

Patientsäkerhetsberättelse

för

Axgårdens vård- och omsorgsboende

År 2022



Datum 2023-02-22

Ansvarig för innehållet: Marie Bergström, Verksamhetschef enligt
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Inledning

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 vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Intern samverkan	7
Extern samverkan	8
Informationssäkerhet	8
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Kvalitetsregisterarbete	14
Palliativregistret	14
Senior Alert	15
Dokumentationsgranskning	15
Avvikelse	16
Analys:	16
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17

SAMMANFATTNING

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

Enheten har fortlöpande arbetat med basal hygien för att förhindra spridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Under 2022 har fokus fortsatt legat på att följa upp och upprätthålla det förebyggande arbetet med anledning av pandemin. Vaccinationer har genomförts i samverkan med familjeläkarna.

Under året har tätare egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och punktprevalensmätningar genomförts och utifrån resultatet har vi haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna.

Infektionsregistrering har följts varje månad. Kohortvård har tillämpats vid misstänkt eller bekräftad smitta.

Andra viktiga åtgärder för att öka patientsäkerheten har varit fortsatt arbete med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetssätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras. Under året har individuella riskbedömningar genomförts i mycket hög grad.

Verksamheten är Silviacertifierad och har arbetat med att fördjupa kunskaper i vården av boende med kognitiva sjukdomar. Flertalet av medarbetarna har fått utbildning/handledning i att använda BPSD-instrumentet.

Andelen uppkomna trycksår under året är lägre än 1 % vilket indikerar att verksamheten har ett bra trycksårsförbyggande arbetssätt.

Inträffade avvikelser har sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder. Verksamheten behöver fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

Framåtblick 2023

Verksamheten kommer fortsätta arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler samt riktlinjer och rutiner från region Stockholm och ansvarig läkarverksamhet utifrån pandemin och övrig smittsamhet.

Vi kommer också fortsatt arbeta vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på dokumentation, analys, åtgärder och uppföljning.

Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen. Planen är att utbilda en sjuksköterska till SNUD- speciellt nutritionsansvar.

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och lågaffektivt bemötande under 2023

Verksamheten ska i samverkan med läkarorganisationen arbeta för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slutskede

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för att nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid”;

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier

Enheten har som övergripande mål att erbjuda vårdragarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdragarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.



Strategier för att nå en patientsäker vård:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshanteringen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdsador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentation är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller.

Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2022

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.

4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 4.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
5. Minst 50 procent av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerad åtgärd
6. BPSD-skattning ska göras för alla boende med demensdiagnos

Organisation och ansvar

Stadsdelsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet

Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner

Baspersonal ska medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker och negativa händelser. De har skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, regler och rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov.

Vid två rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska.

Rehabiliteringspersonal deltar vardagar. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa

möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten och förebyggande åtgärder planeras. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har HSL möten där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling. Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Extern samverkan

Verksamheten har en samverksansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I regelbundna samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Verksamheten har genom avtal tillgång till och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.

Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

Informationssäkerhet

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter till system med vårdinformation.

I samband med anställning skriver samtliga medarbetare på en sekretessförbindelse och informeras muntligt och skriftligt om kravet på sekretess samt att regelbundna kontroller gör genom loggning av åtkomst.

Egenkontroll av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring sker enligt fastställt årshjul och omfattar att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen, att genomförda riskbedömningar dokumenterats samt att förebyggande åtgärder har dokumenterats vid bedömda risker

En god säkerhetskultur

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i Vodok.

Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen.



Klagomål som inkommer via inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS. Övriga klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten tas omhand av verksamhetschef som utreder, analyserar och fattar beslut om åtgärder.

Återkoppling om beslutade åtgärder till den som lämnat in klagomålet/synpunkten ges snarast möjligt. För gemensamt lärande ges återkoppling till personal sker på personalmöten.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Vi arbetar under året enligt den utbildningsplan som finns formulerad utifrån de mål och utvecklingsområden som styr vår verksamhet.



