



# Patientsäkerhetsberättelse

Ekgården

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-16

Pirjo Ridemalm Enhetschef

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	6
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	12
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>14</b>
Egenkontroll.....	14
Avvikelser .....	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Händelser och vårdskador .....	18
Riskanalys .....	19
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>19</b>

---

## Sammanfattning

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har målsättning att säkerställa god och säker vård och omsorg där individen är i centrum och välbefinnande samt värdighet upplevs av de boende.

Patientsäkerhetsarbetet har påverkats av den pågående pandemi under hela året. Av denna anledning har ökad följsamheten i basala hygienrutiner varit centralt samt kompetensförhöjning inom kohortvård, skyddsutrustning och smittförebyggande åtgärder. Återkommande riskidentifieringar och egenkontroller har genomförts.

I detta arbete har betoning varit även på omvärldsbevakning och hantering av ett stort informationsflöde med omgående praktisk tillämpning. Återkommande smittspårningar samt vård och omsorg för covid -19 patienter har lett till avsevärt ökad arbetsbelastning. Med anledning av pandemin alla vårdövergångarna skulle säkerställa genom provtagningar och karantän.

Ekgårdens äldreboende har sedan april månad vårdat covid-19 patienter på korttidsvård. I mitten av november påbörjade smittspridning internt på två demensavdelningar; både bland de boende och personal. Under denna period var det svårt att bemanna enheterna med rätt kompetens, vilket ledde till stor belastning inom hela verksamheten och försvårade hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter. Fokus har varit i att klara vården vid snabbt förändrade förutsättningar och att optimera hälso- och sjukvårdspersonalens arbete och bemanna med extraresurser när möjligt med omfattande övertid och byte av arbetspass. Mycket gott samarbete inom professionen samt läkarorganisationen och hög lojalitet har möjliggjort patientsäkerhet även under kristiden.

Under året 2020 har verksamheten även arbetat med säker läkemedelshantering och med implementering av nya rutiner med medicinsk fotvård, samt lokala rutiner gällande nutritionsbehandlingar och vårdplaneringar. På grund av läget med pandemin har enheten behövt prioritera ner övriga mål i kvalitetsarbetet.

### Framåtblick framåt

Året med pandemin har på gett oss ett nytt perspektiv på lärande och utbildning vilket innebär att vården behöver stärkas framåt.

Rätta prioriteringar i den patientnära vården kräver kompetens och resurser. Utmaningen är att säkra digitaliseringsprocessen för att skapa bättre vård.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

Den övergripande målsättningen är god och säker vård för den enskilde. Inga vårdskador ska uppstå, läkemedelshantering ska vara säker och verksamheten ska ha hög vårdhygienisk standard. Vården som bedrivs ska präglas av värdighet och välbefinnande i enlighet med den nationella värdegrunden för de äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier.

Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vård och omsorg. Medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård och omsorg ska kunna ges.

### Strategier:

#### Den enskilde /boende är i focus

- Ökad delaktighet/kunskap om den egna hälsan
- Den enskildes synpunkter och önskemål beaktas
- Delaktighet kring vård/ behandling
- Information /återkoppling om vårdavvikelse

#### Kunskapsbaserat arbetssätt

- Kompetens och kunskap i fokus
- Säker informationshantering
- Användandet av kvalitetsregistren för att systematisera vård och omsorg
- Lärande organisation/förhållningssätt
- Utveckla interna och externa arbetssätt inom ramen för ”trygg och effektiv utskrivning från slutenvården”.

#### Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete

- Säkra processer i vård och behandling
- Teamarbete och samverkan
- Öka kunskap om inträffade vårdskador

## Organisation och ansvar

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

Socialnämnden fastställer verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet.

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

Produktionsledning ansvarar för ledningssystemet för kvalitet.

Övergång till förvaltningsorganisationen skedde från maj 2020.

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.

Legitimerad personal har yrkesansvar och skyldighet att aktivt arbeta med patientsäkerhet.

