

# Patientsäkerhetsberättelse för Pilträdet's servicehus År 2023



20240205

Linda Malmgren enhetschef

Anna Skogh biträdande enhetschef

Diarienummer: KUNG 2024/111

## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur Pilträdet's servicehus har arbetat för att identifiera, analysera och minska riskerna i hälso- och sjukvården. Den redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra och stärka patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller också en beskrivning på hur vårdpersonalen bidragit, och även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.



Källa:

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
<i>PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §</i> .....	5
Organisation och ansvar .....	5
En god säkerhetskultur .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	9
Uppföljning genom egenkontroll .....	10
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	18
Säker vård här och nu .....	19
Riskhantering .....	20
Stärka analys, lärande och utveckling .....	20
Avvikelse .....	20
<i>PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5</i> .....	20
Klagomål och synpunkter .....	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	22
Mål och strategier för 2024 för Piltrådets servicehus: .....	22

## SAMMANFATTNING

Den årliga kvalitetsuppföljningen av Hälso- och sjukvården på Pilträdet Servicehus, visar på goda förutsättningar att bedriva en god och säker vård.

Pandemin har haft fortsatt visst fokus och enheten har haft fortsatt inriktning på att minska på risken för smittspridning. Riktlinjer har under året också ändrats till att gälla för luftburna infektioner så som Covid, influensa och RS-virus. Arbetet har skett enligt gällande riktlinjer och rekommendationer. Utbildningar och egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner har genomförts kontinuerligt under året. Då vi under året fortfarande då och då har haft enstaka fall av Covid- samt RS-virus uppdateras och upprätthålls rutiner löpande.

Enhetens mål för riskbedömningar enligt; Norton risk för trycksår, Downton fallriskindex, ROAG munhälsobedömning och MNA risk för malnutrition har uppnåtts. Det har skett en förbättring med det systematiska arbetet med att kontrollera och följa upp delegeringarna. Enheten använder Apotekets delegeringsutbildning och kunskapstest vilket ger en hög kvalitet. Fortsatt arbete med det digitala signeringssystem, Appva, som infördes 2021 har ytterligare säkrat läkemedelshanteringen.

I arbetet med avvikelshantering har antal inkomna avvikelser fluktuerat under året. Regelbundna kvalitetsforum har genomförts under året och det pågår ett ständigt förbättringsarbete. Det finns ett utvecklingsbehov av Hälso- och sjukvårdsdokumentationen, framförallt att tydliggöra patientens och närståendes delaktighet i vården samt tydligare dokumentation kring beslutet om vård i livets slutskede.

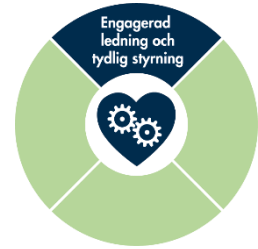
För att öka kompetensen hos medarbetarna har en av verksamhetens sjuksköterskor haft utbildning i sjukdomslära och omvårdnad. Utbildning har genomförts i smågrupper under året. Förvaltningens dietist har utbildat i nutrition och sakkunnig inom kognition har föreläst om hjärnans uppbyggnad. Utbildning via Apoteket i läkemedelshantering smågrupper via digitala system på grund av pandemin.

En sjuksköterska har i december fått sin specialistexamen i Vård av äldre, vilket kommer främja verksamheten kompetensmässigt. Två sjuksköterskor har erhållit utbildning inom fördjupning i sårvård och en sjuksköterska och tre undersköterskor har gått utbildning till palliativa ombud. Enheten har haft fysioterapeutstudenter och sjuksköterskestudenter under året.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



## Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet under år 2023 för verksamheten på Pilträdet Servicehus har varit att:

- Patienterna får god vård och omsorg bland annat med hjälp av kvalitetsinstrument och kontroller
- Patienterna har inflytande över sin tillvaro
- Patienterna ska känna sig trygga
- Patienterna ska bli respektfullt bemötta
- Ledarskapet är engagerat, kommunikativt och utvecklingsinriktat
- Patienterna har stöd till en god matsituation
- Personalen är välutbildad och trygg i sitt utövande av palliativ vård

Strategier för att uppnå detta har varit:

- Fortsatt utveckling av teamarbetet med patienterna i fokus
- Närvarande och inlyssnande chefer
- Aktuella riskbedömningar vad det gäller inkontinens för 80% samt 90% för malnutrition, ADL, fallrisk samt hudstatus för alla patienter
- Nutrition med fokus på patienter med undernäring
- Implementera användandet av smärtskalor
- Införande av Nationell Vårdplan för Palliativ vård (NVP)
- Vidareutveckling av de palliativa ombudens roll

## Organisation och ansvar

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

Enhetschef är verksamhetschef och ansvarar enligt 4 kap. 2§ HSL för att enheten bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att kraven på en god och säker vård av hög kvalitet upprätthålls. Att patientens behov av trygghet och delaktighet tillgodoses. Enhetschefen ansvarar för att legitimerad personal har rätt kompetens och överlåter vissa Hälso- och sjukvårdsuppgifter till biträdande enhetschef såsom ansvar för Hälso- och sjukvårdspersonal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt Hälso-sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 6 §. MAS och MAR har från nämnden i uppdrag att bevaka att en god kvalitet och en god hygienisk standard upprätthålls och att patientens behov av trygghet i vård och behandling tillgodoses.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka till en hög patientsäkerhet och har i sitt yrkesutövande skyldighet att följa lagar och regler samt de rutiner som finns upprättade i verksamheten. De ansvarar för att insatser inom hälso- och sjukvård utförs och följs upp enligt uppsatta mål. Legitimerad personal ansvarar för att utföra risk och preventionsbedömningar för respektive patient. Omvårdnadspersonal som genom delegering utövar hälso- och sjukvårdsuppgift/er är skyldiga att följa lagar och regler samt rutiner som finns upprättade i verksamheten för att medverka till en hög patientsäkerhet.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Stockholms stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och Region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov

Överenskommelsen innefattar samverkan med läkarorganisationen och jourpatrull sjuksköterska, samverkangällande nutritionsbehandling, god läkemedelsanvändning för äldre och kostnadsfördelning för läkemedel samt medicinsk tekniska produkter (MTP).