Det finns en utarbetad rutin för introduktion för nya medarbetare. Vi har utbildade reflektionsledare som har regelbundna reflektionsmöten med personalgrupper.

Vi arbetar både med interna som externa utbildningar. Under 2022 har vi haft utbildningar i lågaffektivt bemötande, fördjupning kognitiva sjukdomar och BPSD instrumentet, nära samtliga sjuksköterskor och chefer har fått utbildning i en beslutsstödsmodell – VISAM.

En utmaning är att rekrytera sjuksköterskor eftersom konkurrensen är hög. En annan utmaning är språknivån. Den kan vara ett hinder för kompetensutvecklingen. Vi har under 2022 satsat på språkutveckling för flera grupper.

Patienten som medskapare

Inom två veckor efter att patienten flyttat in hålls ett ankomstsamtal med sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman. Vid mötet ges bland annat information om hur synpunkter och klagomål rörande brister i verksamheten lämnas och en informationsbroschyr om verksamheten lämnas. Patient/närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och uppföljningar då risker för den enskilda individen diskuteras.



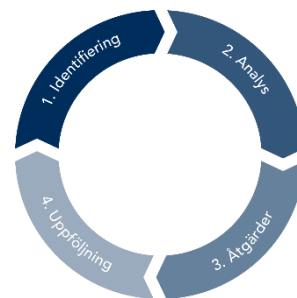
Den årliga brukarenkätens och individuppföljningens resultat finns med som grund i förbättringsarbetet likväl som inkomna synpunkter och klagomål.

Under året har vi inte haft några större fysiska möten med anhöriga på grund av att vi varit restriktiva med att samla större grupper med anledning av pandemin.. De har oftast informerats om sina närstående via telefonsamtal och mejl och det har funnits lokala rutiner för att genomföra besök enskilt eller i mindre grupp på ett smittsäkert sätt med skyddsutrustning.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Socialstyrelsen har tagit fram fem nationella fokusområden för en säker vård och att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. De fem fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

De egenkontroller som verksamheten genomfört under 2022 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none"> • Fall • Undernäring • Trycksår • Inkontinens • Munhälsobedömning 	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Mätning av andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gånger i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	10 gånger per år	Vårdhygiens blanketter Självsättning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Hygienrund	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer

Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gång per år	Svenska Palliativregistret
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering	1 gång per månaden 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Protokoll från egenkontroll Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. I Vodok Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Under året har ingen händelse som medfört en vårdskada utretts i verksamheten.

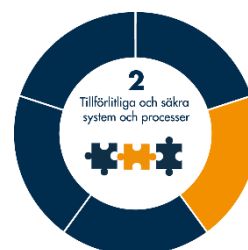


Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och egenkontroller genomförs enligt fastställt årshjul. För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts enligt riktlinjer med validerade bedömningsinstrument. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

Enheten har strukturerade tvärprofessionella teammöten runt patienterna där bedömning av den enskildes risker och behov görs och insatser planeras.

HSL- möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården. Under pandemin har rekommendationer och riktlinjer reviderats och nya har tillkommit kontinuerligt. Vårt fokus har fortsatt varit att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet.



Utifrån identifierade risker har enhetens utarbetade handlingsplaner med åtgärder använts i det förebyggande arbetet med att begränsa smitta och smittspridning. All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Som komplement till Webbutbildning har praktisk utbildning och handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts av hygienombud.

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalensmätningar av hygienombud vid 10 tillfällen under året.

Vi har följt utarbetade rutiner för kontinuerligt inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning. Rutin för utökad städning och för desinfektion i lokaler och boendes lägenheter har följts under året. Vi har följt de upprättade rutinerna för säkra besök.

I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

För den palliativa vården i livets slutskede följs rutiner som ska säkra ett gott omhändertagande. Verksamheten registrerar i Svenska palliativregistret och följer upp resultaten för förbättringsarbete.

