

# Patientsäkerhetsberättelse

## För EKGÅRDEN

### 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 .....	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	8
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	8
Säker vård här och nu .....	11
Riskhantering .....	11
Stärka analys, lärande och utveckling .....	13
Avvikelse .....	13
Klagomål och synpunkter .....	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	16
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	16

## SAMMANFATTNING

År 2021 på Ekgården har präglats av intensivt korttidsvårdsverksamhet. Utökat antal korttidsplatser har varit utmaning utifrån säkerhet i vårdövergångar, utrustningen och kompetensen.

Under pågående pandemi har arbetet fortsatt 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 under hösten kunde den tredje dosen erbjudas till de boende. Även enstaka personalvaccinationer utfördes på enheten. Mycket god samverkan har pågått med läkarorganisationen under året.

Avvikelsehanteringen flyttades över till digital plattform DF Respons i början av juni. Det nya arbetssättet med rapporteringen godtogs utan svårigheter av medarbetarna. Processen innebär dock eftersläpning i den digitala utredningen då rapporten först hamnar till chefen, inte till tjänstgörande sjuksköterska som omedelbart utreder och åtgärdar det akuta i direkt anslutning till avvikelser.

Vid årets slut motsvarar det totala antalet avvikelser de tidigare årens antal avvikelser. Men det är svårt att bedöma om bättre tillgänglighet för att rapportera har ökat validitet i rapporteringen tillsammans med att säkrare processer har lett till mindre avvikelser.

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 och instruktionerna gällande medicintekniska produkter.

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.

Ekgården har framtidsutsikt med nya lokaler vilket innebär förbättring i många delar i patientsäkerhetsarbetet gällande vårdmiljö.

# 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. Läkaransvaret 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 tandvårdsstödsintyg 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 (Söderströmshälsan, 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
<b>Pulsen Combine</b>	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort eller Mobilt Bank id. Loggkontroller Kod vid utskrift	Loggkontroller Arkivering Behörighetsgenomgång kvartalsvis
<b>Vaccinera</b>	Journalföring av utförda vaccinationer.	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort	Uppföljning vid förnyelse av behörighet v.3: e månad via läkarorganisation
<b>Pascal</b>	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
<b>Senior Alert, nationellt kvalitetsregister</b>	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 åtgärderna journalförs i befintligt verksamhetssystem – Pulsen Combine	Statistik, koll på läget Granskning av journaler – dokumentation
<b>BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), nationellt kvalitetsregister</b>	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
<b>Svenska Palliativregistret, nationellt kvalitetsregister</b>	Kvalitetssäkra vården i livets slut	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort. Information om registret ges till vårdtagare och anhöriga.	Statistik, stickkontroller Kontroll av uppdateringar
<b>Symfoni, tandvårdssystem</b>	Utfärda tandvårdsstödsintyg och registrera munhälsobedömningar genom systemet.	Säker inloggning med SITSH kort.	Statistik
<b>Beställningsportalen</b>	Förskrivning av hjälpmedel	Säker inloggning med SITSH kort eller användarnamn/lösenord.	Dokumentation i journal Fakturagranskning
<b>Nationell Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog</b>	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.
<b>Take Care Regionens journalsystem</b>	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 ökad kunskap. Vi har sett behov av lärande och kompetens i organisationen, samt behov att återkommande riskanalyser av arbetsförhållanden och personalens attityder.

Vi har samtalat kring patientsäkerhet varje morgon vid avstämningsmöte tillsammans med sjuksköterskor, paramedicin, omsorgspersonal och ledning. Medarbetarna har varit delaktiga i förbättringsarbetet och identifierat brister och risker. Utvärdering tillsammans har varit utvecklande för verksamhetens säkerhetskultur.



På hälso- och sjukvårdsmöten har vi analyserat vår patientsäkerhet. Det systematiska arbetet sker utifrån planering enligt årshjulet. Fokusområden har varit lärande och handledning av omsorgspersonal inom bas- och specialistkunskaperna.

All personal har behörighet och kunskap att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i det nya avvikelssystemet och är medvetna om sin skyldighet. Avvikelserna skrivs av personal som identifierar risken /avvikelsen och de deltar i arbetet med risk och händelseanalyser. Det finns stort engagemang att använda det digitala avvikelssystemet.