Omvårdnad och sjukvård erbjuds enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Stockholm stad har en samlad överenskommelse mellan kommun och region. Syftet med överenskommelsen är att skapa goda förutsättningar till att den enskilde får en sammanhållen kvalitativ och individanpassad vård och omsorg utifrån sina behov. Samverkan ska bedrivas på ett sådant sätt att boende och närstående upplever vården som en helhet.

Samverkan och processer som bidrar till att förebygga att patienter drabbas av vårdskada sker genom:

**Hälso- och sjukvårdens processteam:** Samverkan mellan Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och biträdande enhetschefer för Hälso- och sjukvården på Kungsholmens särskilda boenden med träffar ca 1 gång/månad. Utarbetande av gemensamma rutiner och arbetssätt och utbyte av kunskap och erfarenhet.

**Läkartillgänglighet:** Capio AB har på uppdrag av Regionen att utföra läkarinsatserna på Kungsholmens vård och omsorgboende. En överenskommelse har lokalt med förvaltningen som gäller för särskilt boende för äldre (Säbo) i egenregi och på entreprenad. Samverkansmöten har skett regelbundet under året.

**Läkemedelsgenomgångar:** Läkarorganisationen är ansvarig att minst årligen, tillsammans med sjuksköterska på boendet genomföra läkemedelsgenomgång.

**Säker läkemedelshantering:** Apoteket AB, som årligen genomför apoteksinspektioner av läkemedelshantering 1 gång per år där sjuksköterska, biträdande enhetschef och MAS deltar. De anordnar också utbildningar inom området läkemedelshantering.

**Sjuksköterskebemanning kväll och natt:** Big Care sjuksköterskejour har under året ansvarat för hälso – och sjukvården under kväll och natt. Samverkansmöten sker regelbundet under året.

**God följsamhet till basala hygienrutiner:** Vårdhygien, som bistår med bedömning av hygienisk standard, råd och stöd till verksamheterna i samverkan med MAS. De anordnar också utbildning inom hygienområdet för personal.

**Munhälsovård:** Hälso- och sjukvårdsförvaltningens enhet för tandvård genomför årligen samverkansmöten med kommunernas kontaktpersoner för tandvårdsfrågor, på Kungsholmen är det MAS som är kontaktperson. På enheten ansvarar Oral Care för munhälsobedömningar samt Flexident nödvändig och akut tandvård.

**Säker nutrition:** Kontinuerlig dialog med stadsdelens dietist och vid behov deltar dietisten vid personalmöten och teamronder.

**Säker dokumentation:** Kontinuerligt samarbete med stadsdelens dokumentationsstödjare för dokumentation i stadens journalsystem och vid behov deltar dokumentationsstödjaren vid uppföljningar av hälso- och sjukvården.

**Fotsjukvård:** Verksamheterna har kostnadsansvaret för fotsjukvården. Läkare och sjuksköterska ansvarar för att bedöma behovet av och remittera till fotsjukvård. På Kungsholmens anlitas ett av serviceförvaltningen upphandlat företag för den medicinska fotsjukvården, Fot- och hälsa gruppen.

## Informationssäkerhet

### *HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Loggkontroller i hälso- och sjukvårdsdokumentation genomförs av biträdande enhetschef samt enhetschef/verksamhetschef enligt framtagna riktlinjer för att säkerställa att tillgång till patientuppgifter används enligt gällande regelverk. Vid avvikelser sker utredning av biträdande enhetschef/ enhetschef tillsammans med MAS. Loggrapporter begärs årligen in av MAS för arkivering.

Vid inflyttning tillfrågas patienten om samtycke till att uppgifter hämtas i Nationell patientöversikt (NPÖ) Loggkontroller avseende läsbehörigheten i NPÖ genomförs månadsvis av MAS, som sammanställer och analyserar samt vid behov återkopplar till verksamheterna.

## En god säkerhetskultur

Enheten arbetar för att stödja en utveckling av patientsäkerhetskultur i verksamheterna genom att:

Föra in, bedöma och följa upp avvikelser i Vodok för analys och förbättringsåtgärder. Ha regelbunden dialog och teamarbete i kvalitetsforum med genomgång avvikelser som rapporterats in i avvikelsemodulen i Vodok. Vid behov utreda och föra vidare avvikelser med stöd av MAS och MAR och se till att åtgärder utförs. Samt att anmäla allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO och återge IVOs beslut till verksamheten.



## Adekvat kunskap och kompetens

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



Pilträdet ledning har ansvarat för detta genom att;

- Hälso-sjukvårdspersonal har en stående punkt på APT som rör hälso-sjukvård, till exempel; utbildning, det aktuella läget med eventuella smittor, behov av utbildning och påminnelse om vårt digitala signeringssystem Appva mm.
- För att säkerställa att all personal gör webbutbildningar i basala hygienrutiner, läkemedel, palliativ smärta.
- Diskussioner på APT och teamrönder mm ökar kunskapen kring avvikelshantering och det systematiska kvalitetsarbetet .
- All legitimerad personal ska ha utfört socialstyrelsens utbildning för förskrivning av hjälpmedel.
- För att säkra delegeringsprocessen vid läkemedelshantering används digitala kunskapstester och webbutbildningar inför ny delegering och förnyad delegering genom Apoteket AB.
- Efter de två PPM mätningarna av hygien har uppföljande möte genomförts i syfte att följa upp resultatet med observatörerna.
- Gemensamma rutiner för det smittförebyggande arbetet enligt socialstyrelsen nya regler har tagits fram.
- Utbildning av personalen i munvård ingår i den uppsökande verksamhetens uppdrag från Regionen.

