



# Patientsäkerhetsberättelse

Söderstömgården

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-02-16, Pirjo Ridemalm, enhetschef

---

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>3</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	6
Egenkontroll.....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>8</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	11
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>13</b>
Egenkontroll.....	13
Avvikelser .....	14
Klagomål och synpunkter.....	15
Händelser och vårdskador .....	15
Riskanalys .....	16
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>16</b>

---

## Sammanfattning

Kvalitetsledningssystem inom Produktion omsorg ger riktning för att styra och leda kvalitetsarbetet inom patientsäkerheten.

Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet inom hälso- och sjukvård.

Målet är att säkerställa god och säker vård och omsorg där individen är i centrum och välbefinnande samt värdighet upplevs.

I det systematiska patientsäkerhetsarbetet i verksamheten används egenkontroller och händelseanalyser samt rapporter om risker, tillbud och negativa händelser. Avvikelsesrapportering och uppföljningar/återkopplingar sker individuellt och i olika mötesform.

För att förebygga vårdskador används metoder från de nationella kvalitetsregistren. De används även för att stärka lärandet i organisationen.

Under året har fokus varit på kompetensförhöjning gällande pandemi, förebygga smittspridning och säkerställa vård och omsorg för personer med smitta.

Flexibilitet i resursanvändandet utifrån kompetensområde har varit en viktig del i patientsäkerhetsarbetet under pågående pandemi.

Under årets början genomfördes utbildningsinsats inom demensvård enligt Silviahemmets vårdfilosofi.

Flera planerade satsningar för året har ej kunnat genomföras med anledning av pågående pandemi.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

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

Socialnämnden har fastställt övergripande mål för hälso- och sjukvården i särskilda boendeformer för äldre;

- Vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete
- Läkemedelsbehandling ska vara rationell och säker
- Vid vård i livets slutskede ska god palliativ vård ges

God, säker och sammanhållen vård för den enskilde ska präglas av den nationella värdegrunden för äldre och Ekerö kommuns värdighetsgarantier.

Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vården och omsorgen som erbjuds. Upplevd trygghet följs i öppna jämförelser över åren.

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

### **Personcentrerad vård där den enskilde är delaktig**

Ökad delaktighet/kunskap om den egna vården

Synpunkter/erfarenheter tas tillvara

Information om eventuell vårdskada

### **Kunskapsbaserat arbetssätt**

Säkerställa rätt kompetens och kunskap utifrån individens vårdbehov

Arbetssätt förankras till vetenskap och evidens

Metodstöd med hjälp av kvalitetsregistren

Säkerställa aktuell information/ kunskap och arbete under pågående pandemin

### **Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete**

Lokala rutiner, säkerställa att medarbetare får information och tar del av relevant utbildningsmaterial under pandemin

Teamarbete och samverkan

Dokumentation

Egen kontroll

Säkerställa rapportering och avvikelshantering

Samverkan med läkarorganisation, Mas, vårdhygien och smittskyddsmyndigheten utifrån nya direktiv.

---

## Organisation och ansvar

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

Socialnämnden i Ekerö kommun fastställer övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följer upp målen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (Mas) ansvar på nämndens uppdrag för övergripande patientsäkerhet och riktlinjer och rutiner hälso- och sjukvård. Mas medverkar genom kvalitetsuppföljningar i utveckling av hälso- och sjukvård.

Övergång till förvaltningsorganisations skedde från maj 2020.

Verksamhetschef inom hälso- och sjukvårdens ansvar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på kostnadseffektivt sätt.

Enhetschefen ansvarar för att vården drivs med adekvat resursanvändning utifrån patientsäkerhet.

Samordningsansvarig sjuksköterska delta i patientsäkerhetsarbete, kvalitetsutveckling samt implementering av nya rutiner och bidra för årsplanering av egenkontroller och är nära stöd för legitimerad personal.

Hälso- och sjukvårdspersonalen har genom sin personliga legitimation ett yrkesansvar och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet som är integrerat i den dagliga verksamheten.

Omsorgspersonalen får genom delegering utföra hälso- och sjukvårds arbetsuppgifter.

