

Patientsäkerhetsberättelse för Ekgården År 2023



Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Egenkontroll	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	18
Riskhantering.....	18
Stärka analys, lärande och utveckling	20
Avvikelse	20
Klagomål och synpunkter	24
Öka riskmedvetenhet och beredskap	25
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26

SAMMANFATTNING

Ekgården tillhandahåller permanenta platser somatisk -och demensvård samt korttids-och växelvårdplatser. Totalt finns 55 plaster. Korttidsvård med snabb inflyttning och kortare vårdtider ställer krav på stor flexibilitet och mångfacetterad kunskap med ökat administrativt arbete.

Vi har haft en beläggningsgrad i snitt på 94% under året. Avlidna har varit 21 stycken.

Under året har vi haft ca 70 unika nyinskrivna individer till korttids-och växelvård. Verksamheten har vid behov snabbt kunna ställa om lägenheter från permanent boendelägenhet till korttidsplacering både vad det gäller personalresurser och möblering.

Utmaningar utifrån patientsäkerhet är att säkra vårdövergångar, utrustning och kompetens. De viktigaste åtgärder under året har varit att ge nära ledningsstöd, utbildning på plats för nya boende inom korttidsvården med specifika omvårdnadsbehov, komplex sjukdomsbild samt stort omvårdnadsbehov. För att höja kompetensen har vi under året haft utbildningar i egen regi på plats i den nyinrättade KUL-lägenheten (klinisk utb. lägenhet) i förflyttningsteknik, basal omvårdnad, HLR samt specifik utbildning för sjuksköterskor i vissa tekniska moment. Flexibel personal som kan arbeta på andra enheter utifrån kompetens har varit en framgångsfaktor. Våra negativa händelser/avvikelser använder vi i lärande situationer då vi också ser över rutiner och processer.

Ekgården är ett av Ekerö äldsta äldreboende med lokaler som inte längre är ändamålsenliga enl. arbetsmiljöverket vilket innebär att personal behöver planera sitt arbete i högre utsträckning. Flytt till nybyggt äldreboende planeras under 2025.

Ledningsgruppen består av enhetschef, biträdande enhetschef samt samordningssjuksköterska. Ca 57 tillsvidare anställda medarbetare samt 15–20 vikarier.

Fortsatt arbetet inom de prioriterade fokusområden, ökad kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, säker vård här och nu, förbättra analys, lärande och utveckling samt öka riskmedvetenheten och beredskap har förenklats för ledningen i utvecklingsarbetet.

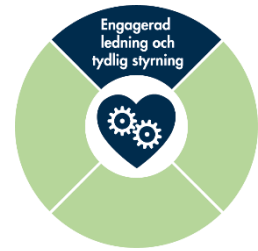
En stor utmaning är att rekrytera medarbetare med relevant utbildning och kompetens. Under året har en ny bemanningsenhet, en egen personalpool startats för att säkerställa kommande utmaning i personalförsörjning. Medarbetare är tillsvidare anställda och väl inskolade i våra olika verksamheter och kan snabbt ersätta någon vid akut frånvaro. Det underlättar även för sjuksköterskor som på helger haft ansvar för bemanningen.

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 (socialförvaltning) 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.

- Genom aktivt riskförebyggande arbete ska ingen patient drabbas av vårdskador.
- God och säker vård
- Palliativ vård ska ha hög kvalitet som bygger på aktuell forskning.
- Den enskilde och närstående ska känna sig trygga med den vård och omsorg som bedrivs och insatserna ska håll god kvalitet som tillgodoser befintliga behov.

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

Personcentrerad vård där den enskilde är delaktig

- Stärka individen att utifrån sina förutsättningar leva ett självständigt liv
- Synpunkter/önskemål tas tillvara
- Information ges om eventuella vårdskador

Kunskapsbaserat arbetssätt

- Säkerställa rätt kompetens och kunskap utifrån individens vårdbehov
- Implementera arbetssätt som förankras till vetenskap och evidens
- Metodstöd med hjälp av kvalitetsregistren
- Lärande organisation

Strukturerad/organiserat kvalitetsarbete

- Revidera 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. Kommunens ansvar omfattar hälso- och sjukvård, omvårdnad, 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.

Enhetschef tillsammans med samordningssjuksköterska och hela sjuksköterskegruppen 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, att medarbetare har rätt kompetens för att säkerställa verksamhetens kvalitet och att riktlinjer och rutiner är kända och följs samt att medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet.

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.

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 2023 avseende kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Avtal med Vårdhygien för konsultation, utbildningar och hygienronder
- Ekerö Kommun har avtal med foterapeuter gällande medicinsk fotvård.
- Samverkan med smittskyddsgruppen 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 Ignis angående transport av avliden
- Rutin för samverkan vid in-och utskrivning av patienter från slutenvård.
- Samarbetsrutiner mellan rehab SÄBO (Söderströmshuset, Ekgården, Kullen) och Ekerö rehab Västra som bedriver primärvårdsrehabilitering.
- Samverkan med MAS

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

I tabellen redovisas hur verksamheten arbetar med informationssäkerheten

IT-stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Uppföljning
Pulsen Combine Journalföring	Journalföring Biståndsbeslut Informationsöverföring	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS eller mobilt BankID Kod vid utskrift	Arkivering Behörighetsgenomgång kvartalsvis
Vaccinera	Journalföring av utförda vaccinationer	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS	Uppföljning vid förnyelse av behörighet var tredje månad via läkarorganisationen
Pascal	Ordinationsverktyg för personer med dosdispenserade läkemedel och ordinationshandling	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS Utskrift av ordinationshandlingar ingår i journalen och ska arkiveras enl. rutin	Avvikelser Egenkontroll Riskanalyser arkivering
Senior alert, nationellt kvalitetsregister	Strukturerat arbete med förebyggande vård och omsorg. Riskbedömning och planering av åtgärder vid risk: fall, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion.	Behörighetsindelning Samtycke hämtas från den enskilde Avregistrering vid inaktualitet Riskbedömning och åtgärder journalförs i journalsystem – Pulsen Combine	Statistik Teamarbete nära den enskilde Granskning av journaler Dokumentation Egenkontroll senior alert 3:e månad
BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom.	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS eller kod Samtycke hämtas från den enskilde Avregistrering vid inaktualitet	Statistik Teamarbete nära den enskilde Granskning av journaler Dokumentation