Stimulansmedel för hälso- och sjukvården använts för några av dessa utbildningsinsatser under året.

Bemanningen kan anpassas efter rådande situation och i samband med smittoutbrott eller ökad vårdtyngd anpassas bemanningen med fler erfarna sjuksköterskor och



omvårdnadspersonal som är väl insatta i gällande rutiner. Inför semestrar mm görs riskanalys för att säkerställa en god och säker vård.

## Patienten som medskapare

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

I samband med inskrivning så informeras närstående att det är möjligt att delta i patientens vård, efter samtycke av patienten. Med patientens medgivande återkopplas händelser och åtgärder löpande, beslut tas i teamet hur och när och vem som informerar och involverar närstående. Närstående kontaktas vid förändrat/akut tillstånd om patienten har lämnat sitt samtycke tidigare till detta.



För att säkerställa att patientens behov tillgodoses, arbetar enheten i team som består av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut samordnare och kontaktperson. Där teamet identifierar problem tillsammans i grupp och enskilt.

Vid utredningar av händelser inhämtas patienten och eller anhöriga synpunkter på händelsen. När utredningen är klar och avslutad och kontaktas anhöriga igen för information om resultat av utredningens samt vidtagna åtgärder.

Enheten samarbetar med förtroenderådet med syfte att informera om nyheter, diskutera vad som händer på enheten samt fånga upp och föra fram allmänna synpunkter från patienter och anhöriga. Förtroenderådet leds av ordförande som bjuder in enhetschef och rådet träffas en gång i månaden

På enheten finns ett anhängombud tillgängligt som en länk mellan personal, patienter och närstående. Den årliga brukarundersökningen används som redskap för att identifiera områden som behöver förbättras.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Enhetschef och biträdande enhetschef följer upp ett antal indikatorer och egenkontroller för att sammantaget analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet på Pilträdes servicehus. Syftet är också att identifiera områden som kan kräva stöd eller mer riktade insatser för att säkra kvalitén. Statistik och indikatorer för hälso- och sjukvård som inhämtats med syfte att följa patientsäkerhetsarbetet.

## Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroller är ett systematiskt sätt att följa upp och utvärdera kvaliteten inom enheten. Egenkontroller görs löpande under året enligt årsplan nedan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa / Hur
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Kvalitetsverktyg för uppföljning av hälso- och sjukvård (Qusta) Verksamhetsbesök MAS/MAR
Dokumentationsgranskning HSL	2 gånger per år	Enligt checklista
Punktprevalensmätning (PPM) av indikatorer	2 gånger per år	Enligt framtagen mall
Avvikelser	Löpande	Avvikelsesystemet i Vodok
Läkemedelshantering kontroll av signering	1 gång per månad	Statistik från Appva
Oanmält besök, kontroll av patientens LM-skåp	2 gånger per år	Enligt checklista
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Enligt checklista
Riskbedömningar: fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa	1 gång per månad	Sammanställningar från Vodok, dokumentationssystem
Aktivitetsbedömning ADL	1 gång per månad	Sammanställning från Vodok
Kvalitetsregister	1 gång per månad	Senior Alert och Palliativa registret
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.	1 gång per år	Apoteket
Hygienrund	Vid behov	Sker i samarbete med Vårdhygien
Basala hygienrutiner	Var 3:e månad	PPM vecka 10 och 41 Observation, självskattningar
Loggkontroller Vodok	1 gång per månad.	Enligt framtagen mall

Delegeringar	En gång var tredje månad	Digitalt system och pärm.
MTP	1 gång per år	Enligt MTP -lista
Periodisk inspektion av lyftselar	2 gånger per år	Protokoll
Följsamhet hantering hjälpmedel	Var tredje månad	Enligt självskattning-kunskapsfrågor
Inhämtat samtyckes-skyddsåtgärder	Var tredje månad	Journalgranskning

### Läkemedelshantering

**Mål:** En säker och trygg läkemedelshantering där varje patient får rätt läkemedel vid rätt tidpunkt. Att signeringarna av administrerat läkemedel i Appva når 95% och signeras i tid når 80%.

**Resultat:** Under året har målet att signera alla angivna läkemedel i Appva och i tid följts i egenkontroller månadsvis. I slutet på året har vi i stort sett nått målet att signera och signera i tid. De förbättringsområden som identifierats handlar främst om arbetssätt för att signera i tid vid given dos.

Apoteket AB har tillsammans med MAS och ansvarig chef i verksamheten genomfört årlig kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering. Resultatet dokumenteras i ett protokoll per verksamhet med förslag på förbättringsområden. De förbättringsområden som finns är att säkerställa av spårbarhet av läkemedel, i hela processen från att läkemedel kommer till verksamheten till att patienten intar sitt läkemedel och att delegerad personalen alltid tittar läkemedelslistan vid administrering av läkemedel.

**Analys av resultat:** analysen visar att läkemedelshantering fungerar bra, det visar på att det finns tydliga och fungerande rutiner som personalen följer, att egenkontroller genomförs och att åtgärder vidtas då behov uppstår. Det visar sig att utbildning i läkemedelshantering har varit viktig insats för att processen i läkemedelshantering ska fungera bra.

**Åtgärd:** Fortsätta med utbildning i läkemedelshantering för både sjuksköterskor och Omvårdnadspersonal. Att fortsätta med Apotekets delegeringsprocess för att säkerställa god kvalitet på utbildningen för den omvårdnadspersonal som erhåller läkemedelsdelegering. Följa upp resultat med fokus på att personalen ska signera direkt efter given dos i Appva. Att årligen genomföra kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på samtliga verksamheter med avtalat Apotek.