Korttidsvården med ökat antal boende medför också utökat bemanningsbehov. Det har varit svårt att bemanna efter behovet för att hålla jämn nivå. Dock kompetens i HSL gruppen är hög vilket har hjälpt med att prioritera. Det har varit svårt att frigöra tid för lärande och reflektion. Ambitionen finns att arbeta i en lärande organisation och nära samarbete mellan olika professioner.

## 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. Det saknades vikarier vilket resulterade i lägre bemanning för sjuksköterska och paramedicin. En del arbetsuppgifter (vårdplaneringar, registreringar, egna kontroller) prioriterades bort för att personalen räckte bara till det absolut nödvändigaste. Under hösten stabiliserades grundbemanningen och då kunde kompetensutveckling erbjudas till två sjuksköterskor.



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 §*

Den enskilde och närstående erbjuds att vara delaktig vid inflyttning, vårdplaneringar samt läkemedelsgenomgångar.



Information om det nationella kvalitetsregistret ges och samtycke efterfrågas vid informationsöverföring. Närstående informeras av sjuksköterska eller läkare vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd. Det finns skriftlig information om verksamhet tillgänglig för den enskilde samt närstående. Närstående erbjuds ett uppföljningssamtal efter anhörigs dödsfall. Under pandemin har digital anhörigträff kunnat genomföras. Information har förmedlats via nyhetsbrev.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
<b>Trycksår</b>	Förebygga förekomsten av trycksår	13 trycksår.  Antalet trycksår har minskat jämfört med föregående år.	Nedsatt allmän tillstånd vid multisjukdom utökar uppkomsten av trycksår.	Teamarbete Identifiera risker och diskutera om åtgärder.  Förebyggande och behandlande madrass har använts.	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete.	Daglig observation	Avvikelseh anteringssystem DF
<b>Fall</b>	Förebygga förekomsten av fall	83 fall (91 fall år 2020)	Antalet fall har minskat från föregående år.	Teamarbete	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete.	Daglig observation och förebyggande arbete	Avvikelseh anteringssystem DF
<b>Läkemedel</b>	Minska förekomsten av läkemedelsavvikelser	70 Läkemedelsavvikelser  (95 avvikelser år 2020)	Antalet av läkemedelsavvikelser har minskat jämförelse med föregående år.	Egen kontroll HSL möte Avdelnings möte APT	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete	Daglig arbete	Avvikelseh anteringssystem DF
<b>Medicintekniska hjälpmedel</b>	Säker och korrekt användning av medicintekniska hjälpmedel	3 avvikelser gällande medicintekniska produkter	Underrapporterat område.	Egen kontroll APT	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete och korrekt användning av medicintekniska hjälpmedel	Daglig arbete	Avvikelseh anteringssystem DF

### Tillförlitliga och säkra system och processer

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
<b>Palliativ vård</b>	Den enskilde och/	År 2021 hade 88,2 %av palliativa	Målet ej uppfyllt.	Genomgång av kvalitetsindi	Dialoger har genomförts med läkarorganisation	Registrering utförd för vård vid livets slut alla	Palliativa kvalitetsregistret.

	eller närstående ska vara delaktiga.	patienter erhållit brytpunktsamtal.  (75% år 2020)		katorer och resultat från föregående år 2020.  Teamarbete	HSL personal och enhetens palliativ team.	förväntade dödsfall.	4 registreringar saknas.
<b>Palliativ vård</b>	Patienter/d e boende har inte ont vid livets slutskede.	År 2021 hade 64,7% av palliativa patienter erhållit validerad smärtskattning . (75%% år 2020)	Smärtskattning sker även utan validerad metod. Fortsatt arbete med frågan och involvera patienten i bedömningen.	Genomgång av kvalitetsindikatorer och resultat från föregående år 2020.  Genomgång av Abbey Pain Skala.	Dialoger har genomförts med läkarorganisation och HSL personal.  Smärtfrihet dokumenterat, Men bedömningar görs utan Abbey Pain Skala	Smärtbedömning utförd för boende vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret.  4 registreringar saknas
<b>Palliativ vård</b>	Lindra ångest	År 2021 hade 100% av palliativa patienter ordination av ångestdämpande injektion. (100% år 2020)	Målet uppfyllt.	Handlingsplan för att säkerställa systematiskt arbete bedöma ångest samt att uppmärksamma ordination för ångestdämpande läkemedel 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.  4 registreringar saknas
<b>Palliativ vård</b>	God munvård	År 2021 hade 76,5% av palliativa patienter erhållit munhålsbedömning i sista levnadsveckan. (66,7% år 2020)	Förbättring med 9,8% jämfört med föregående år. För att öka resultat ytterligare behövs utbildning och ett strukturerat arbete, inklusive regelbundna utvärderingar av utförda åtgärder med ett validerat munhålsbedömningsinstrument.	Säkerställa adekvat munvård genomförs vid livets slutskede.Handledning av personal.	Dialoger har genomförts med HSL personal gällande utförande av munhålsbedömning.	Bedömningar/ insatser utförda under vård vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret.  4 registreringar saknas
<b>Palliativ vård</b>	Förebygg trycksår	År 2021 hade 82,4% av palliativa patienter ej trycksår (kategori 2–4).	Resultat skiljer 5,1% jämfört med föregående år. Försämring kan bero på	Egenkontroll av individnivå utifrån riskbedömning.	Dialoger har genomförts med HSL personal och omsorgspersonal gällande	Bedömningar utförda under vård vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret. 4 registreringar saknas