Svenska palliativ register, nationellt kvalitetsregister	Kvalitetssäkra vård i livets slut.	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS	Statistik
Symfoni, tandvårdssystem	Utfärda tandvårdsstödsintyg och registrera munhälsobedömningar genom systemet.	Säker inloggning med SITHS	Statistik
Beställningsportalen	Förskrivning av hjälpmedel	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS	Dokumentation i journal Fakturagranskning
Nationell Katalogtjänst HSA, elektronisk katalog	Styra behörigheten i olika IT-system (Pascal, NPÖ, Pulsen Combine, SITHS, kvalitetsregister)	Behörighetsindelning	Uppföljning av behörighet vid anställning och avslut Behörighet förlängs årligen och kontrolleras, kvitteras kvartalsvis
Alfa E-care SignIT	Säker signering av läkemedel	Behörighetsindelning Säker inloggning med SITHS-kort, Mobilt BankID	Behörighetsgenomgång Arkivering Riskanalys
Take Care regionens journalsystem	Läsbehörighet	Behörighetsindelning endast för sjuksköterskor som är ordinarie. Säker inloggning med SITHS-kort/engångskod. Loggkontroll enl. avtal. Leverantören tillhandahåller system för åtkomstkontroll.	Uppföljning av behörighet vid anställning eller avslut.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheten som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav

En god säkerhetskultur

Förutsättning för en god säkerhetskultur skapas i alla led, engagerad ledning som skapar förutsättningar för hög kvalitet och säkerhet. Vi pratar öppet om risker och omständigheter som påverkar säkerheten. Vi vågar fråga och ifrågasätta. Medarbetare är medvetna om att uppmärksamma på de risker som kan uppstå. Vi bemöter varandra på sätt som främjar kommunikation och samarbete. Vi välkomnar och tillvarar synpunkter som underlag för utveckling och förbättring. Att rapportera avvikelser är ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra utan medarbetarna ska känna sig trygga med att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerheten. Vi uppmuntrar och stöttar boende och anhöriga i att vara delaktiga. Alla medarbetare har ansvar för att vården ska vara god och säker för alla boende.



På Hälso -och sjukvårdsmöten och avdelningsmöten har vi analyserat avvikelser och risker. Det systematiska arbetet sker utifrån planering enligt årshjulet. Fokusområden har varit lärande och handledning av omvårdnadspersonal inom bas-och specialistkunskaperna. Medarbetarna har rapporterat risker, tillbud och vårdskador exempelvis fallolyckor, varit delaktiga i förbättringsarbetet och identifierat brister och risker. Utvärdering tillsammans har varit utvecklande för verksamheten. Riskbedömningar inom områden som trycksår, fallrisk, nutritionsbedömning, hot och våld, munhälsa görs utifrån den enskildes behov i samverkan med anhörig och övrig profession som dietist och ansvarig läkare.

Vid vårdövergång görs en riskanalys och riskbedömningar om eventuell smittorisk, kontroll av provtagningar, uppföljning provsvar samt läkemedelsbehandlingar. Vi har använt en checklista för säker överrapportering mellan vårdgivare enl. Capio legevisitten mall.

Ekgården har en avdelning för korttidsvård med 7 somaplatsler samt 2 demensplatser med det förekommer även korttidplaceringar på andra enheter vid behov. Flertalet boende är multisjuka med omfattande vårdbehov där akuta hälsoproblem snabbt behöver bedömas och åtgärdas. Arbeta med att säkerställa rätt och tillräckliga resurser, kompetens, utrustning och läkemedelsförsörjning görs i nära samverkan med ledningen, ansvarig läkare samt äldreheten inom kommunen. Tidvis har det varit svårt att bemanna med rätt kompetens för att hålla en jämn nivå. Dock har arbetet med schemaläggning, utökade personalresurser samt hög kompetens i sjuksköterskegruppen hjälpt till att säkerställa ett högt patientsäkerhetsarbete. Tid för reflektion och lärande har kunnat säkerställas.

All personal har behörighet och kunskap att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i digitalt avvikelserapporteringssystem DF-respons. Avvikelser rapporteras av personal som identifierar risken/avvikelsen och har en viktig roll och deltar i risk och händelseanalyser. Även boende och anhöriga får kännedom om risken/avvikelsen och åtgärder. Systematisk genomgång av inkomna avvikelser i form av statistikrapport månadsvis på APT eller avdelningsmöten i syfte att öka kunskapen och förhindra nya avvikelser.

Adekvat kunskap och kompetens

Under året har arbete med att säkerställa bemanning med rätt kompetens. Inom HSL har sjuksköterskegruppen varit stabil med en samordningssjuksköterska som nära ledningsstöd och personalresurs vid akut frånvaro bland sjuksköterskor.

Bland omvårdnadspersonal ses färre antal sökande med adekvat utbildning till undersköterska. Det innebär dagligt nära ledningsstöd för medarbetare, ett dagligt lärande tillsammans och differentierade arbetsuppgifter samt samarbete med arbetsförmedlingen, vårdgymnasium, högskolor. Medarbetarnas schema är en viktig del att beakta i patientsäkerhetsarbete.

Årets fokusområden har varit att kvalitetssäkra dokumentationens innehåll. Detta gäller både inom SOL/HSL dokumentationen. Inlogg till dokumentationssystemet sker med säker inloggningsmetod, Sits kort eller BankID. Utbildning inom dokumentation med Pulsen Combina för alla nya medarbetare. Inom HSL-dokumentation har arbete med att lära tillsammans, skapa standardiserade hälsoärenden och KVÄ-koder i ett led att underlätta ett relativt komplicerat dokumentationssystem. Återkommande utbildningar i dokumentation samt dokumentationsstöd på enheten för samtliga yrkesgrupper.

Arbete med att säkerställa och standardisera hälsoärenden har påbörjats och kommer även fortsätta under 2024.