**Uppföljning av åtgärd:** Regelbundet följa upp statistik i Appva och avvikelser i Vodok samt läkemedelshantering i form av egenkontroller enligt verksamhetens årshjul. genomförs

kvalitetsgranskningar av läkemedelshanteringen tillsammans med apotekets representant och Kungsholmens stadsdelsförvaltnings MAS.

### **Riskbedömning av fall, trycksår, undernäring, kontinens och munhälsa**

**Mål:** Att riskbedömningar utförs rutinmässigt så att patienten med risk upptäcks i tid och får nödvändiga insatser.

**Resultat:** Andelen riskbedömningar inom det vårdpreventiva arbetet med trycksår och nutrition samt munhälsa är mycket hög och visar på en god följsamhet till målet.

Målet för antal utförda riskbedömningar för att kvalitetssäkra det vårdpreventiva arbetet med trycksår, nutrition, fallrisk och munhälsa, har uppnåtts.

Resultat av genomförda riskbedömningar i procent/jämförelse med tidigare år

Årtal	2021	2022	2023
ROAG	97 %	97 %	91%
Norton	96 %	96%	96%
MNA	97 %	93 %	98%
Downton	82 %	99 %	82%

Roag =bedömer munhälsan Norton= mäter risk för trycksår MNA= mäter risk för undernäring Downton= mäter risk för fall

**Analys av resultat:** Resultatet är både positivt och negativt och trolig orsak är att kontinuitet bland legitimerad personal har varierat under året.

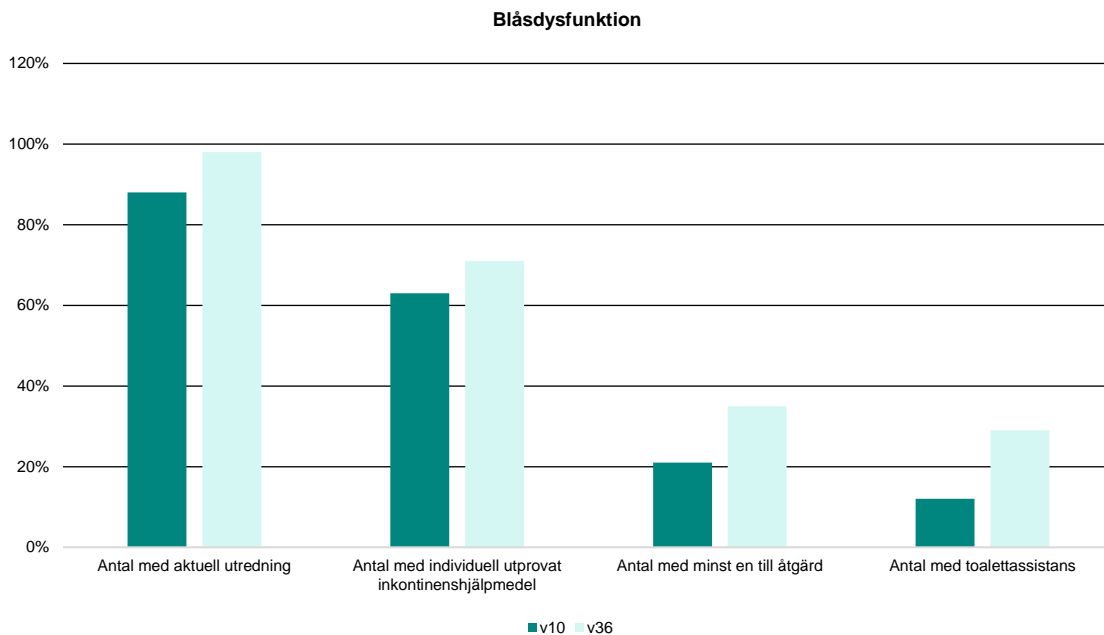
**Åtgärd:** Fortsatt uppföljning av riskbedömningarnas genomförandegrad genom egenkontroll och statistik i journalsystemet enligt årshjul.

**Uppföljning av åtgärd:** Enheten skall genomföra PPM två gånger per år samt granskning av dokumentation enligt årshjul. Processledare för dokumentation utför stickprov i ett antal journaler i samband med årlig uppföljning tillsammans med MAS och MAR.

### **Bedömning av Blåsdysfunktion**

**Mål:** Att samtliga patienter erbjuds en bedömning av blåsdysfunktionen och vid behov också en utredning.

**Resultat:** Resultatet från v 36 visar att 90% av patienter med en blåsdysfunktion har fått en basal utredning de senaste 12 månaderna vilket är en stabil siffra jämfört med tidigare år samt att 68% av dessa har individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Endast 7% behandlas med urinkateter av dessa hade 100 % en dokumenterad indikation av behovet. Toalettassistans framkommer som den vanligaste åtgärden utöver inkontinenshjälpmedel, dock borde åtgärden användas mer frekvent.



Sammanställning PPM - blåsdysfunktion v 10 och v36 2022

**Analys av resultat:** Antalet boende som har behov av individuellt utprovat hjälpmedel för inkontinens har ökat med att de som flyttar in generellt är i sämre skick. Antal med toalettassistans har minskat vilket troligtvis beror på att de behöver mer hjälp än bara toalettassistans. Eventuellt beror resultat även på dålig kontinuitet i sjuksköterskebemanningen på en av avdelningarna under året och tidsbrist pga detta. Även viss okunskap i dokumentation av detta kan ha spelat in.

**Åtgärd:** Öka kompetensen hos sjuksköterskorna genom utbildning och föreläsningar inom området. Eventuellt skall en sjuksköterska gå utbildning i förskrivningsrätt för inkontinensskydd under året. Systemansvarig för dokumentationssystemet skall under våren 2024 ha enskilda genomgångar med alla sjuksköterskor gällande dokumentation och hälsoplaner.