Läkare har det medicinska ansvaret enligt sin legitimation. Läkarorganisationen får auktorisation via hälso- och sjukvårdsnämnden

Omsorgspersonal får delegering för att utföra hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Capio Legevisitten AB är ansvarig för läkarinsatser. Målsättning är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. För enhetens samverkan med andra vårdgivare finns avtal och samverkansdokument som nedan:

- Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga.
- Med Tandvårdsenheten (SLL) gällande munhälsobedömning som erbjuds till samtliga boende och utbildning till personal i munvård.
- Med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan utförare och Capio Legevisitten AB.
- Samarbetsrutiner/samverkan mellan rehab SÄBO (Söderströmshälsögården, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.
- Med Apoteket AB gällande läkemedels granskning
- Samarbete, stöd, granskning från Vårdhygien SLL
- Samverkan med smittskydds-enheten i enlighet med föreskrifter, provtagningar och screeningar vid covid -19
- Samverkan med Mas
- Rutin för samverkan vid in- och utskrivning av patienter från slutenvård.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Den enskilde och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet.

- bli informerad samband med flytten om att vi främjar delaktighet och självständighet. Skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående lämnas.
- bli informerad om det nationella kvalitetsregistret, personuppgiftshandlingen
- medverka vid vårdplanering, läkemedelsgenomgångar och upprättande av genomförandeplaner, SIP (samordnad individuell plan).
- Vid skydds- och begränsningsåtgärder

- Vid förändringar i den enskildes hälsotillstånd
- Anhörigträffar för information
- Närstående erbjuds ett efterlevnadsamtal efter anhörigs dödsfall.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Flödesschema för lokal avvikelshantering beskrivs i kommunens rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserapport, medverka i händelseanalyser och åtgärder vid händelse med risk eller eventuell skada för den enskilde.

Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Händelseanalys genomförs tillsammans med enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal. Därefter medverkar Mas vid utredningen i vissa fall.

Återkopplingen sker via enhetschef/sjuksköterska till berörd personal och till den enskilde.

## Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter som inkommer från boende och/eller anhöriga besvaras av enhetschef som utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Inkomna klagomål redovisas till förvaltningsledningen.

Klagomål kan lämnas muntligt och skriftligt.

Det finns information på anslagstavlor och webbsidan hur man lämnar synpunkter och klagomål.

Klagomål som inkommer från boende och närstående besvaras av enhetschef och vissa fall tillsammans med Mas.

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.

## Egenkontroll

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

Egenkontroll görs genom att följa upp och utvärdera den egna verksamheten enligt årsplan.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner Egen kontroll avslutades i september 2020 samråd med Mas.	månadsvis, skickas till MAS kvartalsvis	Infektionsverktyget
Basala hygienrutiner och klädregler	1–2 gånger per år	PPM-databasen, egenkontrollsystemet

Hygienrund	1 gång per år/vartannat år Egenkontroll 2 gånger per år	Protokoll/handlingsplan
Läkemedelshantering/ Apoteksgranskning	1 gång per år	Granskarens Protokoll/handlingsplan
Avvikelser (läkemedel, fall, trycksår, medicintekniska)	Genomgång vid händelse Månadsvis, skickas till MAS	Avvikelsehantering enligt lokal rutin Personalenkät Senior alert
Trycksår punktprevalensmätning	1–2 gånger per år	PPM-databasen
Munhälsa- Munhälsobedömning	Vid inflyttning bedömning av <u>munstatus</u> (ROAG) Varje 3:e månad 1 gång per året	Senior Alert Folktandvården Statistik via mas från tandvård
Nutrition Nattfasta	Varje 3:e månad	Senior Alert
Inkontinens	1 gång per året Vid inflyttning	Senior Alert
Demensvård	Individnivå utifrån symtombild, vid vårdplanering varje 6:e månad	BPSD register Checklista Demens Nollvision Skydds- och begränsningsåtgärder
Palliativ vård	Vård vid livet slutskede	Palliativ register
Läkemedelsgenomgång	1 gång per året	Läkarorganisation
Patientens klagomål och synpunkter	Månadsvis Sammanfattas årligen samt vid händelse av allvarigare art	Avvikelsehantering enligt rutin
Dokumentation Hälso- och sjukvårdsjournal	Månadsvis  Varje 6:e månad/vid behov	Journalsystem  Kollegialt utbyte