Digital och praktisk utbildning och inom förflyttningsteknik för att säkerställa god arbetsmiljö och säkerhet för både medarbetare och boende. Arbeta med att kvalitetssäkra verksamheten med egenkontroller ex. vis basala hygienrutiner, medicinska avvikelser, dokumentation, loggkontroller och mottagande av synpunkter och klagomål sker löpande. Att säkerställa att medarbetare väl känner till sitt medarbetaruppdrag och kan använda våra digitala system har varit ett satsningsområde under året. Nyanställda deltog i en



central introduktionsdag kombinerat med en lokal introduktionsdag på enheten. Utbildningar har bl.a. varit i demenssjukdom och BPSD via demenssamordnare för medarbetare, men också har 20 nya medarbetare utbildats inom Silviahemmets grundutbildning samt flera nya reflektionshandledare. Ledningen och sjuksköterskor har även gått en arbetsledarutbildning utifrån Silviahemmets vårdfilosofi för att stärka ledningsstödet och kvalitetsarbete, symtomkontroll, anhörigstöd, teamarbete och kommunikation. Vidare har utbildningar inom basala hygienrutiner, värdegrund, HLR, palliativ vård, men också riktade utbildningar för Hälso- och sjukvårdspersonalen ex. vis medicintekniks utrustning.

Samordningsansvarig sjuksköterska som stödfunktion för sjuksköterskor med stort fokus på en sammanhållen planering för introduktion, administrativa arbetsuppgifter, utbildning inom läkemedelsdelegering. Enheten har bevakat och säkerställt informationsflödet utifrån nya direktiv och ny kunskap. Sjuksköterska har vidareutbildat sig inom handladrautbildning på högskolenivå samt genomgått ledarskapsakademin.

KUL-kliniskutbildningslägenhet

Utbildningslägenhet inom enheten där olika typer av utbildningar kan ges. Sjuksköterska har kunnat erbjudas praktisk träning och utbildning i olika medicintekniska moment för att säkerställa den medicinska kompetensen utifrån olika individers medicinska behov.

Förflytningsutbildning

Digital utbildning samt en praktisk förflytningsutbildning i egen regi har anordnats under året.

Arbete med lokala rutiner och säkerställa kunskap hos medarbetarna inom områden individuella nutritionsbehandlingar samt kvalitetssäkring för hantering av läkemedelsdelegeringar pågår löpande under året. Arbete med individuella läkemedelsgenomgångar, riskanalyser (senior alert) och åtgärdsplaner ingår i omvårdningsansvarig sjuksköterskans uppdrag.

Samverkan med dietist både för att kompetenshöjande och utveckla medarbetare men också på individnivå för den enskilde har utförts.

Digital insatskalender – Pulsen Combine

För att säkerställa övriga ordinationer från sjuksköterska inom hälso- och sjukvård som ex. vis planerade såromläggningar, blodprovstagning, läkemedelsbehandlingar, uppföljningar och bryta nattfasta har arbete med digital insatskalender i journalsystemet Pulsen Combine gjorts. Omvårdningsordinationer läggs in i system och är tillgänglig för övriga sjuksköterskor. Arbetet med digital insatskalender (i befintligt dokumentationsjournal) har inneburit ökad patientsäkerhet.

Riskbedömningar

Sjuksköterska genomför riskbedömning vid inflyttning. Fallrisk, nutrition, risk för trycksår, blåsdysfunktion görs alla i senior alert. Vid risk skapas ett hälsoärende med relevanta åtgärder.

Palliativ vård

Vård vid livets slut har planerats individuellt utifrån nationellt vårdprogram för palliativ vård och de ev. individuella önskemålen som föreligger. Målsättning är alltid att den boende samt anhöriga ska känna sig trygga i processen. Palliativa ombud finns på enheten men fler behöver utbildas.

Chefer, biträdande chef och samordningssjuksköterska gick under året en gemensam utbildning i patientsäkerhetsarbete vilket ökade samverkan för ökad patientsäkerhet.

Patienten som medskapare

Vid flytt får boende och/eller anhörig en folder där verksamheten beskrivs. Boendes biståndsbeslut skrivs ut till omvårdnadspersonal. Kort efter inflyttning, enligt rutin inom två veckor, erbjuds ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs tillsammans med den boende, eventuella anhöriga, ansvarig sjuksköterska och omvårdnadspersonal. I vissa fall närvarar även enhetschef. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för personen och vilka förväntningar som finns. Vi beskriver även vad vi kan erbjuda i form av stöd och omvårdnad. Det är varje kontaktpersons ansvar att starta upp en genomförandeplan i anslutning till inflyttning. Det ska alltid framgå om den boende har varit delaktig i upprättandet eller inte. Om boende inte varit det ska skäl framgå, exempelvis kognitiv nedsättning som följd av demens eller liknande. Anhöriga ska, om den boende ger samtycke, delges innehållet i genomförandeplanen och även ha möjlighet att påverka innehållet. En viktig del av genomförandeplanen, förutom delaktighet, är hur den boende önskar bli bemött. Detta gör att all omvårdnadspersonal kan anpassa bemötande utifrån önskemål. Detta är av särskild vikt när boende har svårigheter att uttrycka sig verbalt. Tätt efter inflyttning planeras och utförs ett inskrivningssamtal med PAL och OAS, här bjuds även anhörig in om boende och önskar. OAS kontaktar anhöriga för information vid förändrat hälsostatus (om så är överenskommet). Den enskilde och anhörige erbjuds att vara delaktig i sin vård och omsorg vid vårdplanering samt läkemedelsgenomgångar. Information om det nationella kvalitetsregistret ges och samtycke efterfrågas vid informationsöverföring.



Anhörig erbjuds efterlevadesamtal efter närståendes dödsfall.

Boråd där verksamhetsfrågor och information lämnas samt anhörigträffar har anordnats under året. Information har också förmedlats via våra digitala informationstavlor i entréerna samt nyhetsbrev digitalt och skriftligt i pappesform till boende och anhöriga.

Vi berör ämnen som brukarundersökning, avvikelser, synpunkter och klagomål utifrån ett allmänt perspektiv. Ledningen arbetar aktivt med uppföljningar och samtal med enskilda boende och anhöriga vid inkomna avvikelser. Inkomna synpunkter och klagomål ses som en viktig del i förbättringsarbetet på verksamheten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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



Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Område	Mål	Re-sultat	Analys av re-sultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Fall	Förebygga förekomsten av fall	117	Antal fall har minskat, flertal fall av en och samma boende.	Teamarbete	Fortsatt dialog gällande förebyggande arbete	Dagliga riskobservationer och förebyggande arbete	Avvikelsehanterings-systemet DF
Trycksår	Förebygga förekomsten av trycksår	4	Endast 1 fall rapporterat i avvikelssystemet. Minskat antal trycksår Underrapportering av trycksårgrad 1 samt boende som kommer med trycksår från annan vårdgivare	Utbildning kring inrapportera trycksår i DF inkl. de boende som kommer med pågående sår	Teamarbete, identifiera risker samt diskutera åtgärder. Ordnera omvårdnadsåtgärder i insatskalendern. Förebyggande och behandling madrass har använts.	Fortsatt dialog förebyggande arbete dagligen	Avvikelse-systemet DF samt dagliga riskobservationer
Medicintekniska hjälpmedel	Säker och korrekt användning av medicintekniska hjälpmedel	11	Ökat antal avvikelser. Madrass utan luft, felvänd sittdyna i rullstol, fel liftskynke hos enskild, ej följt gällande ordination. Under rapportering	Egenkontroll i DF respons, tas upp på avdelningsmöten, APT, HSL möten. Introduktion av nya medarbetare	Utbildning Fortsatt arbete gällande de kritiska punkterna i informationsöverföring och följsamhet till ordinationer.	Dagligt arbete	Avvikelse-systemet DF
Läkemedel	Minska förekomsten av läkemedelsavvikelser	81	Antal läkemedelsavvikelser har ökat. Lättare att rapportera avvikelser	Egenkontroll. HSL möten. Avdelningsmöten, APT.	Regelbunden dialog på avdelningsmöten, förebyggande arbete. Ta hjälp av Alpha Sign-it för kontroll	Dagligt arbete	Avvikelse-systemet DF

MAS har en riktlinje för avvikelshantering som gäller avvikelser inom hälso-och sjukvård. Alla avvikelser rapporteras in från alla medarbetare i vårt digitala system DF respons. Enhetschef tar del av alla avvikelser och startar utredning tillsammans med berörd personal, boende samt anhöriga. Totalt inkomna avvikelser inom HSL-området är 231 st. varav 18 är övriga som bla handlar om svårighet att logga in i journalsystem och externa avvikelser. En fortsatt hög medvetenhet och kunskap om vart man ska anmäla en avvikelse samt att vårt digitala system gjort det lättare att anmäla en avvikelse för medarbetare. Dock finns kontinuerligt behov av att påminna, stödja och prata om att man ska rapportera alla avvikelser, vilka avvikelser ingår inom HSL-området eller inom socialtjänsten. Avvikelser analyseras på avdelningsmöten, APT samt med enskilda medarbetare vid behov. Ledningen främjar för ett gott klimat att diskutera, rapportera och komma med förbättringsförslag. Vi lär av varandra både det som gått bra med också det som gått mindre bra.

Egenkontroll

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

Egenkontroller är en del av det systematiska kvalitetsarbetet där olika områden undersöks och kan fånga upp eventuella brister som behöver åtgärdas. Arbetet med att ta fram underlag för journalgranskning HSL ska göras. Statistik skickas månadsvis till Socialstyrelsen via lokal systemförvaltare som tar ut statistik på antal personer med vårdåtgärder.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	1–2 GÅNGER PER ÅR	PPM-databasen, egenkontrollsystemet
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll/handlingsplan
Läkemedelshantering -narkotikakontroll -ordinationshandling -signeringslista	1 gång per månad	Lokal rutin
Ordinationshandling i pascal	1 gång per månad samt vid behov/läkemedelsändringar	Lokal rutin
Läkemedelshantering/apotekgranskning	1 gång per år	Protokoll/handlingsplan
Avvikelser (läkemedel, trycksår, fall, medicintekniska)	Genomgång vid händelse, månadsvis på APT/avdelningsmöten	Avvikelsehanteringssystem DF-respons Senior alert
Munhälsa -Munhälsobedömning	Vid inflyttning bedömning av munstatus (ROAG) samt var 3:e månad.	Senior alert Folktandvården Oral care
Inkontinens	Vid inflyttning 1gång per år	Senior alert
Palliativ vård	Vård vid livets slut	Palliativa registret

Läkemedelsgenomgång	1 gång per år	Läkarorganisationen
Dokumentation Hälso-och sjukvårdsjournal	Granskning av ca 10 journaler var 3: månad	Dokumenthanteringsplan
Medicintekniska produkter	1 gång per år	Lokal rutin
Nutrition	Vid inflyttning Var 3:e månad Viktkontroll 1 gång per månad	Senior alert
Bryta Natfasta	Individuell ordination	Journal samt ordination i Alpha Sign-it
Demensvård	Individnivå utifrån symtombild. Vårdplanering	Checklista Demens Nollvisionen Skydds och begränsnings

Tillförlitliga och säkra system och processer



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning
Palliativ vård Källa: Palliativa registret	Den enskilde och/eller den anhörige ska vara delaktiga	År 2023 hade 100% av palliativa patienter erhållit brytpunktssamtal. 63,6% Saknade förmågan att delta. Dokumenterat brytpunktssamtal till närstående 90,1%. 9,9% tackade nej till brytpunktssamtal.	Målet uppnått. Att skapa standardiserat hälso-ärende brytpunktssamtal har givit bra resultat för följsamhet.	Regelbunden genomgång av palliativa registret med ssk/usk Teamarbete	Fortlöpande dialog i ssk-gruppen Skapa hälsoärende brytpunktssamtal i journal Utbilda fler palliativa ombud	Registrering utförd vid livets slut.
Palliativ vård Källa: Palliativa registret	Smärtfrihet vid livets slut	År 2023 hade 90,9 % smärtskattats enl validerat verktyg	Målet nästan uppnått	Genomgång av Abbey Pain samt standardiserade hälsoplaner vid palliativ vård	11 boende, en ej utförd regelbunden dialog på HSL möten. Utbildning	Smärtbedömning har utförts vid livets slut hos alla boende.