**Uppföljning av åtgärd:** Genomföra PPM 2 gånger per år.

### Senior alert

I Senior alert registreras genomförda riskbedömningar för Nutrition (MNA initial), trycksår (Norton) och fall (Downton Fall Risk Index).

**Mål:** att enheten regelbundet skall registrera i Senior alert.

**Resultat:** Fortsatt fokus har varit föra in och registrera alla boende i registret och under 2023. Några avdelningar ligger efter pga bemannings-tidsbrist under året.

**Analys av resultat:** Registreringar av riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett fortsatt område som behöver utvecklas och implementeras ytterligare. Statistiken i Senior alert går inte att jämföra med de genomförda bedömningar inom riskområdena som utförts i verksamheterna. Det beror på att alla patienter med en journalförd bedömning inte registreras i kvalitetsregister och en bidragande orsak är att det innebär dubbeldokumentation för sjuksköterskorna.

**Åtgärd:** Fortsatt arbete och utbildning i att registrera och att systematiskt använda senior alert i patientsäkerhetsarbetet.

**Uppföljning av åtgärd:** två gånger om året i samband med MAS.

### **Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner**

Samtlig personal genomför årligen webbutbildning i hygien. Utbildning både internt och externt samt observationer av följsamhet till basala hygienrutiner genomförs kontinuerligt. En specifik pärm gällande Covid-19 och rutiner skapades tidigt under pandemin och är fortfarande aktuell. Denna har under hösten 2023 kompletterats med rutiner för även andra virus så som influensa och RS-virus.

God följsamhet gällande basala hygienrutiner vid egenkontroller. Enheten har lagt ner mycket arbete kring utbildning och utfört tätare kontroller gällande följsamhet av basala hygienrutiner. Enheten har under 2023 nått målet med åtföljande av basala hygienrutiner undre samtliga mätningar.

**Mål:** 75% av personalen ska följa samtliga åtta steg i basalhygien och klädregler

#### **Resultat:**

<b>Vecka 40-41 2023</b>	<b>Vecka 11-12 2023</b>	<b>Vecka 40-41 2022</b>
<b>75 %</b>	<b>86,4 %</b>	<b>70,4 %</b>

**Analys av resultat:** resultaten har fortsatt att förbättras under 2023. Enheten har arbetat konsekvent och strukturerat med att kontinuerligt påminna och utbilda i basal hygien, hygienombud är delaktiga i kontrollerna men även i det dagliga arbetet. Det har varit en stående punkt vid verksamheternas olika möten.

**Åtgärd:** Fortsätta med egenkontroller med självskattning månadsvis. Genomföra PPM Basal hygien och klädregler minst två gånger per år och hygienisk egenkontroll en gång om året.

Att tillsammans med Vårdhygien Stockholm fortsätta utbilda observatörer som utför PPM basal hygien och klädregler. Säkerställa att all personal gör digital utbildning i följsamhet till basal hygien och klädregler och följa upp att det efterföljs.

**Uppföljning av åtgärd:** inhämta resultat från PPM basal hygien och klädregler, fortsätta med egenkontroller samt det smittförebyggande arbetet i samband med den årliga QUSTA uppföljningen samt vid verksamhetsbesök.

### **Multiresistenta bakterier**

Vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier är oförändrat jämfört med föregående år.

**Mål:** att antal vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier minskar

**Resultat:** Antal boende med vårdrelaterade infektioner ligger på samma nivå som föregående år. Under förra året, 3 registreringar fördelat över infektioner varav en på ESBL och två på MRSA. Ingen spridning har registrerats.

**Analys av resultat:** Enheten har väl inarbetade rutiner då multiresistenta bakterier upptäcks.

**Åtgärd:** säkerställa att basala hygienrutiner och klädregler följs, att smittskydds handlingsprogram för anmälningsskyldiga multiresistenta bakterier är tillgängligt och känt av sjuksköterskor och chefer. Att under 2024 samla in registrering av statistik för infektioner för att bättre följa utvecklingen av olika infektioner och eventuella virusutbrott.

**Uppföljning av åtgärd:** Sammanställa infektionsregistrering en gång i månaden. Utföra PPM mätning basal hygien två gånger om året. Gå igenom handlingsprogram om multiresistenta bakterier på när behov uppstår.

### **Funktionsbedömning ADL enligt Sunnås**

ADL-bedömningar utförs av arbetsterapeuter efter inflyttning och ska förnyas årligen och i samband med förändrad status med syfte att bedöma den enskildes förmåga att klara sin dagliga livsföring och för att kunna sätta in eventuella stödåtgärder.

Kvalitetsindikatorn andel boende där dokumenterad ADL-bedömning enligt Sunnås ADL-index är utförd/jämfört med tidigare år

Årtal	2021	2022	2023
ADL	97 %	51%	78,5%

**Mål:** Att alla som flyttar in på enheten får en funktionsbedömning enligt Sunnås ADL och att denna uppdateras en gång per år.

**Resultat:** Andelen bedömningar av patienters förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet(ADL) inom området personlig vård och hemliv har nått målet.

**Analys av resultat:** resultatet visar att rutiner för bedömningen kunnat följas.

**Åtgärd:** Ett verktyg som är känt och väl inarbetat används även i fortsättningen.

**Uppföljning av åtgärd:** fortsätta att inhämta statistik från journalsystemet Vodok och ha regelbundna avstämningsmöten.