		(87,5% år 2020)	att några av trycksårerna har uppkomst en annan plats. För att minska uppkomst av trycksår behövs ett systematiskt arbete för att bedöma riskerna för trycksårsutveckling med hjälp av att validera bedömningsinstrument i kombination med klinisk erfarenhet.	Egenkontroll: handhavande av madrasser. Madrassinventering inför upphandling.	förebyggande arbete.  Antal ordinerade förebyggande madrasser har ökat under 2021,		
<b>Palliativ vård</b>	Mänsklig närvaro i dödsögonblicket.	År 2021 hade 88,2% av palliativa patienter mänsklig närvaro i dödsögonblicket. (66,7 % år 2020)	Målet ej uppfyllt dock förbättring jämfört med föregående år.	Nära samverkan med teamet för att uppmärksamma behov av resurser.	Kontinuerlig uppföljning individnivå.	Registrering utförd för vård vid livets slut.	Palliativa kvalitetsregistret.  4 registreringar saknas, troligtvis ej större skillnad på resultatet
<b>Vaccination</b>	Minska risk för smitta.	Samtliga boende fått under 2021 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
<b>Vårdhygien</b>	God vårdhygien	Ingen spridning av virusjukdomar.	God följsamhet för basala hygienregler och klädregler samt användning av skyddsutrustning.	Verksamhetsnära arbete med pågående dialog.	Kontinuerlig uppföljning.  Samverkan. Checklista för ökad patientsäkerhet under pågående covid-19 pandemin (Socialstyrelsen)	Daglig avstämning.  Alla nya anställda genomför e-utbildning och får handledning på plats.	Egen kontroll  BHK
<b>Rutiner och riktlinjer</b>	Aktuella rutiner och riktlinjer.	Lokala rutiner och riktlinjer uppdaterade.	Målet är uppfyllt.	Aktualiserar rutiner och riktlinjer.	Årsplanering	Årligen och vid behov	Teams
<b>Informati onssäkerhet</b>	Säker information shantering	Behörigheterna kontrollerade utifrån rollerna. Inga avvikelser har identifierats.	Målet är uppfyllt.	Systematisk behörighet och loggkontroll	Uppmärksamma ansvaret.	<u>Kontroller</u> Månadsvis Kvartalsvis  <u>Behörigheter</u> Årsvis	Egen kontroll

		Gallring efter avslutat anställning utförd. Loggkontrollerna utförda.					
<b>Dokumentation</b>	Säker journalföring Säker arkivering	Granskning av dokumentation är utförd.  HSL journaler som fanns i enheten kvar efter avslutat period (2015-2021) är iordningställda och levererade till arkivet.	Det finns förbättringsområden 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	2 gånger per år, 2 journaler per legitimerad medarbetare  Vid avslut	Egen kontroll  Egen kontroll
<b>Läkemedelshandling</b>	Säker läkemedelshandling	Lokala rutiner och processer förnyade.	Kontinuerlig uppföljning av följsamheten behövs.	Handlings- och åtgärdsplan	Hälso- och sjukvårds möte	Extern kvalitetsgranskning årligen	Rapport Egen kontroll  Avvikelsehandteringssystem DF
<b>Vårdprevention</b>	Förebygga skador och främja hälsa	Rutiner finns för förebyggande arbete. Hälsoärende 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  Tvärprofessionellt möte	Varje 3:e månad  Kontinuerligt	Senior Alert Egen kontroll Journalgranskning Avvikelsehandteringssystem DF
<b>Demensvård</b>	Kvalitetssäkrad demensvård	Förbättra kompetens och kunskap inom demensvård och bemötande vid oro.	Planera utbildning och handledning.	Användning av BPSD som metod för att nå framgång i behandling och omvårdnad.	Vårdplanering i team.	2 gånger per år och vid behov	BPSD

## 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 brister i verksamheten.

Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys. Åtgärder planeras och följs upp i det dagliga arbetet.