Palliativ vård Källa: Palliativa re- gistret	Lindra ångest	År 2023 hade 90,9 % av palliativa patienterna ordination av ångestdämpande.	Målet ej uppnått. Ångest och behov av lindring bedöms kontinuerligt under palliativa fasen.	Arbeta med standardiserade hälsoplaner vid palliativ vård	11 boende en ej utförd Enl nationellt vårdprogram	Bedömning gällande ångest genomförd under livets slut
Palliativ vård Källa: Palliativa re- gistret	God munvård	År 2023 hade 72,7 % av palliativa patienterna erhållit en munvårdsbedömning under sista levnadsveckan.	Målet ej uppnått Brister i dokumentation. Samtliga patienter haft munvårdsbricka på rummet och erhållit munvård.	Arbeta med standardiserade hälsoplaner vid palliativ vård	ROAG in i Pulsen C nov 23 i insatskalender mall för bedömning instrument	Bedömningar och insatser utförda
Palliativ vård Källa: Palliativa re- gistret	Förebygga trycksår	År 2023 hade 100% av palliativa patienterna ej trycksår.	Målet uppnått Dock en förbättring med 10% jämfört med föregående år.	Aktivt arbete med förebyggande åtgärder. Nya madrasser Omvårdnadsordination i insatskalender	Fortsatt arbete med regelbundna riskbedömningar och åtgärder vid behov.	Bedömningar och insatser utförda 100% inget trycksår, insatskalender omv ansvariges ordination Sårvidsexpertis
Palliativ vård Källa: Palliativa re- gistret	Mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	År 2023 hade 100 % av palliativa patienterna mänsklig närvaro vid dödsögonblicket	Målet uppnått Extravak sätts alltid in vid behov.	Nära samarbete med teamet/ledning för att uppmärksamma behov av resurser	Kontinuerlig uppföljning individnivå HSL-gruppen /ledningsmöten	100% mänsklig närvaro.
Vaccination Källa: Vaccinera	Minska risk för sjuklighet genom smitta	Samtliga boende som önskat vaccination har erhållit.	Målet uppfyllt	Erbjuda och administrera vaccination på säkert sätt Noggrann planering krävs	Kontinuerlig uppdatering av kunskap, kompetens och patientdata	Registrering i samband med vaccination i Vaccinera och Pulsen Combine
Vårdhygien Källa: PPM mätning egenkontroll	God vårdhygien	Låg spridning av virusjukdomar	God följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler Samt korrekt användning av skyddsutrustning	Verksamhetsnära arbete och pågående dialog mellan personalen	Kontinuerlig uppföljning och dialog	Alla anställda genomför e-utbildning och får handledning på plats.
Informations Säkerhet Källa: Egenkontroll	Säker informationshantering	Behörigheter kontrolleras utifrån roller. Inga avvikelser har identifierats	Målet uppfyllt	Systematisk behörighet och loggkontroll	Uppmärksamma ansvaret	Kontroller: månadsvis Kvartalsvis

		Gallring efter avslutad anställning Loggkontroller utförda				Behörighet: årsvis
Dokumentation Egenkontroll	Säker journalföring	Granskning av dokumentation utförd HSL journaler som avslutats är iordningsställda för arkivering.	Förbättringsråden gällande ICF/KVÅ struktur	Utbildningar har genomförts för samtliga sjuksköterskor	Årligen HSL-möten Fortsatt arbete med att standardisera hälsoärenden innehåll och parametrar	Egen kontroll
Läkemedels hantering Egenkontroll Apoteksgranskning DF respons	Säker läkemedels hantering	Lokala rutiner och processer uppdateras	Kontinuerlig uppföljning av följsamhet behövs	Handlingsplan och åtgärdsplan Utbildning	HSL möte Extern kvalitetsgranskning årligen	Rapport Egen kontroll Avvikelse system DF
Kognitiv svikt Demensvård	Kvalitetssäkrad demensvård	Förbättra kompetens och kunskap inom demensvård och bemötande vid oro.	Planera utbildning och handledning Svårt att rekrytera rätt kompetens och erfarenhet	Vårdplanering i team Möten kontinuerligt Reflektion enl. Silviahemmets modell Interna utbildningar via demensamordnare inom kommunen. 20 st silviahemmet grundutbildning vårdfilosofi de fyra hörnstenarna	Årlig kvalitetsgenomgång Arbetsledarutb reflektion enligt Silvia-certifiering Förbättringsarbete 2024 med digital utbildning inom demens från svensk demenscentrum	Årligen Fler ska gå silviahemmet grundutbildning Nya BPSD administratörer
Covid-19	Minskad smittspridning	Låg smittspridning bland boende	Följsamhet till basala hygienrutiner samt munskydd/visir Screening av nyinflyttade Kohortvård	Hög vaccinations-täckning Kohortvård Regionens rekommendationer	Regelbundet vid nya sjukdomsfall/symtom	Vid inflyttning samt vid behov

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

Det ser fortlöpande observationer och dialog om eventuella risker som skulle kunna medföra brister i verksamheten. Det vårdpreventiva arbetet sker i det dagliga genom att lära från avvikelser, synpunkter och klagomål och därmed synliggöra nya riskområden. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska arbetar i kvalitetsledningssystemet senior alert för att systematiskt bedöma risk för undernäring, trycksår och fall, ordinera omvårdnadsåtgärder samt följa upp insatta åtgärder. Teamarbete och samverkan med produktionsköket kring undernäring, specialkost och konsistensanpassningar.



Nattfasta inom särskilda boenden ska ligga under 11 timmar. Genom uppföljning och egenkontroll på individnivå och på teammöten uppmärksammas vikten av att bryta nattfastan. Men också arbete med måltidsmiljön har gjorts under året. Ordination av extra mellanmål eller säröbomb har lagts in i digitala läkemedelssystemet alpha Sign-it på individnivå.

Inhyrd personal samt timanställda vikarier (HSL) har varit få till antalet och arbetat på längre uppdrag vilket ger en god kännedom om boende behov och verksamhetens ruiner, system och arbetsmetod. Utökad sjukskötersketid med nära ledningsstöd från samordningsansvarig sjuksköterska har gett ökad tid för handledning av omvårdnadspersonal.

Risکانalyser genomfördes även för skyddsutrustning, personalplanering, samt förrådshållning och värmebölja. Riskanalyser för att säkerställa resurser, kompetens och utrustning har gjorts i alla led, bi-ständsenheten, läkare, omsorgs samt hälso- och sjukvårdspersonal. Riskanalyser har gjorts utifrån den enskilde, personal, anhöriga. Trycksår och läkemedelsavvikelser har minskat tack vara systematiskt förebyggande arbetet. Arbete med att öka vissa typer av vårdskador som trycksår grad 1 är förbättringsområde. Fortsatt arbete med regelbundna riskbedömningar, fortsatt arbete i våra team som hygien, nutrition. Öka tvärprofessionell samverkan kring enskilda boenden där behov föreligger.