Läkemedelshantering -narkotikakontroll -ordinationshandling -signeringslista	1 gång per månad	Lokal rutin
Medicintekniska produkter, Hjälpmiddelsinventarier	1 gång per år	Lokal rutin
Ordinationshandling i Pascal=i den individuella pärlen = hos den enskilde vid signeringslistan.	1 gång per kvartal	Lokal rutin

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Följande processer är utförda för att öka patientsäkerhet.

Lokala tillämpningar och rutiner har förnyats och reviderats. Pandemin ledde till att många nya rutiner skapades och implementerades.

### Avvikelser

Genomgång av avvikelser gällande hälso-och sjukvård har skett på hälso- och sjukvårdsmöten tillsammans med enhetschef. Ansvarig sjuksköterska har återkopplat och följt upp händelserna i möten med omsorgspersonal. Mas har tagit del av de uppkomna avvikelserna.

Avvikelser eller risk för skada har analyserats avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Medarbetarna är viktig länk i händelseanalysen och åtgärderna.

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

### Åtgärder inom områden undernäring, inkontinens, nedsatt munhälsa, trycksår och fall

I den äldres livskvalitet och välmående har nutrition, inkontinens, munhälsa och möjliga vårdskador i form av trycksår eller fall stort betydelse.

Alla dessa riskområden påverkar varandra och behöver ligga som grund i patientsäkerhetsarbetet både som delområden men även som helhet.

### Arbete med att säkerställa den individuella nutritionsbehandlingen

Arbete i team där sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal tillsammans identifierar risk för undernäring och planerar åtgärderna.

Identifiering av riskpatienter har skett genom individuella riskanalyser och anamnes. Uppföljning sker genom bedömningsinstrument (BMI och MNA). Vårdplan har upprättats vid risk för undernäring. Dietist har deltagit för vissa individuella nutritionsbehandlingar.



---

Nattfasta inom särskilda boenden som ska ligga under 11 timmar. Genom uppföljning och egenkontroll på individnivå och i arbetsteamerna uppmärksammas vikten av att bryta nattfastan.

Munhälsobedömningar erbjuds till boende som har tackat ja till undersökningen. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Den årliga utbildningen i munhälsa och munvård har inte kunnat genomföras med anledning av pandemi.

Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används. Vårdplan upprättas vid risk.

### **Kvalitetssäkra förebyggande arbete vid fallrisk**

Vid nyinflyttning görs bedömning om fallrisk föreligger.

Fallriskbedömningar har gjorts enligt bedömningsinstrument DRFI. Paramedicinsk personal har bedömt rörelse- och aktivitetsbehov för den enskilde samt arbetat fallförebyggande genom anpassning av miljön och stimulering av funktionsbevarande arbetssätt.

### **Vårdpreventivt arbete för att hindra trycksår**

Riskbedömningar för trycksår används bedömningsinstrument Norton. Förebyggande och behandlande madrasser/ sittunderlag ordineras av sjuksköterska/ paramedicinsk personal.

### **Inkontinens**

Kvalitetsarbete inom blåsdysfunktion sker enligt nationellt nätverk Nikola.

### **Säker läkemedelshantering**

Kvalitetsarbete inom läkemedelshantering innefattar läkemedelsgenomgångar, årlig granskning av Apoteket, avvikelshantering, delegeringsprocessen, kontroll av signeringslista, kontroll av dosdispenserade och stående ordination mot ordinationshandling.