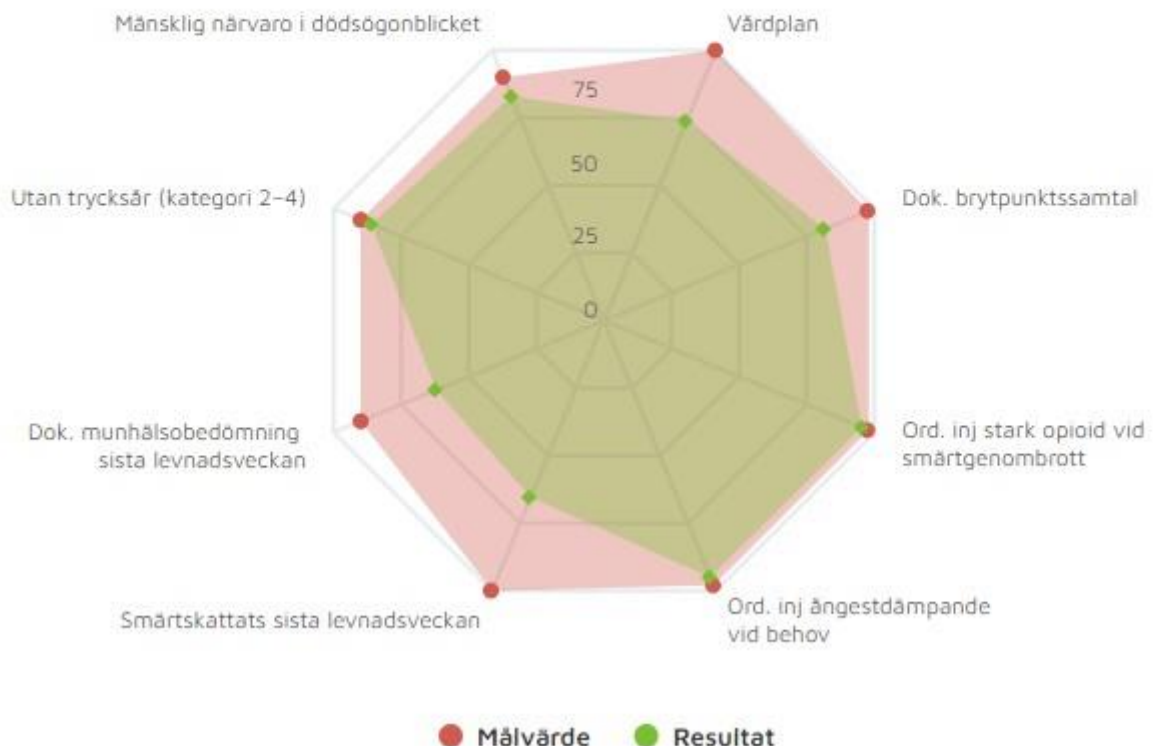
### Palliativa registret- Vård i livets slutskede

**Mål:** att den palliativa vården i livets slut följer de nationella riktlinjerna för Palliativ vård. Att Enheten registrerar i det Svenska palliativ registret och använder sitt resultat i verksamhetens kvalitetsarbete.

**Resultat:** Erbjudande om eftersamtal och även läkarsamtal med patienter har ökat vilket är positivt. De parametrarna som behöver förbättras är samma som föregående år, smärtskattning och bedömd munhälsa samt även antalet personer som avlidit med trycksår.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12





Kvalitetsindikator	Målvärde	2020	2021	2022
Eftersamtal erbjudet	100	89	75,4	80,4
Läkarinformation till patienten	100	77	75,9	74,4
Munhälsa bedömd	100	67	61	60,6
Avliden utan trycksår	90	83	88	86,6
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	90	80	81,9
Utförd validerad smärtskattning	100	77	53,4	60,7
Lindrad från smärta	100	100	91	95,2
Lindrad från ångest	100	99	83	94,6
Läkarinformation till närstående	100	70	75,4	65
<b>Antal vårdtillfällen i urvalet:</b>		52	54	40

Statistik från Svenska Palliativregistret

**Analys av resultat:** Under hösten 2023 avled flera av de patienter på enheten som hade kroniska trycksår, detta har påverkat resultatet. En försämring i antal patienter som har fått munhälsan bedömd ses. Det är tydligt att patienter och anhöriga blivit erbjudna läkarinformation och efterlevandesamtal än tidigare. Resultatet visar att Pilträdet's servicehus behöver fortsätta utveckla och säkerställa den palliativa vården.

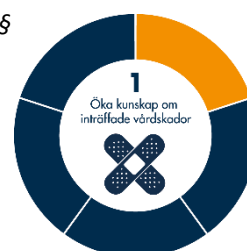
**Åtgärd:** Under 2024 fortsatt satsa på palliativ vård som ett fokusområde. Vi har en sjuksköterska med specialkunskap i Palliativ vård som tillsammans med biträdande enhetschef kommer att leda de palliativa ombuden på enheten och utarbeta tydligare och bättre rutiner samt identifiera behov av förbättringsområden.

**Uppföljning av åtgärd:** Kontinuerlig kontroll av registreringsgrad i palliativa registret enligt årshjul för egenkontroll och i samband med årliga uppföljningar av hälso- och sjukvården.

## 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 §

Avvikelsehantering är en del av Pilträdet's servicehus strukturerade patientsäkerhetsarbete. Ett systematiskt arbete med avvikelsehantering ska bidra till att identifiera områden där kompetens, rutiner och arbetssätt ytterligare kan säkerställas. En utmaning som framkommit



under flera år är att kompetensen och förståelsen hos all personal behöver ökas för att förbättra rapportering av avvikelser. För att nå en ökad rapportering och utveckling behöver vi fortsätta arbeta mer med patientsäkerhetskultur som visar på vikten av en öppen och transparent dialog i personalgruppen. Teamet följer kontinuerligt upp avvikelser i Vodok och i verktyget för SOL avvikelser och sammanställer detta inför genomgång varje månad i kvalitetsforum.

### **Registrerade avvikelser**

**Mål:** god kunskap om avvikelser och vårdskador och öka antal inrapporterade avvikelser

**Resultat:** Uppföljning visar att vi har blivit bättre på att registrera och analysera avvikelser. Under kvalitetsforum går vi igenom alla allvarliga avvikelser och arbetar för att minska risk för dessa. Ingen allvarlig avvikelse eller vårdskada som krävt vidare utredning har skett under året.