Journalsystemet Pulsen Combine är ett komplext dokumentationssystem och kräver utbildning, hög kompetens och stöd för säker journalföring. För att utveckla säkerhetskulturen eftersträvar vi en öppen kommunikation om risker och avvikelser. Medarbetarna i alla yrkeskategorier uppmärksammar och rapporterar risker vilket leder till analys av händelseförlopp och därmed kan sätta in rätt förebyggande åtgärder på lång sikt. Riskanalyserna tas upp på olika möten som avdelningsmöten, APT, Hälso- och sjukvårdsmöten. Under året har boende på korttidsavdelningen haft covid-smitta vid inflyttning men det har begränsats till den boende och ingen smittspridning har skett.

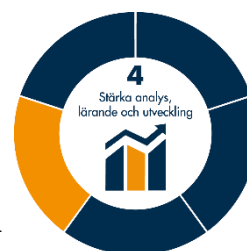
Under året har arbete med insatskalender som en del i vårt journalsystem påbörjats där legitimerad personal planerar specifika insatser på individnivå, det kan handla om såromläggning, byte av läkemedel i plåsterform, kontroll av trycksår. Alla insatser dokumenteras i patientjournalen och en daglig planering finns tillgänglig för alla sjuksköterskor. Det som tidigare dokumenterades med papper och penna finns nu i en digital kalender i patientjournalen. Det finns fortfarande risk för underrapportering men det har skett förbättring efter digitaliseringen av rapporteringen.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Vårdprevention	Främja individuell nutritionsbehandling	Boende med risk för undernäring identifieras	Dietist med sin specialistkompetens bidrar till ökad kvalitet	Höja kompetensen Arbeta systematiskt med riskbedömningar	Dietist deltar på individnivå för att ordinaera nutritionsbehandlingar Viktkontroll Mat/vätskemätning 3 dagar	Kontinuerligt	Senior alert Egen kontroll riskbedömningar
Vårdprevention	Säkerställa inkontinensvård	Utbildning Tydliggöra ansvar Blåsdysfunktionsbedömningar ej registrerade Kännedom om utprovning och ordination av inkontinenshjälpmedel behöver förbättras	Förbättringsområde för 2024 teamarbete Säkerställa att ordination finns och efterlevs. Förbättrad utprovning.	Prioritera planering och aktualisering av inkontinensombuden	Utbildning Teammöte Satsningsområde Dokumentationsgranskning	Årligen	Senior alert Egen kontroll
Resurser	Adekvat kunskap och kompetens. Säker bemanning.	Kontinuitet och kompetens säkerställs med utbildning externt, internt. Utökad sjuksköterskebemanning.	Hög kompetens inom HSL gruppen En lärande verksamhet både kollegialt och till omvårdnadspersonal	Introduktion, schemarbete, bemanning och rekrytering	Kompetensutveckling Individuella och flexibla schemalösningar.	Fortlöpande	Egen kontroll
Delegeringsförfarandet	Kvalitetssäkrad läkemedelsbehandling	Delegeringsutbildning Digitalt kunskaps-test Praktisk utbildning	Målet uppfyllt	Utfört egen delegeringsutbildning. Använda kunskaps-testet för individuell bedömning av kunskaperna inför delegering	Team möten Dagligt arbete	Fortlöpande Vid förnyelse av delegering årligen	Egen kontroll Avvikelsesystemet DF Digital utb. modul

Läkemedelsavvikelser	Förebygg och minimerade antalet läkemedelsavvikelser	Vanligaste avvikelserna är att man glömmer signerat överlämnandet av läkemedel. Ej överlämnat läkemedel pga boende sov eller var borta.	Fortsatt arbete på grupp-och individnivå.	Teamarbete runt den enskilde Närmare analys av olika statistiska parametrar för tydligare riskanalys	Team möten Dagligt arbete	Dagligen	Egen kontroll Avvikelsesystemet DF Täta uppföljningar
-----------------------------	--	--	---	---	----------------------------------	----------	---

Stärka analys, lärande och utveckling

Lärdomen är att i alla led är kompetens och följsamheten för rutiner 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. Under året har arbete fokuserat på att revidera, förtydliga och säkerställa att våra rutiner och arbetsmetoder är välkända. Fortlöpande undersöka, observera, analyser och ha en dialog om vilka risker som finns och ta lärdom av det som fungerar bra och av det som inte blev som det var tänkt.



Genomgång av avvikelser gällande hälso-och sjukvård har skett på hälso-och sjukvårdsmöten, avdelningsmöten och på APT. Ansvarig sjuksköterska har återkopplat och följt upp händelser i möten med omsorgspersonal. MAS har tagit del av uppkomna avvikelser. Avvikelser eller risk för skada har analyserats avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Med en ökad personalrörlighet behöver rutiner och riktlinjer vara lättillgängliga och tydliga att följa.

Avvikelser

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

Vid en avvikelse eller risk för en avvikelse ska detta omedelbart rapporteras till tjänstgörande legitimerad personal för bedömning av åtgärder. Avvikelsen dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Medarbetare som uppmärksammat avvikelse rapporterar även avvikelserna i DP respons avvikelsesystemet.

Vid rapportering av en avvikelse skickar systemet automatiskt till verksamhetschef för HSL som utser utredare/utredarna som arbetar med händelseanalys och dokumenterar åtgärderna. Uppföljning av avvikelserna och vidtagna åtgärder sker i olika mötesforum HSL-möten, avdelningsmöten, APT. Den enskilde och anhörig informeras om händelsen och vidtagna åtgärder.

Typ av avvikelse	Antal	Genomförda förbättringar
Fall	117 (2023 142)	Teamarbete med sjuksköterska, kontaktman och rehab. Focus på förebyggande arbete, genomgång av händelse för att öka medvetenhet gällande risk för fall. Enstaka individer står för flertalet fallolyckor.
Läkemedel	81 (2023 63 st.)	Arbetsätt runt delegeringsutbildning och kunskapstest leder till medvetenhet för korrekt läkemedelshantering. Snabbare uppföljningar kring avvikelser. Säkrare digitalt avvikelse rapporteringssystem.
Trycksår	4 (2023 10st) Flertal boende kommer med trycksår)	Riskbedömning leder till snabbare åtgärder som ordination av förebyggande/behandlande åtgärder. Nya förebyggande madrasser
Information/kommunikation/samverkan	12	Brister intern och extern överrapportering mellan medarbetare. Förtydliga vad som ska rapporteras enl. S-BAR-modellen. Genomgång på avdelningsmöten, APT, planeringsdag om vad som ska rapporteras.
Medicintekniska produkter	11 Ökat antal inrapporterade avvikelser	Utbildning kring handhavande av hjälpmedel, inventering av hjälpmedel, kassering och förnyelse av hjälpmedel. Förbättra informationsöverföring.
Dokumentation	9	Inloggningsproblem i olika system, handhavandefel.
Vårdhygien	25 Ökat inrapporterade avvikelser	Brister ses i utförande av omvårdnadsinsatser, tandvård, inkontinensskydd. Genomgång av händelsen med enskild medarbetare. Utbildningar, handledning. Diskussion om avvikelserna samt åtgärder för att förhindra på olika mötesforum.
Mat och Måltid	2	Avvikelsen gås igenom med produktionsköket, kökschef, dietist, ledning på Ekgården. Avvikelserna har varit av olika karaktär från okryddad mat till fel kost.
Skydds -och begränsningsåtgärder	10	Boende har inte haft aktuell ordination på sänggrind. Behov har funnits samt varit önskat från boende. Genomgång av rutin för ordination av skydds-och begränsningsåtgärder. Ökad kunskap om nollvision och lagrum.