Genomförande av läkemedelsgenomgångar försvarares under pågående pandemin har vården av covid-19 patienter och korttidsvård prioriterats.

Medarbetare som har fått läkemedelsdelegering efter genomgången av webbaserat kunskapstest och utbildning.

### **Vårdhygien**

Kunskapsbaserat arbetssätt inom vårdhygien säkerställs med E-utbildningar, hygienronder och observation av hygiensteamet. De nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler har genomförts.

### **Demensvård**

Målet är att ge god vård och omsorg riktade för personer med kognitiv svikt eller annan förvärvad hjärnskada utifrån symtombild. Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom demensvård används som stöd. Interna utbildningar har skett inom demensvården. E-utbildningar har använts för att säkerställa baskunskap.

Ekgården har förnyat Silviacertifieringen under januari 2020.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD på individnivå har skett endast i enstaka fall utifrån problemområden. Bemötandeplan och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedelsbehandling formas utifrån i relation till symtomen.

BPSD register har gett möjlighet att följa och förbättra insatserna på individnivå, men även i arbetssättet och metoderna på verksamhetsnivå.

### **Palliativ vård**

Vård vid livets slutskede har planerats individuellt utifrån rekommendationer-

---

na i de nationella riktlinjerna. Målet är att alla boende och deras anhöriga ska känna trygghet.

Svenska Palliativregistret har använts som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. Under pandemin har nya riktlinjer och rutiner varit aktuella inom området vård vid livets slutskede.

#### **Arbete med utvecklingsområde rehab/hjälpmedel**

Hjälpmedel har utprovats och förskrivits av legitimerad personal. ADL-och funktionsbedömningar har utförts. Processen har utgått från helhetssyn där den enskilde är delaktig och focus är på det friska.

Handledning av personal i förflyttningssituationer sker kontinuerligt.

### **Arbete med covid -19**

#### **Kompetens**

Utmaningen under pandemin handlade om följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt kunskapsbrist och ovana att använda skyddsutrustning korrekt. Medarbetarna har deltagit i utbildningsinsatser både praktiskt samt obligatoriska webbutbildningar.

Mycket arbete har lagts på att komma till rätta med utmaningen genom att höja kompetens gällande användning av skyddsutrustning, kunskap om smitta och förebyggande av smittspridning.

#### **Tillgång till skyddsutrustning**

I början av pandemin behövdes beställningsrutiner och förrådshållning centraliserats och förändras maa att ha kontroll på förrådssituationen och åtgången till material (handdesinfektion, ytdesinfektion, handskar, munskydd, förkläden och visir).

Verksamheten kunde säkerställa tillgång till skyddsutrustningen genom god samverkan med kommunens andra delar och aktivt arbete med beställningar och kontroll.

#### **Hindra smittspridning**

Nya rutiner för fördelning av personal och vikarier utifrån kompetens.

Planerade möten avbokades. Desinfektion av kontaktytor infördes vid början av pandemin.

Daglig avstämning med personalen infördes för att uppmärksamma risker och information av rådande situation.

#### **Information**

Under pandemin stängdes Ekgårdens intranät och vilket ledde till att det behövdes skyndsamt en annan utväg till informationshantering.

Snabba förändringar i information ledde till att hälso -och sjukvårdspersonalen hade en handlingsplan i form av pärm där alla nya rutiner byttes ut kontinuerligt, där det fanns lokala rutiner tillgängliga och all personal kunde ta del av informationen.

#### **Symtomkontroll**

Vid eventuellt symtom av covid-19 startades omgående utredning, isolering och smittspårning.

Medarbetare med symtom isolerades sig hemma för provtagning.

### **Risikanalys**

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

Hantering av risker sker genom att identifiera och ta fram åtgärder för att eliminera/ minska riskerna. Analysering sker genom framåtsyftande arbete :att

---

vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt.