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

Alla har rapporteringsskyldighet vid risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskador.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Capio Legevisitten AB är ansvarig för läkarinsatser på Söderstömsgården.

Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor finns fr.o.m. september 2019.

Enheten samverkar inom hälso- och sjukvården 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 med Apoteket AB (2018) avseende läkemedelsgranskning på Söderströmsgården
- Avtal med vårdhygien.
- Ekerö Kommun har avtal med fotterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Samverkan med Mas

- 
- Avtal med Politivagn Stockholm angående transport av avliden.
  - Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter från slutenvård.
  - Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Söderstömmsgården, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 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.

Anhörigträffar ordnas regelbundet. Det finns även skriftlig information om verksamhet tillgängligt för den enskilde samt närstående.

Närstående erbjuds ett uppföljningssamtal efter anhörigs dödsfall.

Under pandemin har inga anhörigträffar kunnat genomföras. Information har förmedlats via nyhetsbrev.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Flödesschema för lokal avvikelshantering finns i Mas rutiner för hälso- och sjukvården. Medarbetaren har ett ansvar att skriva avvikelserapport, medverka i händelseanalyser och åtgärder vid händelse med risk eller eventuella vårdskador. Information om rapporteringsskyldighet ges årligen samt vid nyanställningen.

Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Händelseanalys genomförs tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal. Därefter medverkar Mas vid utredningen i särskilda 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 kan lämnas muntligt och skriftligt.

Det finns information på anslagstavlor i entre, 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 produktionschefen/verksamhetschefen.

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 tabellen nedan.

Uppdatering av lokala rutiner sker enligt årsplan utifrån verksamhetens processer.

Medarbetarens medverkan i teamarbetet följs upp individuellt och på enhetsnivå.

Öppna jämförelser resultat och övriga uppföljning/mätningar används för att få helhetsperspektiv.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner Egenkontroll avslutades i september 2020 samråd med Mas.	månadsvis, skickas till MAS kvartalsvis	Infektionsverket
Basala hygienrutiner och klädregler	1–2 gånger per år	PPM-databasen, egenkontrollsystemet
Hygienrund	1 gång per år Egenkontroll 2 gånger per år	Protokoll/handlingsplan
Granskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Granskarens protokoll/handlingsplan
Granskning av signeringslistor	1 gång per månad samt vid utlämnande av Dospåsar och varannan vecka	Signeringslista som ska arkiveras vid månades slut
Avvikelser (läkemedel, fall, trycksår, medicintekniska produkter)	Genomgång vid händelse Månadsvis, skickas till MAS	Avvikelsehantering enligt lokal rutin Enkät till personalen
Trycksår	1 - 2 gånger per år Kvartalsvis	PPM-databasen Senior alert
Munhälsa- Munhälsobedömning	Vid inflyttning bedömning av munstatus (ROAG) Varje 3:e månad 1 gång per året	Senior Alert Munhälsobedömningar från tandvården. Statistik via Mas från tandvården
Nutrition	Varje 3:e månad	Senior Alert
Inkontinens	1 gång per året Vid inflyttning	Senior Alert Kvalitetssäkring enligt rutin
Demensvård	Individnivå utifrån symtombild, vid vårdplanering varje 6 månad.	BPSD register Checklista demens Skyddsåtgärder, kontroll av riskbedömning.
Palliativ vård	Vård vid livets slut	Palliativ register Journalanteckningar
Läkemedelsgenomgång	1 gång per året Vid behov	Läkarorganisation

Patientens klagomål och synpunkter	Månadsvis Sammanfattas årligen	Avvikelsehantering enligt lokal rutin
Dokumentation Hälso- och sjukvårdsjournal SOL - genomförandeplan	Månadsvis Varje 6:e månad	Journalssystem
Ordinationshandling i Pascal = receptutskrift/läkemedelslista i den enskildes dokumentation=hos den enskilde	Kontinuerligt	Lokal rutin
Medicintekniska produkter, hjälpmedel	1 gång per året	Lokal rutin Mas rutin

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Arbete med att förebygga uppkomsten av vårdskador pågår integrerad i det dagliga arbetet och målområden kräver kontinuerligt arbete.

