

Patientsäkerhetsberättelse För Söderströmsgården År 2021



Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Informationssäkerhet.....	5
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	7
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Säker vård här och nu.....	12
Riskhantering.....	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Avvikelse	13
Klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	15
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	16

SAMMANFATTNING

År 2021 och under pågående pandemi fortsatte arbetet med högsta prioritet för att skydda de äldre genom att hindra smittspridning och genom snabb omhändertagande (provtagning, smittspårning och behandling) vid symptom. Viktig del i arbetet var även effektiv mobilisering av personalresurser och kompetenshöjning runt det nya vaccinet mot covid -19. Den historiska vaccinationskampanjen började i januari och efter sommaren kunde även den tredje dosen erbjudas till de boende. Mycket god samverkan har pågått med läkarorganisationen under året.

Avvikelsehanteringen flyttades över till en digital plattform DF Respons i början av juni. Det nya arbetssättet med rapporteringen godtogs utan svårigheter av medarbetarna. Rapporten går till chef, inte till tjänstgörande sjuksköterska, vilket kan innebära eftersläpning i den digitala utredningen.

Vid årets slut motsvarar det totala antalet avvikelser de tidigare årens antal avvikelser. Därför är det svårt att bedöma om bättre tillgänglighet för att rapportera har ökat rapporteringar. Vilket i så fall skulle kunna betyda mindre antal avvikelser. Baspersonalen har nyckelroll i framtida analyser då ju bättre kan rapporteringen säkerställas desto bättre kan man göra slutsatser i jämförelser.

De negativa händelser / avvikelser som inträffat har vi använt för att sprida lärdomar och att "ifrågasätta" vissa rutiner utifrån riskfaktorer i händelser. Egna kontroller har varit bra metod att genomlysna våra rutiners praxis och funktion i vardagen. T. ex vi har kontrollerat att versionen av läkemedelslistan stämmer överens hos den enskilde, i journalpärmerna och i systemet Pascal.

Vårdövergångar medför alltid risk både utifrån smitta men även gällande resurser och kompetens. Vid enskilda fall har vi tillsammans med läkaren/sluten vård gått igenom noggrann vårdbehovet.

Att kvalitetssäkra journalföring har försvårats av verksamhetssystemets problem med övergången till den nya plattformen, vilket innebär att legitimerad personal använder två moduler. Journalföring sker i den gamla modulen och sökning av information, utskrivning av journal sker i den nya modulen. Arbetssättet stödjer inte professionens krav för att journalföring. Dessutom har inte manualerna följt denna förändring och därför har stöd i dokumentationen inte varit tillräcklig. Enhetlig dokumentation kräver att alla förstår programmets uppbyggnad för att kunna dokumentera bedömningar, planeringar och åtgärderna med efterföljande uppföljningar. För att säkerställa vårdprocessen behövs en parallell planering.

Framgångsrik rekrytering av sjuksköterskor och rehab för att säkerställa kontinuitet och kompetens samt tillräcklig bemanning är en av årets viktigaste resultat inför kommande åren.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

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

Socialnämnden har fastställt övergripande mål för hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer för äldre. God, säker och sammanhållen vård för den enskilde ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier.

- Ingen patient behöver drabbas av vårdskador
- God och säker vård
- Vid vård i livets slutskede ska ha hög standard
- Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vården och omsorgen som erbjuds.

Strategier för att nå vård och omsorg av hög kvalitet sker utifrån:

Personcentrerad vård där den enskilde är delaktig

- Säkerställa delaktighet/kunskap om den egna vården
- Synpunkter/önskemål tas tillvara
- Information ges om eventuella vårdskador

Kunskapsbaserat arbetssätt

- Säkerställa rätt kompetens och kunskap utifrån individens vårdbehov
- Arbetssätt förankras till vetenskap och evidens
- Metodstöd med hjälp av kvalitetsregistren
- Ta reda på / arbeta ifrån aktuell information/ kunskap under pågående pandemin

Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete

- Bearbeta lokala rutiner tillsammans med medarbetare.
- Utbildningar, kompetenshöjningar som motsvarar behovet i verksamheten
- Teamarbete inom boendet och samverkan med andra aktörer
- Dokumentation utifrån lagkrav
- Egen kontroll för att följa upp processer i alla led
- Avvikelsehanterings process där rollerna och ansvar tydlig

Organisation och ansvar

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

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen som sjukvårdshuvudman för att en god hälso- och sjukvård erbjuds de personer som bor i särskilda boendeformer för äldre, psykiskt och fysiskt funktionshindrade, dagverksamheter och dagliga verksamheter. Kommunens ansvar omfattar hälso- och sjukvård, omvårdnad, habilitering och rehabilitering upp till nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens och legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar. Läkarsansvaret i särskilt boende åligger Regionen.

Socialnämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso-och sjukvård som erbjuds uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav för god vård.

Verksamhetschefen för äldreomsorgen är verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen ansvarar för organisation, planering, ledningssystem och uppföljning av arbetet.

Mas (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) för riktlinjer för hälso- och sjukvården samt kvalitetsuppföljningar.

Enhetschef inom hälso- och sjukvård ansvarar för att vården tillgodoser hög patientsäkerhet utifrån lagar och föreskrifter. I ansvaret ingår adekvat resursanvändning och att kvalitetsarbetet integrerats i den dagliga verksamheten. Och att medarbetare har rätt kompetens för att säkerställa verksamhetens kvalitet, att riktlinjer och rutiner är kända och följs samt att medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själv ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan genom delegering överlåta en hälso- och sjukvårdsuppgift till omsorgspersonal. Omsorgspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när hen efter delegering utför en hälso- och sjukvårdsuppgift. Hälso- och sjukvårdsinsatser får endast delegeras när detta är förenligt med god och säker vård.

Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Vilket kräver att alla medarbetare har rätt kompetens, riktlinjer och rutiner är kända och följs, medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Enheten samarbetar med andra vårdgivare i form av olika upprättade avtal och samverkansdokument.

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.
- Tandvårdsenheten (SLL, avtal om årliga munhälsobedömningar erbjuds till alla, sjuksköterska får behörighet att utfärda tandvårdsstödkort efter genomgången utbildning.
- Avtal med Apoteket AB (2018) avseende kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Avtal med Vårdhygien för konsultation, utbildningar och hygienronder
- Ekerö Kommun har avtal med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Samverkan med smittskyddsenheten i enlighet med föreskrifter, provtagningar och screeningar vid covid -19
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan utförare och läkarorganisation Capio Legevisitten AB.
- Avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
- Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter från slutenvård.
- Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Söderstömshuset, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information som behövs i arbetet ska ha ett tillräckligt skydd utifrån de krav som ställs i lagstiftningen (GDPR och patientdatalagen).

I tabellen redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten.

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
Pulsen Combine	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller Mobilt Bank id. Loggkontroller Kod vid utskrift	Loggkontroller Arkivering Behörighetsgenomgång kvartalsvis
Vaccinera	Journalföring av utförda vaccinationer.	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort	Uppföljning vid förnyelse av behörighet v.3: e månad via läkarorganisation
Pascal	Ordinationsverktyg för personer med dosdispenserade läkemedel och ordinationshandling	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort Utskrift av alla ordinationshandlingsversioner ingår i journalen och förvaras i pappersjournalen kronologiskt, den aktuella i HS pärmen	Avvikelser Egenkontroll Riskanalyser Arkivering
Senior Alert, nationellt kvalitetsregister	Strukturerad arbete med förebyggande vård och omsorg. Riskbedömning och planering av åtgärder vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och inkontinens.	Behörighetsindelning Samtycke inhämtas från den enskilde. Avregistrering vid in aktualitet Riskbedömning och åtgärder journalförs i befintligt verksamhetssystem – Pulsen Combine	Statistik, koll på läget Granskning av journaler – dokumentation
BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller kod. Samtycke inhämtas från den enskilde. Avregistrering vid in aktualitet	Statistik Teamarbete nära den enskilde Granskning av journaler Dokumentation
Svenska Palliativregistret, nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården i livets slut	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort. Information om registret ges till vårdtagare och anhöriga.	Statistik, stickkontroller Kontroll av uppdateringar
Symfoni, tandvårdssystem	Utfärda tandvårdsstödsintyg och registrera munhälsobedömningar genom systemet.	Säker inloggning med SITSH kort.	Statistik
Beställningsportalen	Förskrivning av hjälpmedel	Säker inloggning med SITSH kort eller användarnamn/lösenord.	Dokumentation i journal Fakturagranskning
Nationell Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog	Styra behörigheten i olika IT-system (Pascal, NPÖ, Pulsen Combine, SITHS, kvalitetsregister)	Behörighetsindelning	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut Behörighet förlängs årligen och kontrolleras, kvitteras kvartalsvis.
Take Care Regionens journalsystem	Läsbehörighet	Behörighetsindelning endast för sjuksköterskor som är ordinarie. Säker inloggning med SITSH /engångskod Loggkontroller enligt avtal. Leverantören tillhandahåller system för åtkomstkontroll SALA	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut.