Det sker fortlöpande observationer och dialog av eventuella risker som skulle kunna medföra brister i verksamheten. För att utveckla säkerhetskulturen eftersträvar vi öppen kommunikation om risker och avvikelser. Medarbetare från alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys.

Risکانalyserna tas upp på enhetens olika möten samt vid gruppmöten/ arbetsplatsträffar.

Risکانalyser genomfördes utifrån den enskilde, anhöriga och personal under pandemin utifrån rådande situation.

Vid vårdövergång gjordes en risکانalys gällande eventuell smittorisk, säker informationsöverföring, nödvändig utrustning (material och medicintekniska hjälpmedel). Kontroll av provtagning och uppföljning av provsvar utfördes på boendet.

Risکانalyser genomfördes även för skyddsutrustningens användning, lokaler, transporter, sophanteringar, medicinsk utrustning, tvätt hantering, personalplanering, anhörigas besök, omklädningsrum och förrådshållning.

Lärdom efter gjorda analyser har påvisat att omvärldsbevakning är viktigt och enheten har svårt att få hjälp med rätt kompetens under pågående pandemin.

Inför sommaren gjordes risکانalys och handlingsplan inför värmebölja.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Följande händelser har utretts:

Utebliven kontakt av läkare/sjuksköterska med anhöriga gällande förändrat hälsotillstånd/palliativ vård.

Lärdom: bättre samverkan och tydlighet mellan läkarorganisation/sjuksköterska och anhöriga

Utebliven kontakt med anhöriga gällande insättning av läkemedel r/t förändrat hälsotillstånd.

Lärdom: säkerställa att anhöriga blir kontaktad av läkare/sjuksköterska

Utebliven överrapportering till primärvården vid hemgång.

Lärdom: säkerställa informationsöverföring vid hemgång

Anhörig framförde kritik att de inte har fått information om sin närståendes covid-19 smitta, läkaren hade lämnat meddelande på telefonsvararen och sjuksköterska antog att anhöriga hade fått informationen i enligt dokumentation.

Lärdom: Att läkare inte ska lämna meddelande i telefonsvararen om önskad kontakt utan informerar sjuksköterskan om kontakten inte lyckas.

Boende med kognitiv svikt avviker boendet och personalen har svårt att hitta den enskilde.

Lärdom: hitta arbetssätt runt individen utan begränsningsåtgärder.

Vid hemgång utebliven adressändring för läkemedel leverans

Lärdom: bättre samverkan och säker hemgång och överrapportering

Utebliven överrapportering från slutenvård till säbo gällande vancomycinresistenta enterokocker.

Lärdom: noggrann överrapportering för att säkerställa patientsäkerhet,

---

sammanhållet journalsystem saknas

Vid vårdövergång läkemedelslista och epikris följde inte med från slutenvård till säbo.

Lärdom: säkerställa patientsäkerhet vid oväntade händelser

Vid vårdövergång från slutenvård fel boendes läkemedelslista skickades med

Lärdom: säkerställa patientsäkerhet vid oväntade händelser

Dubbla dospåsar, fel i tillverkningen av dospåsar

Lärdom: viktigt med noggrann kontroll vid administrering av läkemedel.

Boende ej fått ordinerad läkemedel under en längre period

Lärdom: viktigt med noggrann kontroll av läkemedelslista, säkerställa egen kontroll

Bristande kontroll av vid behov läkemedel ledde till att en annan boende fick läkemedel som var ordinerad till en annan person. Båda boende hade samma ordination.

Lärdom: förebygga genom noggrann kontroll av identitet och ordination av läkemedelslista.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Risker har uppmärksamats bland annat att aktuella läkemedelslistan hos den enskilde är inte samma version som ansvarig sjuksköterska har, ordinationsunderlag med olika ordinationer, otydliga ordinationer eller epikris medskickat vid vårdövergången. För att förbättra informationssäkerhet tas kontakt med vårdgivare för att rätta till felet och även avvikelserapport skickas till berörd instans.