### Lokala rutiner/ arbetsprocesser

Lokala rutiner under pågående pandemi har förnyats och reviderats och nya rutiner ha formats ofta under året. Speciellt gällande vårdhygien, vård och behandling av covid-19 patienter, smittspårningar, kohortvård, karantän, skyddsutrustning, hantering av avfall, tvätt.

Viktig del i detta arbete har varit kommunikation och informationsöverföring.

### Avvikelser

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

Tjänstgörande sjuksköterska dokumenterar bedömningen samt åtgärden och lämnar avvikelse rapporten vidare till enhetschef. Mas kontaktas vid allvarliga avvikelser. Kopier av avvikelse rapporten skickas till Mas. Utredning påbörjas på enheten med en händelseanalys om vad som skett samt en åtgärdsplan/ handlingsplan.

Genomgång av avvikelser har skett på hälso- och sjukvårds-möten. Återkoppling och uppföljning av händelserna sker i avdelningsmöten. Mas har tagit del av de uppkomna avvikelserna via månadsvis statistik.

Avvikelser eller risk för skada analyseras 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.

### Nutrition

Ett arbete för att förhindra undernäring hos äldre sker genom individuella riskanalyser och vårdplaner. Uppföljning sker genom bedömningsinstrument (BMI och MNA). Vårdplan upprättas vid risk för undernäring. Individuell planering gällande nutitionsbehandling har skett samråd med dietist.



---

## **Munhälsa**

Uppsökande årlig munhälsobedömning erbjuds för samtliga boende. Rekommendationer från tandhygienisten används som underlag i det dagliga arbetet. Munbedömningsinstrument (ROAG= Revised Oral Assessment Guide) används. Vårdplan upprättas vid risk.

## **Inkontinens**

Kvalitetsarbete inom blåsdysfunktion sker enligt nationellt nätverk Nikola.

## **Fall**

Fallriskbedömningar görs enligt DRFI. Paramedicinsk personal bedömer rörelse- och aktivitetsbehov för den enskilde samt arbetat fallförebyggande genom anpassning av miljön och stimulering av funktionsbehållande arbetsätt.

## **Trycksår**

Att bedöma risk för trycksår används bedömningsinstrument Norton. Förebyggande och behandlande madrasser/sittunderlag ordinerar av sjuksköterska/paramedicin.

## **Läkemedelshantering och behandling**

Läkemedelsgenomgång sker enligt föreskrifter från Socialstyrelsen. Läkaren och sjuksköterskan genomför uppföljning av läkemedelsbehandlingar i samråd med den enskilde.

Inför läkemedelsdelegering sker digital kunskapstest.

Lokal rutin för läkemedelshantering finns och revideras årligen samt granskas av apotekaren.

## **Vårdhygien**

E-utbildningar, egna hygienronder och observation av hygien teamet sker kontinuerligt.

Enheten deltar i de nationella punktprevalensmätningarna i basala hygienrutiner och klädregler.

Under pandemin blev Karolinska Institutens e-utbildningar obligatoriska för att stärka beredskap och ge kunskap om de viktigaste principerna och utmaningarna i arbetet att förhindra spridning av covid-19. Fokus på hygien principer och användning av personlig skyddsutrustning.

## **Demensvård**

Söderstomsgården har fyra avdelningar totalt 36 lägenheter inklusive växelvårdplats för personer med demenssjukdom. Under våren avslutades växelvårdplatserna pga pandemin.

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom demensvård används som stöd. Interna utbildningar ordnas inom demensvården. E-utbildningar har använts för att säkerställa baskunskap.

Uppföljning av vård och omsorg vid BPSD görs på individnivå och innefattar bemötandeplan och omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel. Genom BPSD register speglas åtgärderna i relation till symptomen.

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

Enhetens egen demensteam arbetar enligt Nollvision när det gäller skyddsåtgärder.

Checklista demens är ett verktyg som används för att spegla teambaserad demensvård på enheten.