En god säkerhetskultur

Pandemin har krävt bevakning av läget och snabb anpassning av rutiner utifrån aktuell kunskap. Vi har arbetat med lärande och kompetens i organisationen, samt återkommande riskanalyser av arbetsförhållanden och personalens attityder.

Dialog om vad, hur, varför, har skett i det dagliga morgonmötet tillsammans med sjuksköterskor, paramedicin, omsorgspersonal och ledning. Medarbetarna har varit delaktiga i förbättringsarbete och identifierat brister och risker. Utvärderingar tillsammans har varit utvecklande för verksamhetens säkerhetskultur.

T ex. det har identifierats att boendelista delades till omsorgspersonalen i samband med morgonmötet /rapport. Listan var avsett för sjuksköterskans daglig planering av fasta insatser kopplade till enskildes hälsa. Patientdatalagen reglerar hantering av dessa uppgifter och därmed behövdes säkerställa korrekt hantering och kassering av listor. Legitimerad personal och nattpersonal med delegering använder listorna.

Att involvera till de boende/anhöriga till inbjudande dialog i vardagen har skett på olika sätt. Samverkan sker vid vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter och avvikelser samt vid vårdplaneringar och kontinuerliga möten i vardagsarbetet.

På hälso- och sjukvårdsmöten har vi analyserat vårt arbetssätt och rutiner. Det systematiska arbetet sker utifrån planering enligt årshjulet. Fokusområden har varit att stärka omsorgspersonalen inom bas- och specialistkunskaperna och skapa teamarbete.

All personal har behörighet och kunskap att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i det nya avvikelssystemet och är medvetna om sin skyldighet. Avvikelseerna skrivs av personal som identifierar risken /avvikelsen. Det finns stort engagemang bland omsorgspersonal att använda det digitala avvikelssystemet. Personal har deltar i händelse- samt risk/ analys.

Genom noggrann schemaplanering och bemanning har enheten kunnat periodvis frigöra tid för lärande och reflektion. Enheten har forum där personalen kan öppet reflektera och diskutera över arbetet. Planerade möten (APT, avdelningsmöten) och spontana möten används för reflektion. Ambitionen finns att arbeta i en lärande organisation.

Adekvat kunskap och kompetens

Kompetensutveckling under året har haft fokus inom kunskaperna om covid -19, vaccinationer, nya rutiner och rekommendationer, som ska vara kända i hela verksamheten.

Utbildningar inom dokumentation med Pulsen Combine har skett internt och externt. Alla medarbetare har deltagit i extern utbildning.

Under våren och sommaren 2021 hade enheten stora svårigheter med sjuksköterska bemanning. Vilket resulterade i lägre bemanning för sjuksköterskor och paramedicin. En del arbetsuppgifter (vårdplaneringar, registreringar, egna kontroller) prioriterades bort för att personalen räckte bara till det absolut nödvändigaste. Hälso- och sjukvårdspersonalens knappa resurser ledde till mycket ansträngt läge då även omsorgsverksamheten hade många ovana vikarier. Under hösten är situationen förbättrat efter nya medarbetare klivit in på sina tjänster och därefter introduktionerna har kunnat fullföljas med behörigheter i olika system.

Medarbetarnas schema är viktigt även utifrån patientsäkerhetsarbetet och där är enheten i mål vid årets sista kvartal med engagerade medarbetare, då även helgerna och nattjänsterna är bemannade med hög kompetens.



Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Förutom spontana och oplanerade möten i vardagen erbjuds den enskilde och närstående att vara delaktig vid inflyttning, vårdplaneringar samt läkemedelsgenomgångar.

Information om det nationella kvalitetsregistret ges och samtycke efterfrågas.

Den enskilde och vissa fall närstående informeras av sjuksköterska eller läkare vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd / vård.

Det finns skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Närstående erbjuds ett uppföljningssamtal efter anhörigs dödsfall.

Under den andra pandemiåret har inga anhörigträffar kunnat genomföras. Generell information har förmedlats via nyhetsbrev. En del av vårdplaneringar har genomförts via telefon pga. pandemin.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Öka kunskap om inträffade vårdskador

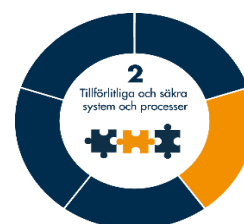
SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Trycksår	Förebygga förekomsten av trycksår	8 trycksår. Antalet trycksår ej minskat jämfört med föregående år.	Nedsatt allmän tillstånd vid multi sjukdom utökar uppkomsten av trycksår.	Teamarbete Identifiera risker och diskutera om åtgärder. Förebygg- och behandlande madrass har använts.	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete. Identifiera tidiga tecken på risker	Daglig observation av omsorgspersonal, vid ökad risk eller sår även av sjuksköterska	Avvikelser Journal
Fall	Förebygga förekomsten av fall	161 fall (142 fall år 2020)	Antalet fall fler jämfört med föregående år.	Teamarbete, Paramedicin bedömer risker och åtgärder	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete. Extra tillsyn	Daglig observation och förebyggande arbete	Avvikelseb lanketter och DF Respons
Läkemedel	Minska förekomsten av läkemedels avvikelser	77 Läkemedels avvikelser	Antalet av läkemedels avvikelser har minskat jämförelse med föregående år.	Egen kontroll HSL möte Avdelningsmöte APT	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete	Daglig arbete Veckokontroll vid dosettindelning Va. vecka kontroll vid Dos påse utlämning Månads	Avvikelseh anteringsystem DF Journal granskning Egen kontroll

			(109 avvikelser år 2020)			kontroll vid byte av signeringslista	
Medicin tekniska hjälpmedel MPT	Säker och korrekt användning av MTP	6 avvikelser gällande MTP	Under-rapporterat område.	Egen kontroll APT Skriftliga instruktioner Utbildningar Genomgång av alla hjälpmedel, spårbarhet	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete och korrekt användning av MTP	Daglig arbete Årlig kontroll	Avvikelseh anteringssystem DF Egen kontroll

Tillförlitliga och säkra system och processer



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Palliativ vård	Den enskilde och/eller närstående ska vara delaktiga.	År 2021 hade 100% av palliativa patienter erhållit brytpunktsamtal. (90,9% år 2020)	Målet är uppfyllt.	Genomgång av kvalitetsindikatorer och resultat från föregående år 2020. Teamarbete	Dialoger har genomförts med läkarorganisation HSL personal och enhetens palliativ team.	Registrering utförd för vård vid livets slut alla förväntade dödsfall.	Palliativa kvalitetsregistret.
Palliativ vård	Patienter/boende har inte ont vid livets slutskede.	År 2021 hade 88,9% av palliativa patienter erhållit validerad smärtskattning. (72,7% år 2020)	Smärtskattning sker även utan validerad metod. Förbättring med 16,2% jämfört med föregående år 2020. Fortsatt arbete med frågan och involvera den enskilde och personal i bedömningen.	Genomgång av kvalitetsindikatorer och resultat från föregående år 2020. Genomgång av Abbey Pain Scala.	Dialoger har genomförts med läkarorganisation och HSL personal. Utbildning till omsorgspersonalen	Smärtbedömningen utförd för boende vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret.
Palliativ vård	Lindra ångest	År 2021 hade 94,4% av palliativa patienter ordination av ångestdämpande injektion. (90,9% år 2020)	Behovet av ångestdämpande läkemedel har minskat år 2021 trots utökning av ordination av ångestdämpande läkemedel.	Handlingsplan för att säkerställa systematiskt arbete bedöma ångest samt att uppmärksamma att ordination finns	Fortsatt diskussion om läkemedelsordinationer i vård i livets slutskede med läkarorganisation utifrån resultat.	Bedömningen gällande ångest genomförda under vård vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret.
Palliativ vård	God munvård	År 2021 hade 83,3% av palliativa patienter	Förbättring med 10,6% jämfört med föregående år. För att öka	Säkerställa adekvat munvård genomförs	Uppföljningar har genomförts med HSL personal	Bedömningar/insatser utförda under	Palliativa kvalitetsregistret.