I tabellen nedan 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 Aktuella behörigheter 1 gång /år
NPÖ (nationell patientöversikt)	Informationsöverföring mellan vårdgivare samt ökad samordning och tillgänglighet	Samtycke inhämtas från den enskilde. Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort	Införande ej fungerat under 2020

Pascal	Ordinationsverktyg för personer med dosdispenserade läkemedel och ordinationshandling	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort Utskrift av ordinationshandling förvaras i hälso- och sjukvårdspärm enligt rutin	Avvikelsehantering/ Riskanalys Arkivering
Senior Alert, nationellt kvalitetsregister	Förebyggande vård och omsorg. Riskbedömning och vidta åtgärder vid risk för undernäring, fall, trycksår, munhälsa och inkontinens.	Behörighetsindelning Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering. Riskbedömning och åtgärderna journalförs i befintligt verksamhetssystem – Pulsen Combine	Statistik Granskning av journaler – dokumentation Aktuella behörigheter 1 gång /år
BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH/OSIS kort. Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering.	Statistik Granskning av journaler- dokumentation Aktuella behörigheter 1 gång /år
Svenska palliativregistret, nationellt kvalitetsregister	Förbättra vården i livets slut	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH kort. Information om registret ges till vårdtagare och anhöriga.	Statistik, stickkontroller Kontroll av uppdateringar Aktuella behörigheter 1 gång /år
Symfoni, tandvårdssystem	Utfärda tandvårdstödssystem/registrera munhälsobedömning genom systemet.	Säker inloggning med SITSH/OSIS kort.	Statistik Aktuella behörigheter 1 gång /år

Överrapportering mellan vårdgivare	Informationsöverföring	Informationsöverföring via telefon samt förslutet kuvert.	Avvikelsehantering
Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog	Styra behörigheten i olika IT-system (Pascal, NPÖ, Pulsen Combine, SITHS/ OSIS kort, kvalitetsregister)	Behörighetsindelning	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut Behörighet förlängs årligen och kontrolleras kvartalsvis.
Take Care	Läsbehörighet via läkarorganisation	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS/OSIS. Engångskod vid inloggning Loggkontroller	Loggkontroller via läkarorganisation Aktuella behörigheter 1 gång /år

## RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### Egenkontroll

I tabellen nedan finns målområden, resultat och analys.

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Förebygga vårdrelaterade infektioner Förhindra smittspridning	Följsamhet till hygienrutiner Utbildning	Identifiera boende med risk för vårdrelaterade infektioner Hygienombud Infektionsregistrering E-Learning	Ökad kunskap om förebygga vårdrelaterade infektioner .	Förebyggande arbetet ger resultat

Förebygga infektioner En god följsamhet till basala hygienrutiner	Säkerställa Kunskap hos alla medarbetare Återkommande Utbildningar	Samverkan med hygiensjuksköterska Utbildning praktiskt E-Learning Hygienombud Egenkontroll	Ökad medvetenhet och kunskap om vårdhygien Bättre följsamhet till PPM	Öppen dialog är förutsättning för förbättringar Nya utbildningar gällande covid-19  Regelbundna kollegiala observationer samt öppet klimat kring hygienfrågor är viktigt.
Säker läkemedels- hantering	Utbildning	Apoteksgranskning Lokal rutiner - läkemedelshantering Delegeringstest Administrering av läkemedel signeringslista Avvikelsehantering Läkemedelsgenomgång	Ökad kunskap om säker läkemedelshantering,  En delegering indragen.	Behov av digital signerings lista för att minska läkemedelsavvikelser.
Minska antal avvikelser (fall, trycksår, läkemedel, medicintekniska produkter)	Förebyggande arbete Följsamhet till obligatoriska åtgärder Tätare uppföljningar.	Riskbedömning Utredning Förebyggande Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Delegering Nationellt kvalitetsregister	Ej fullständig registrering anledning av tidsbrist relation till pandemin. Nya medarbetare inom HSL	Planering för tillräckliga resurser/stöd för att öka antalet rapporteringar.