Trycksår av varierande gradering enligt Norton-skalan, har under året uppstått på enheten, de klassas som alltid vårdskada.

**Analys av resultat:** Antal fallolyckor har ökat och en orsak kan vara att patienterna som flyttar in har ett sämre hälso- och funktionstillstånd och en annan orsak kan vara att restriktionerna i och med pandemin har släpps och fler rör sig utanför sin bostad. Antal läkemedelavvikelser har minskat, en trolig orsak är det digitala signeringsverktyget Appva. Det kan vara så att personalen upplever att det inte är en avvikelse då de inte har signerat läkemedlet i Appva. En annan orsak kan vara att avvikelsen hanteras direkt men inte registreras i systemet För övriga avvikelser är rapporteringen fortsatt låg men blir långsamt bättre och bättre.

**Åtgärd:** Kontinuerliga samtal för att öka kunskapen hos personalen samt att patienter och anhöriga ska göras mer delaktiga i avvikelseprocessen.

För att öka kunskapen om trycksår och andra sårinfektioner har sjuksköterskorna erhållit sårutbildning.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

Uppföljningar av hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet har genomförts med verktyget QUSTA (Quality uppföljning, säkerhet, tillsyn och ansvar). Uppföljningen omfattar frågor som rör både organisation, systematik och arbetsätt inom olika områden exempelvis samverkan, systematiskt patientsäkerhetsarbete, läkemedelshantering, prevention/vård och behandling bland annat vid risk för undernäring, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Vid uppföljning deltar chefer och legitimerad personal.



### **Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet , QUSTA**

**Mål:** 100%

**Resultat:** Enheten visar på mycket stabila resultat avseende ledningssystem med rutiner för hälso- och sjukvård och ett närvarande ledarskap. Resultatet är mycket gott med 98 % för

2023 jämfört med 96% för 2022 och 93% 2021. Det viktigaste syftet med årlig uppföljning med QUSTA är att utveckla, lyfta fram vilka processer som säkrats och vilka processer som behöver utvecklas.

**Analys av resultat och planerade åtgärder:** Det mycket goda resultatet visar på en stabil och säker hälso- och sjukvård. Några mindre förbättringsområden ses, bland annat genom att fortsatt säkerhetsställa läkemedelssigenering i digitala systemet Appva och att öka kvaliteten på läkemedelsdelegeringar genom övergång till Apotekets kvalitetssäkrade delegeringssystem även vad det gäller insulindelegeringar. Vi skall också under 2023 arbeta vidare med utvecklingen och kvalitetssäkringen på palliativ vård samt psykisk hälsa.

**Uppföljning av åtgärd:** Kontinuerligt under året och vid nästa uppföljning av hälso- och sjukvården med verktyget QUSTA.

### Hälso- och sjukvårdsdokumentation

Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen ska spegla en god och säker vård för patienterna. Allt väsentligt kring patientens vård ska dokumenteras och journalen ska vara sammanhållen och begriplig för läsaren.

**Mål:** att dokumentationen är tydlig och följer gällande lagar och riktlinjer. Att hälso- och sjukvårdens processer tydligt framgår, att den enskildes önskemål och behov dokumenteras.

**Resultat:** Av inkomna analyser bedöms att Pilträdet's servicehus vara har visat på en tydlig utveckling, med strukturerade egenkontroller som analyseras och planer för åtgärder som tas fram och följs upp.

Utvecklingsområden som kvarstår även efter 2023 är gällande dokumentation är att systematiskt dokumentera i kartlagt hälsotillstånd som ger underlag för att upprätta hälsoplaner vilket skulle resultera i en tydligare vårdprocess. Teamets samverkan med patienten är central för att skapa en personcentrerad vård och omsorg och denna samverkan ses som ett utvecklingsområde gällande dokumentation.

**Analys av resultat:** Det fina resultatet kan ytterligare förbättras genom fortsatt introduktion i systemen av nya medarbetare och genom att vid behov avsätta extra tid för dokumentation.

**Åtgärd:** Tillgången till stadsdelens dokumentationsstödjare för verksamheternas handledare ökar möjligheterna till en bra introduktion i journalsystemet vilket är en viktig förutsättning till fortsatt utveckling. Under 2024 kommer systemansvarig i Vodok att göra individuella avstämningar med varje sjuksköterska för att kartlägga behovet av att förbättra hälsoplanerna.

**Uppföljning av åtgärd:** fortsätta egenkontroller enligt årshjul. Att genomföra journalgranskningar för att följa utvecklingen och få en förståelse kring svagheter och styrkor i dokumentationen som styr vilka utbildnings- eller handledningsinsatser som behövs framåt.

### Säker vård här och nu

Under året har det flyttat in många boende och vi har sett att de boendes vårdbehov generellt har ökat. Vilket har lett till behov av ökad bemanning av sjuksköterskor. Enheten har ökat bemanningen med en till sjuksköterska vilket främjat ökad kontinuitet och minskning av andel timvikarier. En sjuksköterska har under 2023 fortsatt sin specialutbildning till vård av äldre och vi har haft en vikarierande sjuksköterska för henne på 50%. Enheten har



haft en bra bemanning under större delen av året och även haft stabila sjuksköterskor från bemanningsföretag undre framför allt sommarperioden som har tagit stort ansvar och lärt känna våra vård- och omsorgstagare och kunnat delta i teamarbetet med övrig personal.

Då utskrivningar från slutenvården ofta sker snabbt och patienterna som skrivs ut är svårt sjuka med flera olika diagnoser där hälso- och sjukvårdsinsatserna är omfattande. För att säkra vårdövergången behöver samverkan utvecklas mellan vård och omsorgboende och beställarenheten.