		erhållet munhälsobedömning i sista levnadsveckan. (72,7% år 2020)	resultat ytterligare behövs utbildning och ett strukturerat arbete, inklusive regelbundna utvärderingar av utförda åtgärder med ett validerat munhälsobedömningsinstrument.	vid livets slutskede.Handledning av personal.	gällande utförande av munhälsobedömning.	vård vid livets slut.	
Palliativ vård	Förebygga trycksår	År 2021 hade 88,9% av palliativa patienter hade ej trycksår (kategori 2–4). (90,7% år 2020)	Försämring med 1,8% jämfört med föregående år. Försämring kan bero på att några av trycksåren har uppkomst en annan plats. För att minska uppkomst av trycksår behövs mer systematiskt arbete för att bedöma riskerna för trycksårsutveckling med hjälp av att validera bedömningsinstrument i kombination med klinisk erfarenhet.	Egenkontroll av individnivå utifrån riskbedömning. Egenkontroll: handhavande av madrasser. Madrassinventering. Utbildningar	Dialoger har genomförts med HSL personal och omsorgspersonal gällande förebyggande arbete. HSL personal har inte hunnit handla i samma omfattning som ny omsorgspersonal har introducerats	Bedömningar utförda under vård vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret.
Palliativ vård	Mänsklig närvaro i dödsögonblicket.	År 2021 hade 94,4% av palliativa patienter mänsklig närvaro i dödsögonblicket. (72,7 % år 2020)	Målet är uppfyllt.	Nära samverkan med teamet för att uppmärksamma behov av resurser.	Kontinuerlig uppföljning individnivå.	Registrering utförd för vård vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret.
Vaccination	Minska risk för smitta, Säker hantering av vaccin	Samtliga boende fått vaccin. Spetskompetens att hantera vaccin	Målet är uppfyllt.	Erbjuda och administrera vaccination. Säkerställa kompetens och kunskap. Noggrann planering.	Kontinuerlig uppdatering av kunskap, kompetens och patientdata.	Registrering utförd samband med vaccination. Pågående arbete under året för att säkerställa att alla boende fått vaccin enligt ordination.	Vaccinera Journal
Vårdhygien	Säker hygienisk standard i vården	Ingen spridning av virusjukdomar.	God följsamhet för basala hygienrutiner samt användning av	Verksamhetsnära arbete med pågående dialog.	Kontinuerlig uppföljning. Samverkan. Checklista för ökad	Daglig avstämning. Alla nya anställda genomför e-	Egen kontroll BHK