Som ett led i att förbättra det förebyggande arbetet med nutrition har fortsatt arbete med nutritionsvårdsprocessen enligt upprättade rutiner skett i samarbete med dietist.

Sjuksköterskor har erhållit dokumentationsstöd och handledning för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt en utbildning i beslutsstödet-ViSam som ett verktyg för bedömning av försämrat hälsotillstånd och strukturerad informationsöverföring.

Vi har påbörjat arbetet med att förbättra avvikelshantering genom att dels belysa vikten av att rapportera utreda och analysera avvikelser på APT och personalmöten. Vi ska också inrätta ett kvalitetsråd för analys av förekommande avvikelser.

Säker vård här och nu

Riskhantering

Verksamhetschefen ansvarar för att riskanalyser genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna klagomål och synpunkter från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras och används i förbättringsarbetet.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

Med anledning av pandemin och risk för smittspridning av covid-19 har verksamheten fortlöpande genomfört riskanalyser.



Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter, insamling av statistik och resultat från egenkontroller är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården



Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2022

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.	1.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 10 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 100 procent	Godkänt resultat
	1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.	1.2. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
	1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.	1.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	1) Andel aktuella riskbedömningar för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 100 procent Undernäring uppgår till 98 procent Trycksår uppgår till 98 procent Andel patienter med risk för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 74 procent Undernäring uppgår till 56 procent Trycksår uppgår till 27 procent 	Godkänt resultat
3. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen	3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 70 procent Undernäring till 69 procent Trycksår till 77 procent 	Ej godkänt resultat

<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärd ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG</p>	<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärd registrerar och beräknar planeringsansvarig sjuksköterska:</p> <p>4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 nattfasta i tre dygn 4.3 dagligt energibehov 4.4 munstatus enligt ROAG för minst 90 procent av patienterna.</p>	<p>4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattar:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 20 procent bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 20 procent beräkning av dagligt energibehov uppgår till 20 procent bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 98 procent 	<p>Inte godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
<p>5. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 50 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas</p>	<p>All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.</p>	<p>Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat</p>	<p>Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till 38 procent</p>	<p>Ej godkänt resultat</p>
<p>6. BPSD- skattning ska göras för alla boende med en demensdiagnos</p>	<p>För samtliga patienter med demensdiagnos gör teamet en BPSD-skattning och registrerar i BPSD registret</p>	<p>Granskning av andelen genomförda registrerade skattningar i BPSD registret</p>	<p>Andel registrerade BPSD skattningar uppgår till 70 procent</p>	<p>Godkänt resultat</p>

Kvalitetsregisterarbete

Palliativregistret

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måttal som Socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	77,8
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	83,3
Ord. inj ångstdämpande vid behov	98,0	77,8
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	77,8
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	77,8

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	77,8
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	94,4

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som skall användas för att identifiera och registrera risker och orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade förebyggande åtgärder, samt struktur för uppföljning och utvärdering.

Resultat 2022

Riskbedömningar registrerade i kvalitetsregistret Senior Alert				Målvärden
Unika personer	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	
7	100%	83%	68%	75 - 100 %
				25 - 74 %
				0 - 24 %

Dokumentationsgranskning

Journalgranskning som genomförts visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning. Resultatet av verksamhetens egenkontroller visar både styrkor såsom t.ex. dokumentationen av aktuella bedömningsinstrument, mätvärden, ADL-bedömningar och bedömning av gång- och förflyttningsförmåga men också förbättringsområden som t.ex. åtgärder och uppföljning i hälsoplan. Det har dock skett en utveckling mellan egenkontrollstillfällena.

Samlad analys av genomförda egenkontroller

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 inte har uppnåtts till fullo.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg. Andelen vårdtagare med en aktuell ADL bedömning (aktiviteter i dagligt liv) uppgår till 85 %

Andelen uppkomna trycksår under året är lägre än 1 % vilket indikerar att verksamheten har ett bra trycksårsförbyggande arbetssätt.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög och verksamheten arbetar vidare med täta och regelbundna egenkontroller för att fortsatt upprätthålla en god vårdhygienisk standard.

