstillfällen gällande vårdhygien
- Noga följt våra egna rutiner för registrering av vårdrelaterade infektioner
- Erfarenhetsutbyte vid samordnade möten i gruppen

Analys

- Redovisade egenkontroller om vårdrelaterade infektioner påvisade en förväntad bild trots de ansträngningar som görs fortlöpande
- Det här året har vi valt att följa/registrera även antalet UVI utan KAD, tyvärr har inga uppgifter från tidigare år att jämföra (dvs 2023 har vi inte gjort det)
- Handledning av omvårdnadspersonal i utförandet av insatser gällande vårdhygien, har visat en god effekt
- Vi har inte heller följt upp antalet könsrelaterade UVI utan KAD

Tabellen nedan visar antalet registrerade vårdrelaterade infektioner under perioden 240101–241216

Våningsplan	Sårinfektioner	Clostridium	Influensa	Pneumoni	Annan infektion
Våningsplan 1	3	0	4	5	3
Våningsplan 2	4	0	0	3	0
Våningsplan 3	3	1	2	5	5

Våningsplan 4	2	0	0	4	0
Våningsplan 5	1	0	2	9	0
Våningsplan 6	6	0	0	1	2
Totalt (2024) 65 st.	19	1	8	27	10
Totalt (2023) 104 st.	9	51	5	32	7

Sammanfattning

Resultatet av infektionsregistrering och antibiotikabehandlade infektioner 2024 visar en minskning från 104 (2023) till 65 (2024).

Vi har inte följt detta under december (pga månaden är inte slut än).

Åtgärd/framgångsfaktorn

- Planerade uppföljningar och utvärderingar av behandlingsinsatser och metoder
- Noga följt våra egna rutiner för registrering av vårdrelaterade infektioner
- Genomfört fler utbildningstillfällen gällande vårdrelaterade infektioner och vårdhygien
- Erfarenhetsbyte under samordnade möten

Analys

- Vi har uppmärksammat, dokumenterat, informerat och kommunicerat med varandra. Detta har lett till det här resultatet
- Alla patienter har fått den årliga influensavaccinationen i god tid enligt avtalad tid

Tabellen nedan visar genomförda loggkontroller under perioden 240101–241216

Period 2/4 - 7/4 12/4 - 17/4	Period 2/9 - 6/9 10/9 - 15/9	Avvikande
u.a.	u.a.	0

Resultatet

Loggkontroller har genomförts av HSL-ansvarig i Vodok (journalsystemet) under fyra veckor (se ovan) för att säkerställa att inga obehöriga har haft åtkomst till några journaler utan anledning.

Man har jämfört loggarna med dagbladen för att se vilka som varit i tjänst. Inga avvikelser eller anmärkningar har upptäckts eller förekommit. (u.a.= utan anmärkning)

Den här tabellen (Loggkontroll) har inte varit med redovisningen i PSB för 2023.

Egenkontroll av delegeringar gällande läkemedel

Syftet med egenkontrollen är att säkerställa att all delegerad omvårdnadspersonal har giltiga delegeringsbeslut. Varje våningsplan har en delegeringspärm där beslut registreras och uppdateras enligt rutin. HSL-ansvarig chef gör en kontroll varje kvartal av en gemensam mapp för att säkerställa att delegeringarna är giltiga.

I oktober 2024 upptäcktes att delegeringar utfärdade av en sjuksköterska som inte längre var i tjänst inte hade förnyats. Den ansvariga chefen kontaktade berörda sjuksköterskor, och bristerna åtgärdades genom att delegeringarna förnyades.
Här redovisas inga tabeller för detta ändamål.

Sammanfattning av genomförda egenkontroller av hjälpmedel på rehab

Vårningsplan 1

Genomfört av sjukgymnast och arbetsterapeut. Defekter på bromsar, handtag, etiketter, takmotorer och grindskydd konstaterades. Åtgärder var reparation, byte och märkning av hjälpmedel. Uppföljning genom signeringslistor och felanmälan.

Vårningsplan 2

Genomfört av arbetsterapeut och sjukgymnast. Flera defekter såsom trasiga etiketter, lösa delar och smutsiga stolar identifierades. Åtgärder inkluderade påminnelser om rengöring, byte av trasiga etiketter och översyn av sängbord och duschstolar. Uppföljning med årliga utbildningar och dagliga rutiner för hjälpmedelskontroll.

Vårningsplan 3

Genomfört av arbetsterapeut och sjukgymnast. Inventering visade smutsiga hjälpmedel, borttvättade etiketter, lösa skruvar på toaförhöjning och trasig mobil hygienstol. Åtgärder inkluderade påminnelse till personal om rengöring, köp av nya lyftselar och reparation av hygienstolen. Uppföljning innebär fortsatt fokus på daglig genomgång och kontroll av hjälpmedel.

Vårningsplan 4

Genomfört av arbetsterapeut och sjukgymnast. Smutsiga hjälpmedel, felaktig märkning, trasiga bromsar och felplacerade selar konstaterades. Åtgärder var reparation och byte av trasiga hjälpmedel samt information till personal om korrekt märkning. Uppföljning med påminnelse om hantering och kontroll.

Våringsplan 5

Genomfört av sjukgymnast och arbetsterapeut. Resultat visade problem med etiketter, smutsiga hjälpmedel, felplacerade selar och trasiga grindskydd. Åtgärder inkluderade förbättrade tvättrutiner, påminnelser om rätt användning och byte av trasiga hjälpmedel. Uppföljning genom uppdatering av journaler och fortsatt fokus på märkning och rapportering.

Våringsplan 6

Genomfört av sjukgymnast och arbetsterapeut. Inventeringen visade smutsiga hjälpmedel, felaktig placering av selar och problem med takmotorer och grindskydd. Åtgärder innefattade byte och justering av hjälpmedel samt påminnelser om hantering och tvätt. Uppföljning sker genom utbildning och kontroll.

Sammanfattning av åtgärder

- Förbättrad rengöring och märkning av hjälpmedel.
- Påminnelser till personal om korrekt hantering och rapportering.
- Byte och justering av trasiga hjälpmedel.
- Rutinkontroller och uppföljning av hjälpmedelsstatus.

Allmänna åtgärder

Ökat fokus på att hålla hjälpmedel funktionella, användning av signeringslistor för rengöring, tydliga instruktioner till personalen om rutiner och rapportering av defekter. Kontinuerlig inspektion och dokumentation i journalsystemet.

Uppföljning

Efter åtgärder uppdateras journaler och dokumenteras i relevanta mappar. Signeringslistor används för att följa upp rengöring och kontroll, och felanmälan sker vid behov. Omsorgspersonal påminns om hjälpmedlens hantering och uppmuntras att rapportera problem till rehab.