

Patientsäkerhetsberättelse

för

Älvsjö servicehus

År 2022



Datum 2023-02-23

Ansvarig för innehållet: Charlotte Backteman, 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	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	12
Riskhantering	12
Stärka analys, lärande och utveckling	13
Kvalitetsregisterarbete	14
Palliativregistret	14
Senior Alert	14
Dokumentationsgranskning	15
Samlad analys av genomförda egenkontroller	15
Avvikelser	16
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17

SAMMANFATTNING

Mål 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. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 3.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
(Revised Oral Assessment Guide)

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Årets viktigaste åtgärder har varit att förhindra/förebygga smittspridning av covid-19. Att säkerställa att alla medarbetare har haft kompetens genom egenkontroller och PPM-mätningar. Vaccinationer har genomförts i samverkan med familjeläkarna. Fokus under året har varit på att utveckla dokumentationen men även att arbeta med nutritionsprocessen och den palliativa vården.

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Ingen spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner
Mycket goda resultat vad gäller dokumentationen där 100 procent av granskade journaler har fullständiga hälsoplaner. Nutritionsvårdsprocessens alla delar finns dokumenterade och uppföljning sker.

Framåtblick 2023

Verksamheten kommer att fortsätta arbeta för att bibehålla resultat där alla har en fullständig hälsoplan och där nutritionsvårdsprocessen är korrekt dokumenterad.

Den palliativa vården ska utvecklas genom att utveckla arbetet med tidiga tecken på att döden närmar och framtidssamtal. Reflektion i samband med dödsfall.

Beslutstödet ViSam ska implementeras och användas av sjuksköterskorna för att säkerställa rätt vårdnivå vid försämrat hälsotillstånd hos en patient och informationsöverföringen till annan vårdgivare

Loggkontroller ska utföras både i Vodok och NPÖ.

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 vårdtagarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna 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 vårdskador.
- 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. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:

3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn

- 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
- 3.3. beräkning av dagligt energibehov
- 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG

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

Verksamhetschef och MAS samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten. Verksamhetschef, MAS och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samverkar också regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

Tvärprofessionella teammöten hålls varje vecka med legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast), kontaktperson samt biträdande chef. Vid dessa möten tas risker upp som identifierats hos patienten och vårdplanering sker för att förebygga vårdskada. Verksamheten samverkar med intilliggande vård- och omsorgsboende om sjuksköterskeinsatser jourtid. Legitimerad personal på servicehuset och på vård- och omsorgsboendet har gemensamma möten med verksamhetschef ca två gånger per månad.

Extern samverkan

Samverkan sker med Familjeläkarna Saltsjöbaden som enligt avtal ansvarar för den medicinska vården. Patientansvarig läkare besöker verksamheten en gång per vecka, och finns tillgänglig på telefon två dagar per vecka. Övrig tid nås namngiven jourläkare med inställetid på 2 timmar om behov finns. Samverkansmöte sker årligen.

Samverkan med utförare av uppsökande verksamhet för munhälsobedömningar sker samt för nödvändig tandvård. Årlig munhälsoutbildning erbjuds all baspersonal.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar vid behov med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm enligt avtal. Under pandemin har verksamheten även samverkat med Smittskydd Stockholm samt SLSO smittspårningsteam enligt rutin.

Apotekare/farmaceut från Apoteket gör en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen en gång per år enligt avtal och möjlighet till ytterligare samverkan finns vid behov.

Informationssäkerhet

I samband med anställning skriver samtlig legitimerad personal på en sekretessförbindelse.

Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Chef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter. Endast behörig personal har tillgång till journalsystemet. Vid avslut av tjänst ska behörigheter i dokumentationssystem avslutas liksom i NPÖ för verksamheten.

Patient som flyttar in tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring andra vårdgivare och till närstående samt registrering i kvalitetsregister. Samtycke kan alltid återkallas.

Intern granskning av omvårdnadsjournalerna sker enligt rutin två gånger varje år. Detta arbete följs av analys och handlingsplan som följs upp.

Verksamheten har under året inte utfört loggkontroller i Vodok eller NPÖ och är ett område som ska utvecklas

En god säkerhetskultur

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser. Baspersonal rapporterar avvikelse 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 chef och MAS. Omedelbara åtgärder sätts in och analys påbörjas.

Inkomna synpunkter och klagomål registreras och diarieförs och är en del av verksamhetens avvikelshantering och ses som en viktig del i förbättringsarbetet.