Risikanalyser gjordes under pandemin utifrån den enskilde, personal, anhöriga utifrån rådande läge. Vid vårdövergång gjordes riskanalys om eventuell smittorisk, kontroll av provtagning, och uppföljning av provsvar utfördes på boendet.

Ekgården har en avdelning avsett för korttidsvård. Detta innebär snabba bedömningar och åtgärder vid in- och utflyttningar. Flertal kortvårdspatienter är multisjuka med omfattande vårdbehov. Utökning av medicinteknisk utrustning har behövts. Riskanalyser för att säkerställa resurser, kompetens och utrustning har gjorts i alla led; biståndsenhet, läkare, omsorg samt hälso- och sjukvårdspersonal.

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. Journalföring har ökad risk även på grund av modulen i programmet har kvar den gamla delen där man skriver men att söka patienter/ anteckningar ska ske delvis i det nya och delvis i det gamla. Enhetlig dokumentation kräver att alla förstår programmets uppbyggnad i sin helhet för att kunna journalföra bedömningar, planeringar och åtgärderna med efterföljande uppföljningar. För att säkerställa vårdprocessen behövs en parallell planering.

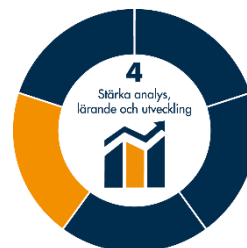
### Säker vård här och nu

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<b>Vårdprevention</b>	Främja individuell nutritions behandling	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
<b>Vårdprevention</b>	Säkerställa inkontinensvård	Skapat enhetlig dokumentation och planering av katetervård. Blåsdysfunktionens bedömning ej registrerade.	Förbättrings område teamarbete och planering i enhetens årshjul gällande blåsdysfunktion.	Prioritera planering och aktualisering av ombudsrollen.	Team möten  Dokumentationsgranskning	Årligen	Senior Alert  Egen kontroll
<b>Resurser</b>	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.	Kompetensutveckling  Individuella och flexibla schemalösningar	Fortlöpande	Egen kontroll
<b>Delegeringsförfarandet</b>	Kvalitetssäkra läkemedelshantering	Delegeringsutbildning och systematisk användandet av kunskapstest för att kvalitetssäkra kompetensen utförd.	Målet uppfyllt.	Planera och utföra egen delegeringsutbildning. Använda kunskapstest för individuell bedömning av kunskaperna inför delegering.	Team möten  Daglig arbete	Fortlöpande/ Kontinuerligt  Förnyelse av delegering årligen	Egen kontroll  Avvikelsehanteringssystem DF

## 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 avvikelshantering 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 utredaren/utredarna som arbetar med händelseanalys och dokumenterar åtgärderna.

Uppföljning av avvikelser och vidta åtgärder sker i olika mötes forum HSL, avdelning och APT.

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	83	Teamarbete med sjuksköterska, kontaktman och rehab. Fokus på förebyggande arbete. Genomgång av händelser för att öka medvetenhet gällande risk för fall.
Läkemedel	70	Förnyat arbetssätt runt delegeringsutbildningar och kunskapstest leder till medvetenhet för korrekt läkemedelshantering. Egen kontroll av signeringslista för administrering av läkemedelslista är utförd. Samt att säkerställa aktuell receptutskrift från ordinationsverktyget Pascal finns hos den enskilde.
Trycksår	13	Säkerställa kompetens gällande produktvalet vid förskrivning av hjälpmedel.
Medicintekniska produkter	3	Ökad medvetenhet gällande ansvar i hantering av hjälpmedel och följsamhet för instruktioner. Inventering av medicintekniska produkter. Kassering och förnyelse av hjälpmedel.
Vårdhygien	2	Egen kontroll. Återkommande behov att påminna medarbetare om brister i följsamheten vilket leder till ökat medvetande och kollegialt ansvar.
Informationsöverföring	1	Uppdatering av befintlig lokal rutin- korttidsvård

#### 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.

Informationsöverföring mellan omsorg och hälso- och sjukvårdspersonal är förbättringsområde.

Det finns avvikelser i läkemedelshantering som handlar om personalens eget beslut att avvika tidpunkten för administrering av läkemedel samt signering av doserna i förväg.