## Riskhantering

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

Inför årets semesterperioder görs riskanalyser och åtgärder för säkerställande av väsentliga processer. Uppföljning av riskanalyserna visade att bemanningsplanering fungerat bra trots viss sjukdom osv. Bedömningen är att patientsäkerheten inte har äventyrats. Läkarsatserna under sommaren har fungerat bra trots att läkarorganisationen haft några vikarier.

Riskbedömning och handlingsplan avseende krisberedskap har tagits fram för att förbereda för tex ett långvarigt driftstopp, uteblivna leveranser av läkemedel och förbrukningsartiklar. Handlingsplanen ska vara en aktiv del av verksamhetens patientsäkerhetsarbete och ska kontinuerligt följas upp och säkerställas.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelse

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

När en risk eller en händelse upptäcks som medfört eller kunnat medföra vårdskada skrivs en avvikelse. Avvikelsen dokumenteras i avvikelsemodulen i journalsystemet där MAS/MAR och närmaste chef kan ta del av den. Vid misstanke om allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada kontaktas chef, MAS/MAR omedelbart. Alla avvikelser utreds, analyseras, åtgärdas och följs upp enskilt eller med berörda parter efter behov.

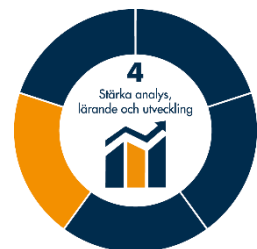
Utredningens storlek anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. Avvikelse sammanställs och tas upp på kvalitetsforum och arbetsplatsträffar.

Avvikelsehantering är en av grundstenarna i förbättringsarbetet och varje medarbetare uppmuntras/uppmannas att skriva avvikelser för att upptäcka brister och på så sätt utveckla säkrare och tryggare rutiner.

Enhetschef har huvudansvar för säkerhetsarbetet på enheten.

Biträdande enhetschef ansvarar tillsammans med enhetschef för att:

- regler och rutiner är kända och följs av all personal



- Se till att lokala rutiner för rapportering, utredning, sammanställning samt analys av inträffade avvikelser
- regelbundet återföra, diskutera/reflektera över inträffade avvikelser med berörd personal
- det finns rutiner på enheten så att medicinskt ansvarig sjuksköterska snarast underrättas då en avvikelse kan föranleda anmälan till IVO enligt Lex Maria.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att:

- vidta de åtgärder som behövs för patientsäkerheten
- dokumentera åtgärder
- utreda orsaker till avvikelsen
- informera biträdande enhetschef om avvikelsen
- rapportera allvarliga avvikelser till MAS och enhetschef och biträdande enhetschef
- informera vårdtagaren/närstående om avvikelsen

Fysioterapeut och Arbetsterapeut ansvarar för att:

- medverka i arbetet med avvikelser på området medicintekniska produkter
- medverka i arbetet med avvikelser som rör rehabiliteringsfrågor
- dokumentera avvikelser rörande området rehabilitering
- utreda orsaker till avvikelser inom området rehabilitering och hjälpmedel
- medverka i arbetet med fall - avvikelser

Hälso-sjukvårdspersonal har skyldighet att rapportera avvikande händelser till Sodexo hjälpmedelscentral, om hjälpmedel levereras trasiga eller felaktiga, om ett hjälpmedel går sönder ska det rapporteras till läkemedelsverket om det medfört skada eller risk för skada.

Hälso- och sjukvårdspersonal har samma ansvar och medverkar utifrån sina yrkesspecifika kompetenser i utredning och analys av händelser.

## Klagomål och synpunkter

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

Enheten har lokal rutin för hantering av synpunkter och klagomål. De klagomål som inkommer till enheten förmedlas till enhetschef och biträdande enhetschef för att besvaras och eventuellt utreds, och ansvarar för att skicka in klagomål och utredning till stadsdelen för diarieföring.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under pandemin har vi utvecklat processer för att snabbt kunna ställa om våra arbetssätt, säkerställa informationsflödet. Enheten arbetar för att genomföra kontinuerliga riskbedömningar, ta fram handlingsplaner och åtgärda. Det arbetet har lett till att vi idag har en bättre beredskap och ökat risktänkande.



Enheten kommer hela tiden sträva efter att arbeta så patientsäkert som möjligt genom att fortsätta genomföra uppföljningar, egenkontroller och riskanalyser. Fortsatt kompetensutveckling med undersköterskeutbildning samt specialistundersköterska och även specifik löpande utbildning efter ledningens planering. En projektplan för ett kliniskt träningscentrum för personalen på Kungsholmens särskilda boenden är under utarbetning och kommer att kunna börja användas under 2024.

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Enheten arbetar fortsatt för en god och säker hälso- och sjukvård.

Mål och strategier för 2024 för Pilträdet's servicehus:

- Följa upp samtliga riskbedömningar och vidareutveckla vårdprocessen, hälsoplan ska upprättas om risk identifierats.
- Utföra egenkontroller av hälso- och sjukvård enligt årshjul för egenkontroll
- Fortsatt arbete och uppföljningar av registrering i kvalitetsregistren
- Genomföra QUSTA i hälso- och sjukvårdsteamet på enheten
- Genomföra PPM enligt MAS planering två gånger per år
- Dokumentera sammanställning av infektionsregistrering en gång per månad och skicka till MAS för granskning
- Följa upp resultat APPVA och att delegeringar är giltiga och utförda på rätt sätt samt att regler kring delegering efterföljs.
- Fortsatt aktivt arbeta att minska på framförallt fall och läkemedelsavvikelser
- Fortsätta arbetet med kunskapstester via Apoteket för delegeringar
- Synliggöra patientens och närståendes delaktighet i dokumentationen
- Palliativa ombuden ansvarar för fortsatt planering och implementering av nationell vårdplan i verksamheten, samt strukturera möten för reflektion.
- Delta aktivt i hälso- och sjukvårdprocessteam för en stärkt patientsäkerhet på Kungsholmen