Extern granskning och egenkontroll av läkemedelshanteringen har skett med överlag gott resultat.

Antalet inrapporterade avvikelser med dokumenterad analys/utredning ligger fortsatt på låg nivå liksom föregående år. Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att rapportera samt utreda och analysera bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller ställda kvar. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde liksom att göra en dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring.

Verksamheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert samt BPSD registret. Verksamheten kommer att fortsätta utveckla arbetet med att använda kvalitetsregistren som ett stöd för förebyggande arbetssätt och evidensbaserade åtgärder

Resultaten av registreringar i palliativa registret tydliggör att det finns områden som ytterligare kan utvecklas.

Avvikelser

Under året har totalt 52(82) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell: Inom parentes föregående års siffror

Typ av avvikelse	Antal
Fall , varav	49
• fraktur	2
Läkemedel , varav	3
• Utebliven dos	3

Analys:

Antalet avvikelser har minskat något från föregående år vilket kan indikera att avvikelserrapporteringen behöver förbättras.

Efter analys om orsaker till fall och insatta åtgärder minskar fallen för enskilda individer. De fallförebyggande åtgärderna utgår från resultatet av den individuella riskbedömningen. Förebyggande åtgärder består ofta av flera olika åtgärder. Översyn av läkemedel, miljöanpassning, hjälpmedelsförskrivning är exempel på vidtagna åtgärder. Få fall leder till fraktur. Vid analys kan man se att fallen oftast inträffar i början av vårdtiden. Fallen sker framför allt i samband med att boende förflyttar sig själv. Vi kommer fortsatt arbeta med att minska antalet fall i samverkan med läkarorganisationen.

Det låga antalet rapporterade läkemedelsavvikelser indikerar en underrapportering. Det gör att mönster eller trender som kan indikera brister i verksamheten inte kan ses. Vi har påbörjat arbetet med att förbättra avvikelshanteringens genom att dels belysa vikten av att rapportera utreda och analysera avvikelser på APT och personalmöten

Klagomål och synpunkter

Under året har inget klagomål via IVO eller patientnämnden inkommit

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kontinuerliga riskanalyser är en viktig förutsättning för att ha en beredskap och kunna göra nödvändiga förändringar/förbättringar i verksamheten utifrån det aktuella läget.

Verksamhetens riskhantering sker genom analys och åtgärder på individnivå och på verksamhetsnivå i samband med riskbedömningar, avvikelshantering och egenkontroller.



Resultatet av genomförda egenkontroller visar att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög. Täta egenkontroller, riktade insatser utifrån resultatet, samt att hitta olika informationsvägar för att nå samtliga medarbetare är viktiga faktorer till följsamhet.

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett fortsatt förbättringsområde.

I det fortsatta arbetet med att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller patienter som är undernärda behöver verksamheten förbättra sitt arbete bland annat genom att implementera lokala regler och rutiner för nutritionsvårdsprocessen vilket kommer ske i samverkan med dietist. Planen är att utbilda en sjuksköterska till SNUD- sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar.

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och lågaffektivt bemötande under 2023.

Arbete för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livet slutskede är ett prioriterat område under 2023 och ska ske i samverkan med ansvarig läkarorganisation.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Kommande utmaningar och mål utan inbördes prioriteringsordning utifrån analys av året som gått.

Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2023

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:

- 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
- 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
- 4.3. beräkning av dagligt energibehov
- 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG

5. Rapporterade avvikelser som har en dokumenterad utredning med analys, åtgärder och slutlig bedömning ska öka.

6. BPSD-skattning ska genomföras för samtliga boende med en demensdiagnos

7. Följsamhet till de av socialstyrelsen fastställda kvalitetsindikatorer och måttal för en god palliativ vård i livets slutskede