Inkomna synpunkter och klagomål besvaras snarast genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet inkommit och kommer att utredas. Enhetschef ansvarar för



utredningen som görs skyndsamt. Utredning sker tillsammans med biträdande chef, berörd personal samt vid behov MAS. Om inte annan återkoppling (till exempel muntlig) önskats får den enskilde sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som sedan diarieförs.

Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med MAS.

Samtliga avvikelser samt inkomna klagomål och synpunkter går igenom månadsvis i verksamhetens kvalitetsråd där hela verksamhetens tvärprofessionella team är samlat och analyseras med fokus på om händelsen skulle kunna medfört vårdskada eller inte. Behovet av åtgärder på individnivå och enhetsnivå, för att minska risken för att händelsen sker igen, ses över.

Beslutade åtgärder på individnivå dokumenteras i patientjournalen. Återkoppling till övrig personal sker på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar av kvalitetsombud, sjuksköterska och/eller ansvarig chef.

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.



Alla som anställts under 2022 har en adekvat utbildning. Det har genomförts utbildningar vad gäller förflyttnings och lyftteknik, mat och måltider samt basal hygien för såväl vikarier som ordinarie personal. Hygienombud finns utsedda. De handleds av hygienansvarig sjuksköterska. Samtliga medarbetare erbjöds under våren munvårdsutbildning utbildning som syftar till att öka kunskap om munvård och ge stöd i det nutritionsfrämjande arbetet.

Sjuksköterskorna har genomgått utbildning i klinisk bedömning och beslutsstödet ViSam. Detta för att säkerställa informationsöverföringen mellan vårdgivare och att patienten får vård på rätt vårdnivå i händelse av försämrat hälsotillstånd.

För att höja kompetensen erbjuds alla undersköterskor att gå utbildningarna usk 3 och 4 varje termin. Dessa kompetenshöjande utbildningar fokuserar på gerontologi, kost och munhälsa. Vårdbiträden ges möjlighet till undersköterskeutbildning och undersköterskor kan utbilda sig till specialistundersköterskor.

Olika digitala och kortare utbildningar som värdegrund, kost och palliativa utbildningar erbjuds regelbundet. Vi arbetar ständigt med förbättringsarbete för att fortsätta hålla en hög kvalitet.

Patienten som medskapare

Patienten och närstående görs delaktig i utformningen av vården. Vid inflyttning möts all spetskompetens, patienten och ofta närstående för att delge information och önskemål vad gäller omvårdnad och hälso-och sjukvårds information. Verksamhetens uppdrag är att utföra patientens önskemål på allra bästa sätt.



Boenderåd har genomförts under året

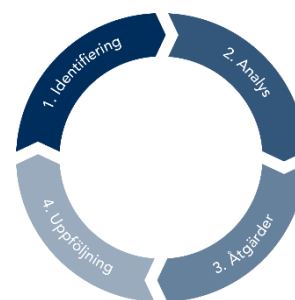
Patientperspektivet finns med i allt som utförs och vid synpunkter och klagomål är målet att patienten inte ska utsättas för negativ händelse igen. Patienten har huvudrollen i sitt liv.

Brukarundersökningar och individuppföljningar renderar i en handlingsplan som arbetas med i verksamheten. Att både verksamheten arbetar med att möjliggöra ökad personcentrering och att varje individ ska uppleva självbestämmande och valfrihet är en självklarhet.

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 genomförts 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 • Ohälsa i munnen 	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Mätning av andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer

Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	Vårdhygiens blanketter Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Hygienrond	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet Genomgång på enhetens kvalitetsråd
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 gånger 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

På verksamhetens kvalitetsråd sker en övergripande analys av de händelser som medfört eller skulle kunnat medföra vårdskada. Analys sker för att finna bakomliggande orsaker och åtgärder för att förebygga/förhindra återupprepning.

Ingen händelse som lett till vårdskada har utretts under året.



Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Samtliga avvikelser går igenom i verksamhetens kvalitetsråd och analyseras med fokus på om händelsen medfört eller skulle kunna medfört vårdskada eller inte. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienten ger underlag för åtgärder och olika insatser.



Egenkontroller sker enligt årshjul för Hälso- och sjukvården och beslutad

Rutin. Kompetensutveckling har skett utifrån verksamhetens mål och identifierade behov.

Arbetet med att förebygga, förhindra och minska spridning av smitta av framför allt covid-19 har varit centralt på enheten. Arbetet med att säkerställa att alla medarbetare följer Vårdhygiens riktlinjer vad gäller skyddsutrustning och kohortvård har skett dagligen.