## **Palliativ vård**

Vård vid livets slutskede har planerats individuellt utifrån rekommendationer-

---

na i de nationella riktlinjerna.

Svenska Palliativregistret har använts som stöd för att kvalitetssäkra vården i livets slutskede. För att säkerställa kunskap har vi haft extern utbildning och intern handledning.

Statistik från registret har använts för att uppmärksamma förbättringsområden.

## **Rehabilitering**

Hjälpmiddel har utprovats och förskrivs av legitimerad personal. ADL-och funktionsbedömningar har utförts. Processen har utgått från helhetssyn där den enskilde är delaktig och focus är på det friska. Funktionskontroll av hjälpmedel görs årligen.

Handledning av personal i förflyttningssituationer sker kontinuerligt.

## **Riskanalys**

*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.

Risکانalys gjordes under pandemin utifrån den enskilde, personal, anhöriga utifrån rådande situation inom Region.

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

Sammanhållen journalsystem /NPÖ saknas vilket leder till risk för informationsbortfall.

Rapportering av avvikelser. Det finns fortfarande risk för underrapportering pga arbetssätt med blankethantering och många nya vikarier.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

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

Administrering av nutritionsbehandling via enteral nutritions pump, handhavande fel av pumpen som gjorde att den enskilde fick näringsintag försenad.

Lärdom: handledning i det praktiska arbetet, kontroll av rätt handhavande.

Boende ej fått administrerat plåster byte enligt ordination.

Lärdom: förbättra planering av plåsterbyte.

Vid utsättning av plåster fattades ersättnings läkemedel i dospåsen.

Lärdom: säkerställ läkemedelsbehandling vid utsättning/utbyte av läkemedel.

Dosett ej delad enligt ordinationsunderlaget.

Lärdom: Viktigt att omsorgspersonalen kontrollerar ordinationsunderlaget.

Tjänstgörande sjuksköterska använder gemensamma planeringsverktyget.

Dubbla dosdispenserade rullar hos den boende.

Lärdom: säkerställa att endast aktuell dosrulle finns hos den boende.

Läkemedel överlämnades och signerades men har hittats i en annan plats. Boende ej fått korrekt administrering av läkemedel.

Lärdom: förbättra uppföljning av avvikelser, individuella samtal, handledning.

Boende ej fått ordinerade läkemedel i rätt tidpunkt.

Lärdom: säkerställa att personalen tar ej egna beslut vad gäller läkemedelshandling.

Signeringslista stämmer inte överens med läkemedelslistan och med läkemedel som fanns hos den boende.

Lärdom: Noggrann kontroll vid administrering/överlämnandet av läkemedel samt säkerställa att signeringslista och läkemedelslista är aktuell.

Ej korrekt användning av hjälpmedel

Lärdom: säkerställa följsamhet av rutiner gällande användning av taklift/sittdyna korrekt enligt gällande rutiner.

Boende avvek i samband med promenad.

Lärdom: tillsammans med närstående och medarbetare behöver skyddsåtgärder och frihet reflekteras.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Verksamheten säkerställer att den information som behövs i arbetet har ett tillräckligt skydd utifrån verksamhetens behov och de krav som ställs i lagstiftningen (GDPR och patientdatalagen).

Syftet är att säkerställa hantering av uppgifter om hälsa, riktighet, konfidentialitet, och spårbarhet genom stark autentisering.

I tabellen redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten.

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
Pulsen Combine	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH/OSIS kort eller Mobilt Bank id. Loggkontroller Kod vid utskrift	Loggkontroller Arkivering
NPÖ (nationell patientöversikt)	Informationsöverföring mellan vårdgivare samt ökad samordning och tillgänglighet	Samtycke inhämtas från den enskilde. Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH/OSIS kort	Införande ej fungerat under året.
Pascal	Ordinationsverktyg för personer med dosdispenserade läkemedel och ordinationshandling	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH/OSIS 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 verksamhets-system – Pulsen Combine	Statistik Granskning av journaler – dokumentation
BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITSH/OSIS kort eller kod. Samtycke inhämtas från den enskilde. Avslut sker vid avregistrering.	Statistik Granskning av journaler- dokumentation
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
Symfoni, tandvårdssystem	Utfärda tandvårdsstödsintyg/registrera munhälsobedömning genom systemet.	Säker inloggning med SITSH/OSIS kort.	Statistik
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	Behörighetsindelning endast för sjuksköterskor som är ordinarie. Säker inloggning med SITSH/OSIS samt engångskod Loggkontroller enligt avtal. Leverantören tillhandahåller system för åtkomstkontroll SALA	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut

# RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

## Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Förebygga vårdrelaterade infektioner Förhindra smittspridning	Följsamhet till hygienrutiner Utbildning	Identifiera boende med risk för vårdrelaterade infektioner Hygienombud Infektionsregistrering	Ökad kunskap om förebygga vårdrelaterade infektioner	Förebyggande arbetet ger resultat.
Förebygga infektioner En god följsamhet till basala hygienrutiner	Kunskap Återkommande Utbildningar	Hygienrond med hygien-sjuksköterska (vårdhygien) Utbildning- webb/praktisk Hygienombud Egenkontroll	Ökad medvetenhet och kunskap om vårdhygien 1 boende med covid-19 smitta, flera boende miss-tänkt smitta	Öppen dialog förutsättning för förbättringar. Kontinuerligt arbete krävs
Säker läkemedelshantering	Utbildning	Apoteksgranskning Lokal rutin - läkemedelshantering Delegeringstest Administrering av läkemedel signeringslista Avvikelsehantering Läkemedelsgenomgång	Ökad kunskap om säker läkemedelshantering Ny delegeringsrutin Läkemedelslista kräver flera kontrollpunkter	Behov av digital signeringslista för att förbättra tydligheten vid administrering av läkemedel Kontinuerligt arbete
Minska antal avvikelser (fall, trycksår, läkemedel, medicintekniska produkter)	Förebyggande arbete Följsamhet till obligatoriska åtgärder	Riskbedömning Utredning Förebyggande Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Delegering Teambaserat arbete Nationellt kvalitetsregister	Ökad medvetenhet att identifiera risker i dialog med boende, anhöriga och medarbetare Kontinuerligt arbete	Antalet rapporterade avvikelser har ökat, Innebär detta bättre rapportering eller mera avvikelser Dessa har lett till dialog för att minska händelser som leder till avvikelser
Minska risken för trycksår	Förebyggande arbete	Riskbedömning Utredning Förebyggande Behandlande åtgärder Uppföljning Dokumentation Utbildning Teambaserat arbete Nationellt kvalitetsregister PPM- databasen	Ökad medvetenhet att identifiera risker i dialog med boende, anhöriga och medarbetare	Vid cirkulationsrubbingar risk för trycksår vid livets slutskede
God munvård	Förebygga och behandla oral ohälsa utifrån den enskilde	Utbildning Stöd av tandhygienist/tandläkare Nationellt kvalitetsregister Senior Alert	Ökad medvetenhet för munvård/munhälsa Engagerad personal	Stora skillnader gällande munhälsa utifrån individen vid inflyttning