Analys av avvikelser:

I den äldres livskvalité och välmående har nutrition, inkontinens, munhälsa och möjliga vårdsador i form av trycksår eller fall stor betydelse.

Alla dessa riskområden påverkar varandra och behöver ligga som grund i patientsäkerhetsarbetet både som delområden men som helhet. En avvikelse gällande en boende som lämnade avdelningen där det dröjde en stund innan personal uppmärksammade har utrett som lex Sarah men snabbt insatta åtgärder för att hindra liknande händelse och den enskilde fick ingen skada hanterades avvikelsen inom äldreheten.

Antalet fallavvikelser har minskat. 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. Boendes följsamhet till ordinerande åtgärder har inte alltid varit tillfredsställande.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat från föregående år. I analysen av läkemedelsavvikelser ses bland annat att det uteblivna läkemedelsdoser sker på grund av bristande överrapportering/ kommunikation mellan under arbetspasset men också i personalskiftet. Uteblivna signeringar i digitala signeringssystemet Alpha Sign-it där boende har fått sina läkemedel men inte signerats korrekt. Det har förekommit avvikelser i läkemedelshantering som handlar personalen egna beslut att avvika från tidpunkten för administrering av läkemedel samt signera doserna efter att alla fått sina läkemedel. Det har berott på att systemet vid vissa tillfällen legat nere eller att personal inte kunnat logga in via sitt BankID. Restnoterade läkemedel har sett i högre grad under året men information till berörda i god tid har eliminerat en faktiskt brist men har gett mer arbete.

Det har under året uppmärksammats behov av att säkerställa korrekt administrering av plåster utifrån uteblivet plåsterbyte samt borttagning av gamla plåster ej skett i samband med adm av nytt plåster. Nu lägger sjuksköterska in administration samt borttagning av plåster i insatskalendern samt i Alpha Sign-it. Åtgärder som enheten arbetar med är att se över rutiner för rapportering och att tydliggöra ansvarsfördelning vid passbyten. Att ta fram checklistor och använda ett systematiskt överrapporteringssystem (S-Bar) har gjorts men behöver arbetas med löpande.

Informationsöverföring mellan omsorg och hälso- och sjukvårdspersonal är fortsatt förbättringsområde för 2024. Driftstopp har förekommit vilket försvårar dokumentation och ta del av dokumentation, rutin finns för hur vi ska dokumentera när Pulsen Combine inte fungerar.

Antalet trycksår har minskat något. Inköp av nya madrasser (förebyggande till sårgrad 2) till alla boenderum samt focus på nutrition med minskad nattfasta har gett ett positivt resultat. Antidecubitusmadrass vid behov. Individuella nutritionsbehandlingar ordinerat av dietist. Personalen arbetar aktivt med att motivera våra boende till ökad fysisk aktivitet.

De flesta trycksår har boende haft vid inflytt på korttidsplatser. Vid egenkontroll har uppmärksammats att trycksår inte alltid rapporterats i vårt avvikelssystem DF framför allt de boende som kommer med pågående trycksår vid inflyttning.

Antalet avvikelser inom medicintekniska produkter har ökat men handlar om brist på följsamhet av instruktioner, fel på antidecubitusmadrass där koppling inte fungerade optimalt vilket resulterade i en för tunn luftmadrass. Vidare ses handhavande fel gällande användning av medicintekniska hjälpmedel ex. vis golvlift samt sittkuddar som varit felvända och fel liftskynke.

Enheten har under året arbetat med kompetenshöjande insatser kring medicintekniska hjälpmedel där rehab-personalen varit ansvariga för utbildning.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Nationella register	Förbättra vården på individnivå stödja vårdpreventivt arbete. Öka kunskap hos vårdpersonalen	Förbättring har skett med ökad följsamhet till att användandet systematiskt.	Fortlöpande kompetensutbildning hos omvårdnadspersonalen Tidskrävande pga. dubbel dokumentation	Utbildning Regelbunden genomgång på teammöte	Löpande på HSL möten med genomgång i systemet samt lära tillsammans genom att registrera i kvalitetsregister tillsammans Utbilda nya BPSD adm.	Årligen	Senior alert Palliativa registret BPSD
Läkemedel	Stärka säkerhetskulturen inom läkemedelshandling	Tydliggöra hela processen kring läkemedelshandling	Kompetensutveckling Samverka med andra enheter kring löpande utbildning	Revidera lokala rutiner Utbildning	Utbildning Teammöte Satsningsområde Dokumentationsgranskning Digital utb.	Årligen	Läkemedelsgenomgång Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling Egen kontroll Avvikelsesystemet DF
Delegering	Säkerställa delegeringsprocessen	Förbättrat arbetssätt för utbildning praktisk och teoretisk är utförd.	Ta del av avvikelser för att utveckla ett lärande klimat	Delegeringsutbildning teoretisk och praktisk	Samverka med utbildningsinsats mellan SÄBO Förbättringsområden är systematisk uppföljning delegeringar	Fortlöpande	Digital delegeringstest Avvikelsesystemet DF
Journalgranskning	Korrekt journalföring	Komplex system som kräver lång introduktion och hög kompetens inte användarvänligt.	Svårighet att få överblick, aktuellt status/behandlings i journalsystemet.	Utbildning Manualer Handledning	Samverkan med systemförvaltare samt MAS och systemansvariga på Pulsen Combine. Arbetsgrupp		Pulsen Combine

Arkivering av journal inom HSL	Korrekt arkivering enl. dokumenthanteringsplan Korrekt förvaring av journal	God följsamhet	fortlöpande arbete med att säkerställa korrekt hantering Platsbrist	Utbildning Stöd	Vid varje journal som avslutas	löpande	Pulsen Combine Ordinationshandling läkemedel
---------------------------------------	--	----------------	--	------------------------	--------------------------------	---------	---

Klagomål och synpunkter

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

Under året har det inkommit 13 synpunkter, klagomål och beröm. Ärenden har hanterats av enheten själva där förbättringsförslag tagits fram i samverkan med berörd personal. En underrapportering där arbete med att öka andel inkomna synpunkter och klagomål behöver göras. Klagomål och synpunkter har handlat om bland annat felaktig användning av hjälpmedel, utförande av insats, fördröjd svarstid i trygghetslarm, kost bemötande, kläder som blivit förstörda i tvätten, brister i läkemedelshantering.