			skyddsutrustning.		patientsäkerhet under pågående covid-19 pandemin	utbildning och får handledning på plats.	
Rutiner och riktlinjer	Aktuella rutiner och riktlinjer.	Lokala rutiner och riktlinjer uppdaterade.	Målet är uppfyllt.	Aktualisera rutiner och riktlinjer.	Årsplanering	Årligen och vid behov	Teams
Informati onssäkerhet	Säker information shantering	Behörigheter na kontrollerade utifrån rollerna. Inga avvikelser har identifierats. Gallring efter avslutat anställning utförd. Loggkontrollerna utförda.	Målet är uppfyllt.	Systematisk behörighet och loggkontroll	Uppmärksam ma ansvaret.	<u>Kontroller</u> Månadsvis Kvartalsvis <u>Behörigheter</u> Årvis	Egen kontroll
Dokumen tation	Säker journalförin g Säker arkivering	Granskning av dokumentatio n är utförd. Alla HSL journaler fram till 2021 är iordningställda och levererade till arkivet. Flera journaler från 2021 behöver avslutas och arkiveras	Det finns förbättringsomr åden gällande användandet av ICF/KVÅ struktur korrekt. Arkivering har varit eftersatt pga. resursbrist och prioriteringar under pandemin.	Utbildning Resurser tillsatta för arkivering	Kontinuerlig utbildning och uppföljning Rutin finns Arkiverings arbetet behöver följas upp kontinuerligt.	2 gånger per år, 2 journaler per legitimerad medarbetare Vid avslut	Egen kontroll Egen kontroll
Läkemed elshanteri ng	Säker läkemedelsh antering	Lokala rutiner och processer förnyade.	Kontinuerlig uppföljning av följsamheten behövs.	Handlings- och åtgärdsplan	Hälso- och sjukvårds möte	Extern kvalitetsgransk ning årligen	Rapport Egen kontroll Avvikelseh anteringsssystem DF
Vårdprev ention	Förebygga skador och främja hälsa	Rutiner finns för förbyggande arbete. Hälsoående finns upprättade utifrån riskbedömning men registrering i Senior ej fullständig.	Nya medarbetare behöver handledning för att använda registret systematisk.	Utbildning, uppföljning och stöd.	Hälso- och sjukvårds möte Tvärprofessionel lt möte	Varje 3:e månad Kontinuerligt	Senior Alert Egen kontroll Journalgranskning Avvikelseh anteringsssystem DF
Demensv ård	Kvalitetssäkr ad demensvård .	Förbättra kompetens och kunskap inom demensvård och	Planera utbildning och handledning.	Användning av BPSD som metod för att nå framgång i behandling	Vårdplanering i team.	2 gånger per år och vid behov	BPSD

		bemötande vid oro.		och omvårdnad.			
--	--	--------------------	--	----------------	--	--	--

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

Det sker fortlöpande observationer och dialog av eventuella risker som skulle kunna medföra skada har varit viktig del i vårt arbete.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker. Åtgärder planeras och följs upp i det boendenära arbetet.

Risikanalys gjordes under pandemin utifrån den enskilde, personal, anhöriga utifrån rådande läge.

Vid vårdövergångar gjordes riskanalys om eventuell smittorisk, kontroll av provtagning, och uppföljning av provsvar utfördes på boendet.

Det finns fortfarande risk för underrapportering men det har skett avsevärd förbättring efter digitaliseringen av rapporteringen.

Journalssystemet Pulsen Combine har en komplexitet som kräver mycket kompetens, utbildningar och stöd för säker journalföring.



Säker vård här och nu

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Vårdprevention	Främja individuell nutritionsbehandling	Boende med risk för undernäring identifierade.	Specialistkunskaper behövs i alla led gällande nutrition.	Höja kompetens	Säkerställa nutritionskompetens genom att anställa dietist år 2022	Kontinuerligt	Senior Alert Egen kontroll
Vårdprevention	Säkerställa inkontinensvård	Skapat enhetlig dokumentation och planering av katetervård. Blåsdysfunktionsbedömning ej registrerade.	Förbättrings område teamarbete och planering i enhetens års hjul gällande blåsdysfunktion.	Prioritera planering och aktualisering av ombudsrollen.	Team möten Dokumentationsgranskning	Årligen enligt plan	Senior Alert Egen kontroll
Resurser	Adekvat kunskap och kompetens. Patientsäker bemanning.	Kontinuitet och kompetens säkerställdes med ny rekrytering inom HSL personal.	Kompetens är avgörande i patientsäkerheten, inte antal personal.	Schemaarbete, bemanning, rekrytering och introduktion-on.	Kompetensutveckling Individuella och flexibla schemalösningar	Fortlöpande	Egen kontroll
Delegera-Läke-medels administration	Kvalitetssäkra läkemedels hantering	Delegeringsutbildning och systematisk användandet av kunskapstest för att	Målet uppfyllt.	Planera och utföra egen delegering utbildning. Använda kunskapstest	Team möten Daglig arbete	Fortlöpande /Kontinuerligt Förnyelse av delegering årligen	Egen kontroll Avvikelsehanteringssystem DF

		kvalitetssäkr a kompetense n utförd.		st för individuell bedömnin g av kunskaper na inför delegering.			
--	--	---	--	---	--	--	--

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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



Vid en avvikelse eller vid risk för en avvikelse ska detta omedelbart rapporteras till tjänstgörande legitimerad personal för bedömning av åtgärder. Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Medarbetaren som har uppmärksammat avvikelsen registrerar avvikelsen.