Det finns behov för att säkerställa korrekt administrering av plåster utifrån utebliven plåsterbyte samt borttagning av gamla plåster ej skett samband med administrering av ett nytt plåster.

Enheten har skapat en ny rutin för plåsterbyte. Egen kontroll sker kommande år.

Brist i kommunikation och oaksamhet i arbetet har lett till dubbel administrering av insulin och förväxling av insulin. Båda avvikelser skett under hög arbetsbelastning. Avvikelsen ledde inte till skada pga snabb agerande av sjuksköterskan.

Stöld av narkotika klassade läkemedel har uppmärksamats. Detta har åtgärdats med utredning och samtal med personal. Enheten ej kunnat härleda exakta tidpunkten för händelsen. Polisanmälan utförd.

Antalet trycksår har minskat från föregående året.

Trots minskning av tryckår har ordinationer av förebyggande/behandlande madrasser 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.

Avvikelse gällande utebliven informationsöverföring mellan säbo och vårdcentral och utebliven dokumentation samt planering gällande hemgång handlade om bristande följsamhet gällande rutin då lärdomen var att alla detaljerna i processen trygg hemgång behöver säkerställas.

Antalet avvikelser inom medicintekniska produkter är få men handlar om brist på följsamhet av instruktioner samt handhavande fel gällande användning av medicintekniska hjälpmedel.

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
<b>Nationella register</b>	Förbättra vården individnivå Stödja vårdprevention Öka kunskapen hos vårdpersonal	Viss förbättring i resultat	Ger fokusområden  Krävs kompetenshöjning hos baspersonal	Utbildningar	Kommande år 2022		Senior Alert  Palliativ registret BPSD
<b>Läkemedel</b>	Stärka säkerhetskulturen inom läkemedelsbehandling	Tydliggörande process runt läkemedelshantering	Kompetensutveckling har centralroll	Revidering/ nya lokala rutiner.	Kvalitetsgranskning	Årligen  Årligen	Läkemedelsgenomgång  Extern kvalitetsgranskning av

						Återkommande	läkemedels hantering
						Fortlöpande	Egen kontroll
							Avvikelsehanteringssystemet DF
<b>Delegering</b>	Säkerställa delegeringsprocessen	Arbetsättet för utbildningen är tagen.	Lärandeorganisation	Delegeringsutbildning	Utveckla arbetssättet vidare.	Fortlöpande	Webbaserad delegeringstest Avvikelsehanteringssystemet DF
<b>Journalgranskning</b>	Korrekt journalföring	Verksamhetssystemet stödjer inte arbetssättet	Svårigheter att få överblick aktuell status/behandlingar i verksamhetssystem	Utbildning Handledning Manualer	Utvecklingsgrupp		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.

Det har inkommit klagomål och synpunkter.

Ärenden har i huvudsak hanterats av enheten själva där förbättringsförslag tas fram i samverkan med berörd enhetschef, delegerad personal och legitimerad personal.

Klagomål och synpunkter har handlat om bland annat fördröjd smärtlindring, felaktig användning av hjälpmedel, utebliven b-gluc kontroll.

Övriga synpunkter och klagomål har berört;

Den enskildes upplevelse om kränkning av självbestämmande.

Informationsöverföring efter rondarbetet har ej fungerat optimalt enligt omsorgspersonal.

Anhöriga upplever att har fått information som motstridande.

Både boende och anhöriga lämnat klagomål om värmen i lägenheterna under värmeböljan.

Lärdomen är att kompetens/ kunskap och samverkan i alla led är avgörande för att den enskilda och anhöriga kan känna sig trygga.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap



### 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. Process inflytt/utflytt.	Följsamhet för processen och checklista är förbättringsområde.	Vid varje in/utflyttning	Avvikelsehanteringssystemet 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

Samordnad individuell vårdplanering behövs med multisjuka äldre för större utsträckning.

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 för utskrivning från slutenvård som kommer att ta bidrar 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 nutitionsomhändertagandet från riskbedömning till behandling och uppföljning. Tydlig ansvarsfördelning i alla led. Stöd av dietist vid individuella nutitionsbehandlingar.

**Demensvård**

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

**Läkemedelshantering**

Implementering av digitala signeringslistor för läkemedel.

**Dokumentation**

Arbeta med identifierade förbättringsområden gällande journalföring och arkivering.

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

Använda kvalitetsregister som stöd i det systematiska arbetet.