Minska risken för trycksår	Förebyggande arbete.  Utbildning	Riskbedömning Utredning Förebyggande madrass Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Utbildning Nationellt kvalitetsregister PPM- databasen	Flera boende med trycksår vid vårdövergång och dåligt hälsotillstånd.	Utbildning Förebyggande arbete
God munvård	Förebygga och behandla oral ohälsa utifrån den enskilde.	Utbildning Stöd av tandhygienist/tandläkare Nationellt kvalitetsregister Senior Alert E-Learning	Koll på läget  Viss brist på följsamhet att rapportera i kvalitetssystemet Senior Alert.	Stora skillnader gällande munhälsa utifrån individen vid inflyttning  Öka antalet riskbedömningar.
Korrekt inkontinensvård	Ökad kunskap Läckagemätning	Utbildning Kontinensombud Nationellt kvalitetsregister Senior Alert	Dokumenterad inkontinensvård Ej fullständig rapportering i Senior Alert	Uppföljning individuellt. Under pandemiåret ingen systematisk läckagemätning genomfört, bara hos enstaka individer.
God demensvård	Ökad kunskap Utbildning Samverkan	Samverkan Demensmodell Nationellt kvalitetsregister BPSD Teambaserat arbetssätt Nollvision E-Learning Demens ABC	Aktiv demensteam som beaktar området. Förnyelse av Silviacertifiering genomfört under 2020.	Arbete pågått för god demensvård utifrån åtgärderna. Vikariernas kunskaper bristfälliga.



God vård vid livets slutskede	Ökad kunskap Utbildning Involvera anhöriga	Palliativa ombud Nationellt kvalitetsregister Teambaserat arbetssätt	Registrering och uppföljning gjort via palliativa register.	Ökad samverkan leder till trygghet för alla
Använda klagomål och synpunkter för att kvalitetssäkra verksamheten	Information till boende, anhöriga och personalen	Öppen dialog APT Enhetsmöte Återkoppling	Ökad medvetenhet kring synpunkter och klagomål	Enligt öppna jämförelser behövs ytterligare fortsatt arbete
Säkra HSL dokumentationen	Utbildning Kollegialt utbyte Dialog utifrån problemområde Behov av stödfunktion	Utbildning Material Manual E-Learning Lokal rutin Dokumentation Identifiering av handhavande och systemfel Avvikelser	Viss brist på följsamheten för lokal rutin och manualer gör det svårt att bedöma resultat. Administrativa enheten kommer att ansvara för systemförvaltning	Ej användarvänligt system Få avvikelser i relation till diskussioner gällande dokumentationssystem Respons från support ej stödjande
God kvalitet i vård och omsorg	Öppna jämförelser	Identifiering av förbättringsområden	Öka tillgänglighet med läkare och sjuksköterska	Stabil arbetsgrupp med tillräckliga resurser.

## Avvikelser

I tabellen nedan sammanställs avvikelser och förbättringsförslag.

Typ av avvikelser	Antal	Förbättringsförslag
Fall	91 fall 4 fall som har orsakat fraktur	Fortsatt arbete med fallpreventivt arbete riskbedömning och handlingsplan.

Trycksår	18 individer med trycksår Grad I-IV Antal trycksår som uppstått på annan vårdgivare/plats: 9  Grad I 3 Grad II 8 Grad III 3 Grad IV 4	Nära arbetsledning av sjuksköterskor, hudbedömning vid inflyttningen, åtgärdsplan för boende med risk för trycksår. Komptensförhöjning för baspersonal.
Läkemedel	95 läkemedelsavvikelser	Utbildning Handledning Nära arbetsledning och återkoppling
Vårdhygien	Flera incidenser och riskobservation Ej korrekt hantering av skyddsutrustning Bristande följsamhet för klädregler och basal handhygien	Handlingsplan Uppföljning Ökat egen kontroll Säkerställ att alla har genomfört e-utbildningar och praktisk utövande Utbilda nya hygienombud
Medicintekniska hjälpmedel	3	Utbildning, Infomaterial Egen kontroll Service och årlig kontroll

### **Klagomål och synpunkter**

SOS larm personalen skickat avvikelse rapport angående tillgänglighet till boendeenhetens personal.