Som verktyg för avvikelsehanteringen har ett nytt digitalt system införts. Anmälan görs digitalt i DF respons där utredningen dokumenteras.

Vid rapportering av avvikelse skickar systemet automatisk till HSL chef som utser utredarna som arbetar med händelseanalys och dokumenterar åtgärderna.

Uppföljning av avvikelser och vidta åtgärder har skett i olika mötes forum HSL, avdelning möten.

Inkluderande ingrediens har saknat i planeringen för att skapa möjligheten till multiprofessionella dialog ex. APT och olika kompetensteam möten (palliativ, demens, hygien och nutrition).

Medarbetarna är viktig länk i händelseanalysen och åtgärderna.

Den enskilde och deras närstående informeras om händelsen och om vidtagna åtgärder.

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar
Fall	161	Systematiskt teamarbete, fokus på förebyggande arbete. Ökad medvetenhet gällande risk för fall.
Läkemedel	77	Utförda delegeringsutbildningar och kunskapstest har ökad medvetenhet för korrekt läkemedelshantering. Signeringslista för administrering av läkemedelslista är korrekt och omgående korrigeras vid förändringar. Aktuell receptutskrift från ordinationsverktyget Pascal finns hos den enskilde.
Trycksår	8	Säkerställa kompetens gällande produktvalet vid förskrivning av hjälpmedel.
Medicintekniska produkter	6	Ökad medvetenhet gällande ansvar i hantering av hjälpmedel och följsamhet för instruktioner. Inventering av medicintekniska produkter.

Analys av avvikelser:

Antalet fallavvikelser ligger i stort sett på samma nivå som föregående. Analys visar att fallen är begränsade till ett mindre antal boende och framför allt sker i samband med att boende förflyttar sig själv. De fallpreventiva åtgärderna baseras på den individuella riskanalysen, till exempel genom kartläggning av när fallen sker över dygn, miljöanpassningar, läkemedelsgenomgång och utprovning/förskrivning av hjälpmedel. Insatta förebyggande åtgärder och förändrade arbetssätt minskar fallen för enskilda.

Antalet läkemedelsavvikelser har minskat från föregående år. I analysen av läkemedelsavvikelser ses bland annat att det uteblivna läkemedelsdoser sker på grund av bristande överrapportering/ kommunikation

mellan arbetspassen. Åtgärder som enheten arbetar med är att se över rutiner för rapportering och att tydliggöra ansvarsfördelning vid arbetspassbyten.

Antalet trycksår är samma som föregående året.

Ordinationer av förebyggande/behandlande madrasser har ökat och riskbedömningar är genomförda.

Boende har haft trycksår vid inflyttning och vissa trycksår har uppkommit vid livets slutskede.

Enheten behöver arbeta med att kompetensen finns i alla led.

Antalet avvikelser inom medicintekniska produkter är få men handlar om brist på följsamhet av instruktioner.

Enheten behöver arbeta vidare med kompetens hos omsorgspersonal inom området.

Lärdomen är att i alla led är kompetens och följsamheten för rutiner är avgörande för patientsäkerhet. Säkerhetskulturen utvecklas i samspel med alla professionerna där rollerna och ansvar är tydliga och att medarbetarna har ett forum med nära ledning.

Stärka analys, lärande och utveckling

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Nationella register	Förbättra vården individuellt vård Stödja vårdprevention Öka kunskapen hos vårdpersonal	Viss förbättring i resultat	Ger fokusområden Krävs kompetenshöjning hos baspersonal	Utbildningar	Kommande år 2022	Fortlöpande	Senior Alert Palliativ registret BPSD
Läkemedel	Stärka säkerhetskulturen inom läkemedelsbehandling	Tydliggörande process runt läkemedelshantering	Kompetensutveckling har centralroll	Revidering/ nya lokala rutiner.	Kvalitetsgranskning	Årligen Årligen Återkommande Fortlöpande	Läkemedelsgenomgång Extern kvalitetsgranskning av läkemedels hantering Egen kontroll Avvikelsehanteringssystemet DF
Delegering	Säkerställa delegeringsprocessen	Arbetsättet för utbildningen är tagen.	Lärandeorganisation	Delegeringsutbildning	Utveckla arbetsättet vidare.	Fortlöpande	Webbaserad delegerings test Avvikelsehanteringssystemet DF