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts regelbundet. PPM mätningar har utförts, analyserats och handlingsplan upprättats som följts upp. Infektionsregistreringar följs upp.

Egenkontroller har genomförts vad gäller följsamhet till riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering och delegeringsförfarandet 2 gånger per år. Egenkontrollerna har haft goda resultat. Handlingsplan har upprättats för det som behöver åtgärdas och har följts upp. Den dokumenterade uppföljningen av delegeringsbeslut efter en månad är exempel på förbättringsarbete som pågått.

Dokumentationsgranskning av omvårdnadsjournalen har skett enligt årshjul genom egenkontroller 2 gånger under året. Handlingsplan har upprättats och arbetet med att förbättra brister utförs. Det är dock ett tidskrävande och inte helt lätt system som tar stor del av sjuksköterskans arbetstid i anspråk.

Arbetet med den palliativa vården i livets slut analyseras med hjälp av Svenska palliativregistrets resultat med regelbundenhet.

Planeringsansvarig hälso- och sjukvårdspersonal har utfört riskbedömningar för fall undernäring, nutrition och munhälsa. Hälsoplaner har upprättats efter analys, åtgärder satts in och följts upp i teamet.

Säker vård här och nu

Riskhantering

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. En risk och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar.



Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Inkomna synpunkter och klagomål från patienter/närstående och protokoll från

teammöten analyseras och sammanställs. Inkomna synpunkter och klagomål från Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktperson, 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.

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 2 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 75 procent	Inte 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 98 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 95 procent Undernäring uppgår till 47 procent Trycksår uppgår till 19 procent 	Godkänt resultat

<p>3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 3.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 3.3 beräkning av dagligt energibehov 3.4 munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG</p>	<p>3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig sjuksköterska:</p> <p>3.1 mat- och vätskeintag i tre dygn 3.2 nattfasta i tre dygn 3.3 dagligt energibehov 3.4 munstatus enligt ROAG för minst 90 procent av patienterna.</p>	<p>3. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattar:</p> <p>3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 3.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 3.3 beräkning av dagligt energibehov 3.4 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>3. 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 100 procent bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 100 procent beräkning av dagligt energibehov uppgår till 100 procent bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 98 procent 	<p>Godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

Kvalitetsregisterarbete

Palliativregistret

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

Resultat 2022.

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	50,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	50,0
Smärtkattats sista levnadsveckan	100,0	50,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	100,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	100,0

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			
Unika personer	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
22	74%	77%	32%

Målvärden
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. Dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring återfinns i samtliga granskade journaler och dokumentationen av hälsoplaner har utvecklats under året.

Funktionstillståndet beskrivs bättre men vid egenkontroll av nutritionsvårdsprocessen ses att tillräcklig information som sväljförmåga, aptit, syn och hörsel för ofta saknas i patientjournalen. Funktionstillståndet uppdateras inte i tillräcklig omfattning liksom att patientens egna önskemål behöver framgå i större omfattning.

Samlad analys av genomförda egenkontroller

Flertalet att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 har uppnåtts.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den förbättrats men fortsatt behöver utvecklas för att helt uppfylla kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Verksamheten har en dokumentationshandledare utsedd. Hälso- och sjukvårdspersonalen har fått individuell utbildning av verksamhetscontroller/processledare

Ett flertal utbildningar med kompetenshöjande syfte och där dokumentationshandledaren har vidarefört kunskap till kollegor har genomförts

Andelen utförda riskbedömningar för fall, undernäring, ROAG och trycksår är mycket hög och når uppsatta mål. Andelen patienter med aktuell ADL bedömning är 75 % och har ökat.

Arbetet med nutritionsvårdsprocessen har utvecklats i rätt riktning och alla som är identifierade med undernäring eller risk för undernäring är utredda och har en plan med åtgärder som följs upp regelbundet. Åtgärder vid nattfasta finns dokumenterad.

Hälsoplanerna som upprättas när risk föreligger är fullständiga och uppfyller de krav som ställs. Dokumentationssystemet är tidskrävande och det tar tid att lära sig det. Det är svårt för vikarier som inte är utbildade i verktyget att använda det. Sjuksköterskorna har under året utvecklat sin förståelse för systemet och det syns i de väl upprättade planerna och i hur nutritionsvårdsprocessen är dokumenterad.

Egenkontroller som genomförts vad gäller läkemedelshantering och delegeringsförfarandet har haft goda resultat. Enheten arbetar vidare med den dokumenterade uppföljningen av delegeringsbeslut.