Anhöriga lämnat synpunkt gällande försenad administrering av läkemedel. Punktlighet efterfrågas.

Hälso- och sjukvårdspersonalen tagit mot återkommande klagomål angående personalens tillgänglighet – personalen svarar inte i telefon på avdelningar.

Under värmeböljan flertal klagomål gällande höga temperaturer i lägenheterna.

### **Händelser och vårdskador**

Analys utifrån utredning av händelser och vårdskador visar på behov av ytterligare förbättring i samverkan och kommunikation behövs mellan läkarorganisation, anhöriga och medarbetare.

Säkerställa att signeringslistor för administreringar av läkemedel stämmer

---

överens med läkemedelslista samt att det finns aktuell läkemedelslista hos boende.

Lärdomar utifrån gjorda utredningar:

För att säkerställa att läkemedelshantering sker enligt rutiner och föreskrifter behövs täta uppföljningar. Med tanke på dagens krav för olika kontrollpunkter krävs digitala signerings listor för läkemedel för att säkerställa personuppgiftshantering och avvikelshantering.

Bättre och snabbare samverkan där patientsäkerhetsfrågor diskuteras utifrån aktuell situation.

## **Riskanalys**

Resultatet visar att risker kvarstår inom vissa områden ( t.ex journalsystem, signeringslistor , informationssäkerhet) och behövs arbeta vidare i kommande år.

Förändringar i verksamheten och fokus på organisatoriska diskussioner har medförd risk att utvecklingen har tappat fart. Minskade tjänster inom hälso- och sjukvård i relation till ekonomiska förutsättningar har påverkat resultatet i kvalitetsarbetet.

Att inte kunna bemanna med tillräcklig kompetens bland baspersonal och många nya medarbetare medförde ytterligare risk i det dagliga arbetet.

Riskanalyser gällande arbetsbördan gjordes. Förstärkning av sjuksköterska gruppen gjordes utifrån tillgång till legitimerad personal. Snabba förnyelser av information och styrdokument samt ansvar för många svårt sjuka boende har inneburit balansgång med prioriteringar utifrån riskerna att inte rätta till. Det krävdes mycket övertidsarbete och stor flexibilitet bland hälso- och sjukvårdspersonalen. Pandemin har gett styrka i sammanhållningen inom professionen och tvingat oss till snabba förändringar utan att tappa modet.

## **Mål och strategier för kommande år**

### **Informationssäkerhet**

Digitala signeringslistor ska införskaffas och implementeras.

Ett digitalt system för signeringslistor samt avvikelshantering säkerställer processen för läkemedelshantering från ordination till administrering.

En digital signering stärker patientsäkerheten och är ett verktyg som underlättar dokumentationen.

### **Säker vård under pandemin**

Fortsatt arbete med riskidentifiering och säkerställa kunskapsspridning och förebygga smitta. Genomförande av vaccinationsprogrammet.

### **Palliativ vård**

Fortsatt arbete med att följa rekommendationer utifrån palliativ vård. Palliativa ombuden ansvarar för att ge stöd till övrig personal i arbetet med palliativa frågor, sprida kunskap och utveckla det palliativa förhållningssättet.

### **Vårdhygien**

Säkerställ kompetens, kunskap och följsamhet inom vårdhygien.

### **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.  
Individuella mål vid nutritionsbehandlingar.

**Demensvård**

Öka användandet av skattningsverktyget med hjälp av BPSD register.  
Under kommande år finns behov av att säkerställa följsamheten av riktlinjen skydds- och begränsningsåtgärder och nollvision.