Både boende och anhöriga har lämnat klagomål om värmen i lägenheterna under värmeböljan men också kallt på rummen under vintermånaderna. Med stor ödmjukhet och på ett respektfullt sätt bemöta synpunkter och klagomål från boende, anhöriga och medarbetare är framgångsfaktor.

Det finns information på anslagstavlor i entré, anslagstavla på enheten samt kommunens hemsida om hur man lämna synpunkt, klagomål eller beröm till verksamheten. Synpunkter och klagomål diarieförs av enhetschef som utreder, analyserar och besvarar klagomålen. Alla synpunkter och klagomål förs in i DF respons. Alla synpunkter och klagomål redovisas till verksamhetschef.

Den enskilde och anhörig får återkoppling efter utredning. Personal får återkoppling vid avdelningsmöten, APT och i vissa fall individuellt mi samtal med enhetschef.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Vårdövergångar	Individen i centrum och trygg och säker vårdövergång	Ökad medvetenhet om riskerna	Genom ökar riskmedvetenhet förekomma problem vid övergång	Arbeta med checklista Arbetar med inflytt-utflytt processen	God följsamhet användande av checklista vid vårdövergång med förbättrad rapportering Rapporterat externa avvikelser	Vid varje in-och utflytt	Avvikelse system DF
Dokumentations-systemet Journal Pulsen Combine	Säkerställ dokumentation Följa boendes hälso-problem Rätt ICF/KVÄ	Är ett komplext journalsystem. Arbete med insatskalender har ökat patientsäkerheten Ej användarvänligt.	Arbete med insatskalender har ökat patientsäkerheten då ordinerade omvårdnadsåtgärder kan följas av alla ssk. Arbete med checklistor	Utbildning Lärande verksamhet där vi lär tillsammans Manualer Stöd från systemförvaltare och enhetschef	Löpande på HSL möte I dialog med HSL personal I samverkan med Systemförvaltar-systemägare Pulsen Combine Arbetsgrupp	Fortlöpande	Pulsen Combine Alpha Sign-it Avvikelse system DF
Värmebölja	Förebygg och hantera effekten av ökad temperatur	Beredskapsplan Mobil AC i flera lägenheter Använda matsalen som har inbyggd AV för att skapa svalt rum	Utbildning inför värmebölja och säkerställa att det finns solskydd på de utsatta ytorna utomhus	Information om identifierade risker Förebyggande arbete	APT Skriftlig information till medarbetare och boende/anhöriga	Årligen	Folkhälsomyndigheten

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Målsättning 2024	Tillvägagångssätt	Åtgärder 2024–2025
BPSD-utbildning för sjuksköterskor samt minst 2 medarbetare	Utbildning planeras till 2024 Stort behov av nya administratörer.	Planera in i kompetensförsörjningsplanen nya medarbetare för 2025
Tydlig uppdelning av händelseutredning vid avvikelser	SSK ansvarar för att följa upp samtliga avvikelser kopplade till HSL inom området fall samt läkemedel. Behov av täta uppföljningar.	Uppföljning på HSL möten Egenkontroll avvikelssystemet DF Proaktivt arbete ssk följer upp Utbildning
Minska avvikelser gällande utebliven läkemedelsdos	Förtydliga arbetsgången som ska följas vid läkemedlesadm. Använda befintligt egenkontrollsystem (Alpha sign-it) där man i realtid ser osignerade läkemedelsdoser.	Uppföljning på HSL möten Statistik Egenkontroll avvikelssystem DF
Fokus på att förbättra vårt arbete inom palliativ vård Arbeta efter nationellt vårdprogram	Upplagd hög kompetens dock finns områden som vi behöver utveckla Teamträff för palliativa ombud inom enheten.	Utvecklingsdagar för alla medarbetare kring 4 hörnstenar Utbilda fler palliativa ombud årligen Undersöker möjlighet att få en egen utbildning för Ekerö kommuns medarbetare Palliativa registret
Förbättra kost och måltidssituationen för alla boende	Fokus har legat på området, riskbedömning nutrition, ordinerad nutritionsbehandling från dietist. Arbete med att ta fram vårdplan/hälsoärende har gjorts Fortsatt arbete måltidssituationer och måltidsmiljö och ökat inflytande från boende gällande måltider. Ett tätt samarbete med tillagningskök.	Utföra Måltidsobservationer Teammöten med nutritionsteamet. Kvalitetssäkrad nutritionsbehandling Senior alert Egenkontroll journalgranskning
Kvalitets säkrad inkontinensvård	Utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor Utbilda inkontinensombud	Alla boende ska ha riskbedömts blås dysfunktion Individuell ordination inkontinenshjälpmedel Senior alert Journalgranskning
Säkerställa insatta omvårdnadsåtgärder utförs av omsorgspersonalen. Dokumentation i insatskalender digital journal i app med säker inloggning där ssk kan ordinaera	Arbete har startats i sjuksköterskegruppen med införande av ordinerade omvårdnadsåtgärder som såromläggning ordinerar i insatskalender. Utbildning för omsorgspersonal	Fortsatt arbete med att ordinera fler omvårdnadsåtgärder som vändschema, lägesändring, munvård vid palliativ vård. Test på en avdelning.
Kvalitetssäkra rapportering mellan omsorgspersonal	Läsbehörighet för omsorgspersonal i Pulsen Combine finns dock svårt att få en helhetsbild över boendes hälsotillstånd. Komplex system.	Ta fram checklistor för korrekt rapportering för omsorgspersonalen Utbildning Lära av avvikelser S-BAR