Enheten har en utsedd hygienansvarig sjuksköterska som strukturerat arbetar med uppföljning av basal hygien. Resultatet från de observationer som gjorts visar på en hög följsamhet till rutinen men fortsatt måste tid läggas på att utbilda medarbetarna framför allt i när händerna ska spritas. Personalen brister i momentet att händerna ska spritas innan handskar tas på. Vid punktprevalensmätningen som gjordes hösten 2022 var följsamheten 100 procent.

Utförda riskbedömningar som dokumenteras i patientjournalen ska även registreras i Senior Alert om patienten samtycker. Kvalitetsregistret Senior Alert är ett verktyg i arbetet med vårdprevention. Arbetssättet behöver fortsatt utvecklas.

Alla dödsfall på enheten ska registreras i Svenska Palliativregistret. Statistiken för 2022 baseras på ett fåtal väntade dödsfall. Ordinationer på smärtlindrande läkemedel finns men att utföra smärtskattningar med validerade smärtskattingsinstrument och framförallt dokumentera utförda smärtskattningar är ett förbättringsområde. Munhälsan undersöks och dokumenteras och ingen på enheten har avlidit ensam. Förbättringar måste till vad gäller brytpunktssamtal och ordination på ångstdämpande läkemedel.

Avvikelser

Syftet med att rapportera och utreda avvikelser är att identifiera brister i verksamheten och vidta åtgärder så att de inte inträffar igen. Det är därför viktigt för patientsäkerhetsarbete att alla avvikelser rapporteras

Under 2022 har totalt 233 (87) avvikelser registrerats/rapporterats enligt följande tabell. Siffrorna i parentes visar föregående års resultat.

Typ av avvikelse	Antal
Fall	63
varav med fraktur som följd	4
Läkemedel	164
• Signering saknas för administrerat läkemedel	126
• Utebliven dos	27
• Fel iordningställt läkemedel	3
• Dubbel dos	1
• Felaktigt administrerat läkemedel/fel dos	2
• Förväxling av tidpunkt	1
• Övrigt/annat	4
Specifik omvårdnad	5
• trycksårsprofylax	3
• Felaktigt utförd åtgärd	1

• Utebliven åtgärd	1
Vårdkedjan	1
• Utebliven information	1

Analys.

Antalet registrerade avvikelser har ökat. En orsak kan vara att arbetet med att utveckla avvikelshanteringens innebär att säkerhetskulturen utvecklats och medfört att inrapporteringen har ökat.

Antalet läkemedelsavvikelser som finns rapporterade är högre än tidigare och rör framför allt signeringar av givna läkemedel. Trots att utredning visar att det inte inneburit konsekvenser för patienten så är signeringen viktig och ett krav. Analys visar att en trolig orsak är att personalen har bråttom och helt enkelt glömmer bort den viktiga signaturen. Avvikelser som rör utebliven dos har ökat men ligger fortsatt på en låg nivå i förhållande till de stora antalen doser som administreras. Verksamheten arbetar kontinuerligt med att se över och tydliggöra ansvarsfördelningen och följa upp delegeringsbeslut för att säkerställa patientsäkra delegeringar.

Antalet inrapporterade fallincidenter har ökat under året. Riskbedömningar görs i team och åtgärder för att förebygga och minska risken för fall och fallskador sätts in. De flesta fall sker vid egen förflyttning.

Klagomål och synpunkter

Inga klagomål som rör hälso-och sjukvård har inkommit under året.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vården behöver planera för en hälso-och sjukvården som flexibelt kan anpassat till olika förhållanden men med bibehållen kvalitet och funktion.

It-avbrott, strömavbrott och smitta kan påverka negativt och vi behöver ha rutiner och åtgärdsplaner i beredskap. Utifrån utförda risk och sårbarhetsanalyser har enheten under året arbetat med kontinuitetsplanering

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering.

Utvecklingen har tydligt gått framåt vad gäller dokumentation och upprättade hälsoplaner och dokumentationen av nutritionsvårdsprocessen, men behöver fortsatt utvecklas för att helt uppfylla kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen kommer genomföras tätare enligt beslutat årshjul för egenkontroller 2023.

Erfarenheterna från registreringar i Svenska palliativregistret ska tas tillvara i förbättringsarbete.



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. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 3.3. beräkning av dagligt energibehov
 - 3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
4. Följsamheten till de av socialstyrelsens fastställda kvalitetsindikatorer och måltal för den palliativa vården i livets slutskede.