Journal-granskning	Korrekt journalföring	Verksamhets systemet stödjer inte arbetssättet	Svårigheter att få överblick aktuell status/behandlingar i verksamhetssystem	Utbildning Handledning Manualer	Utvecklings-Arbeitsgrupp Bildat med	Fortlöpande	Journalssystemet Pulsen Combine
---------------------------	-----------------------	--	--	---------------------------------	-------------------------------------	-------------	---------------------------------

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt.

Det finns information på anslagstavlor i entré, anslagstavla på enheter och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål diarieförs och enhetschef utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas till verksamhetschefen.

Den enskilde och närstående får återkoppling efter utredningen. Personal får återkoppling vid samband av enhetsmöte och vissa fall individuellt i samtal med enhetschef/ansvarig sjuksköterska.

Fyra klagomål och synpunkter har inkommit gällande hälso- och sjukvården. Ärenden har i huvudsak hanterats av enheten själva där förbättringsförslag tas fram i samverkan med berörd enhetschef, delegerad personal och legitimerad personal. Ett klagomålsärende har handlagts tillsammans med läkarorganisation och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Ärendet handlade om kommunikation då informationen gällande övergång till vård i livets slutskede nådde inte anhöriga.

Bristande samverkan och informationsöverföring ledde till intern och extern granskning.

Övriga synpunkter och klagomål har berört; anhörigas oro gällande vårdnivå i svår sjukdom och ordination av antibiotikabehandling.

Lärdomen är att alla roller (enhetschef, sjuksköterska, omsorgspersonal och läkare) har eget och gemensamt ansvar att involvera anhöriga i tidig fas och vid hälsoförändringar. Viktigt att ha kunskaperna om den enskildes vård för att kunna ge rätt stöd för anhöriga. Korrekt journalföring ger stöd i hantering av akuta situationer.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa

Vårdövergångar	Individen i centrum, trygg och säker vårdövergång	Det finns medvetande om risker och problem.	Möjlighet att förekomma risker.	Checklista inflytt och utflytt. Rutin vem gör vad	Följsamhet för processen och checklista är förbättringsområde.	Vid varje in/utflyttning	Avvikelsehangeringsystemet DF
Pandemi	Hindra smittspridning	Kompetens/beredskap inom HS verksamhet finns	Kontinuerliga uppdateringar krävs för att bibehålla kompetensen.	Bevakning Symtomkontroll Smittspårning Vaccinationer	Ökat kunskap Utbildningar	Fortlöpande	Statistik smitta Vaccinera
Värmebölja	Förebygga och hantera dess effekter	Beredskapsplan finns för värmebölja	Utbildning inför värmeböljor	Information Identifiering av risker Förebyggande arbete	APT	Årligen	Folkhälsomyndigheten

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Kvalitetssäkring av vårdens övergångar

Informationsöverföringen och kommunikationen behövs fastställas genom SBAR struktur. Struktur behövs implementeras för omsorgspersonalen och användas av legitimerad personal i bedömningar.

Implementering av nytt IT-stöd (Life Care) för utskrivning från slutenvård som kommer att bidra till en trygg och säker utskrivningsprocess.

Utbildningar kring blåsdysfunktion

Inkontinensvård kvalitetssäkring behöver aktualiseras på grund av flera nya medarbetare.

Munhälsa

Kvalitetssäkra den enskildes rättighet till adekvat bedömning, behandling och hjälp vid munhygien.

Nutrition

Säkerställa arbetet med att förbättra nutritionsomhändertagandet från riskbedömning till behandling och uppföljning. Tydlig ansvarsfördelning i alla led. Stöd av dietist vid individuella nutritionsbehandlingar.

Demensvård

Öka användandet av kvalitetsverktyget BPSD inom demensvård med stöd av demenssamordnare.

Läkemedelshantering

Implementering av digitala signeringslistor för läkemedel.

Dokumentation i patientjournal

Dokumentationsprocessen behöver kvalitetssäkras när de gäller uppföljning av åtgärder och avslut av icke aktuella hälsoärenden.