Korrekt inkontinensvård	Ökad kunskap Läckagemätning	Utbildning Kontinensombud Lokal rutin Inkontinenskort Nationellt kvalitetsregister Senior Alert	Dokumenterad inkontinensvård  Engagerad personal Ej fullständig rapportering i Senior Alert	Läckagemätning och uppföljning enligt lokal rutin  Material som stödjer process för att kvalitetssäkra
God demensvård	Ökad kunskap Utbildning Samverkan	Samverkan Demensmodell Nationellt kvalitetsregister BPSD Teambaserat arbetssätt Följsamhet skyddsåtgärder	Aktiv demens-team som beaktar området  Ej fullständig rapportering i BPSD	Arbete pågått för god demensvård utifrån åtgärderna
God vård vid livets slutskede	Ökad kunskap Utbildning Involvera anhöriga	Palliativa ombud Nationellt kvalitetsregister Teambaserat arbetssätt	Registrering och uppföljning gjort via palliativa register, ej fullständig rapportering	Ökad samverkan leder till trygghet för alla  Utbildning för den som registrerar
Använda klagomål och synpunkter för att kvalitetssäkra verksamheten	Information till boende, anhöriga och personalen	Arbete enligt lokal rutin. Öppen dialog APT Enhetsmöte Återkoppling	Ökad medvetenhet	Enligt öppna jämförelser behövs ytterligare fortsatt arbete
Säkra hälso- och sjukvård-dokumentationen	Utbildning Kollegialt utbyte Dialog utifrån problemområde Behov av stödfunktion	Utbildning Material Manual E-learning Lokal rutin för dokumentation Identifiering av handhavande och systemfel Avvikelser	Viss brist på följsamheten för lokal rutin och manualer gör det svårt att bedöma resultat	Ej användarvänligt system Få avvikelser i relation till diskussioner gällande dokumentationssystem Respons från support ej stödjande

## Avvikelser

Typ av avvikelser	Antal	Förbättringsförslag	Lärdom
Fall	142 4 fall som har orsakat fraktur	Fortsatt förebyggande arbete Teamarbete	Teamarbete tillsammans med boende är ständigt pågående utifrån boendes miljö och den äldres önskan om fortsatt självständighet. Ökad medvetenhet gällande risk för fall.

Trycksår	8 boende med trycksår Grad I 1 Grad II 3 Grad III 2 Grad IV 2  Risk för trycksår i fel hanteringen av hjälpmedel- sittdyna, liftsele	Daglig observation av huden Fortsatt kontinuerlig dialog Identifiera risker Teambaserat arbete  Tydliggörande av förskrivning av förebyggande/behandlande antidecubituss madrass.	Identifiera risker och diskutera om åtgärder. Teamarbete och kontinuerlig dialog med boende, anhöriga och personalen.
Läkemedel	109 läkemedelsavvikelser	Digitala signeringslistor Utbildning Delegering Sammanhållen läkemedelslista behövs kontrolleras vid vårdövergång	Identifiera risker för att undvika avvikelser. Dialog med personalen gällande avvikelser.  Uppmärksamma risker med ordinationsverktyget Pascal.
Medicintekniska hjälpmedel	4	Egen kontroll Utbildning	Kompetens måste säkerställas

## Klagomål och synpunkter

Förutsättningar och förväntningar gällande den enskildes funktionsnivå efter höftfraktur relaterad till mobilisering ej uppfyllt.

Flera boende som ej berättigade för medicinsk fotvård önskade remiss för detta.

Utebliven kontakt till tandvårdsenheten gällande den enskildes munhälsa.

Utebliven återkoppling till anhöriga gällande planering av hälso- och sjukvård.

Bristfällig information gällande beställning av näringsdryck.

## Händelser och vårdskador

Lärdomar utifrån gjorda utredningar: kontinuerlig utbildning, handledning och arbetsledning behövs för att säkerställa följsamhet för rutiner och föreskrifter. Se över möjligheter för att använda digitala lösningar för att minska läkemedelsavvikelser samt att få bättre överblick av avvikelser.

För att utföra ett tryggt och säker läkemedelshantering behövs administrering av läkemedel säkerställas genom att signeringslistan är tydlig och stämmer överens med aktuell läkemedelslista.

Samtliga boendepärmar (HSL) ska innehålla kopia på aktuell läkemedelslista som är korrekt (läkemedelsordinationer finns under rätt kategori utifrån om läkemedel är stående eller dosdispenserad) för att omsorgspersonalen kan kontrollera dosett/dospåsens innehåll mot aktuell läkemedelslista.

För att säkerställa läkemedelshantering ska samtlig personal inför delegering göra en webb baserat kunskapstest enligt lokal rutin.

---

## **Risikanaly**

Personalresurser med rätt kompetens är avgörande för att nå korrekt läkemedelshantering.

Avvikelser som har rapporterats i år har minskat vilket kan betyda underrapportering relaterad till nya medarbetare och hög arbetsbelastning under pandemi.

## **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.