



Humana

Patientsäkerhetsberättelse

Åsengården

2021

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	5
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	6
3.2 Övergripande mål och strategier.....	7
3.3 Organisation och ansvar	7
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador	8
3.5 Informationssäkerhet	8
3.6 En god säkerhetskultur	9
3.7 Adekvat kunskap och kompetens.....	10
3.8 Patienten som medskapare.....	11
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	12
4.3 Säker vård här och nu.....	13
4.3.1 Riskhantering.....	13
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	14
4.4.1 Avvikelse	15
4.4.2 Klagomål och synpunkter	15
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	15
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	17
6 Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	18
7 Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning	19

1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen 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.

2 Sammanfattning

Åsengården är ett litet demensboende med 29 platser som drivs av Humana Omsorg AB sedan januari 2018.

Samtliga boende skattas enligt bedömningsinstrument MNA, DFRI, Abby pain samt Nortonskala. Om det via skattningar upptäcks att boende löper risk för undernäring/är undernärd, har hög risk för fall eller har risk för trycksår, upprättas individuell omvårdnadsplan. Det förebyggande arbetet registreras även i kvalitetsregistret Senior alert och följs upp där.

Läkarsamverkan sker såsom tidigare via Örby doktorn. Utlagd läkarmottagning sker 1 gång/vecka under onsdag förmiddagen på Åsengården. Utöver detta finns telefontid med patientansvarig läkare dagtid och på jourtid kontaktas ansvarig bakjour från Örby doktorn.

Boende erbjuds en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån hur boendes munhälsa ser ut och vidtar eventuella åtgärder.

All hälso- och sjukvårdspersonal dokumenterar i kommunens journalsystem Vodok. Fall och läkemedelsavvikelser rapporteras i Humanas avvikelssystem DF respons.

Alla dödsfall registreras i Palliativa registret.

Under 2021 har fokus varit det förebyggande arbete med Covid-19. Verksamheten har fått prioritera om och utbildningar som varit planerade i årshjulet har fått skjutas på framtiden. Utbildningsinsatser har gjorts på Basala hygienrutiner, skyddsutrustning och E-learning i Basal hygien vid Covid -19. Mycket information har kommit snabbt och även ändrats på kort varsel och ett stort arbete har varit att få ut rätt information till personal och närstående. Vi kan se tillbaka på 2021 med ett gott kvalitetsarbete pandemin till trots. Vi har inte haft ett större utbrott sedan maj 2020.

Testningen av både personal och boende har skett kontinuerligt och enligt gällande rutiner. Vi finner det som en av de största åtgärderna för att ha kunna arbeta förebyggande. i

Personalen har visat på en hög profession och kunnat ställa om vid nya rutiner och riktlinjer snabbt, haft en bra kommunikation med HSL och läkare. Tekniska lösningar har möjliggjorts och Wifi är nu sedan dec 2021 installerat i hela verksamheten.

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer..



Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

Årsredovisning 2021
Kvalitetsredovisning

Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska: Charlotte Damberg

Verksamhetschef, Åsengården: Linnéa Tranvinge

Gruppledare: Angelika Finnberg

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 1 Anna Lewin. Slutade HT 2021 och ersattes av Nina Folbäck.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2 Lisbeth Elgered

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3, Lisbeth Elgered och Nina Folbäck

Arbetsterapeut: Eva Rosenlind

Fysioterapeut: Emilie Boman slutade sen VT 2021 och ersattes av Marina Stegnjajic

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar

- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

3.2 Övergripande mål och strategier

Humanas övergripande kvalitetsmål för hälso- och sjukvården är att alla kunder och klienter ska erbjudas en god och säker hälso- och sjukvård.

För att öka patientsäkerheten och nå det övergripande målet har Humana ett pågående arbete med att:

- minska antalet vårdskador
- utbilda personal i systematiskt förbättringsarbete och patientsäkerhet
- genomföra granskning av enheternas läkemedelshantering
- uppdatera och förtydliga riktlinjer inom hälso- och sjukvård
- säkerställa att egenkontroller som gäller hälso- och sjukvård utförs på enheterna

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

I oktober 2021 kunde vi ta upp vårt arbete med att stärka teamkänslan och teamarbetet och arbeta för högpresterande team. Ett arbete som drogs igång våren 2020 men som fick sättas åt sidan pga av pandemin. I oktober fick varje avdelning en endagsutbildning med fokus på "Hur man bygger ett högpresterande team". Dagarna var förlagda på Långbro vårdshus men DISC test, värderingar och feedbacks övningar. På utbildningsdagar deltog samtlig HSL personal på varje avdelnings dag.

3.3 Organisation och ansvar

Humanas organisation och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet beskrivs i Humanas årsredovisning.

[Årsredovisning 2020](#)

[Kvalitetsredovisning](#)

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

Regionchef: Karin Lagerbielke

Medicinskt ansvarig sjuksköterska: Charlotte Damberg

Verksamhetschef, Åsengården: Linnéa Tranvinge

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 1 Nina Folbäck

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 2 Lisbeth Elgered

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska vån 3, Lisbeth Elgered och Nina Folbäck

Arbetsterapeut: Eva Rosenlind

Fysioterapeut: Marina Stegnjajic

Åsengården har ett kvalitetsombud på varje avdelning samt en representant från natten. Kvalitetsombudens uppgift är att vara drivande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, hålla arbetspärmar uppdaterade, fortlöpande informera om kvalitetsrådets arbete till medarbetare, förmedla fattade beslut till alla medarbetare, närvara och delta aktivt i kvalitetsrådsmöte då man är i tjänst. Rådet består av verksamhetschef, gruppledare, samt kvalitetsombud. Kvalitetsråd hålls en gång i månaden. Kvalitetsrådet är involverad i följande;

- Avvikelser
- Risker
- Synpunkter och klagomål
- Skyddsåtgärder
- Egenkontroll
- Internkontroll
- Kommunens kvalitetsmätningar
- Socialstyrelsens kvalitetsmätningar
- Humana Omsorgs kvalitetsmätningar
- Material till patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan mellan patientansvarig läkare från Örby doktorn och sjuksköterskor på Åsengården är mycket god. Åsengården har haft samma patientansvariga läkare under ett flertal år. En god patientkänedom och kontinuitet i läkarkontakten är ett viktigt delmoment för en ökad patientsäkerhet samt boendes/anhörigas upplevelse av god vård och omsorg. Under Corona pandemin har Örby doktorn fortsatt haft ronder på plats på Åsengården och undersökt patienterna med få avvikelser.

Underlag för kontakt med läkare är tydligt beskriven i samverkansavtalet med Örby doktorn. Utlagd läkarmottagning är tid då patientansvarig läkare kommer till boendet. Detta sker 1 gång/vecka på onsdag förmiddagen. Patientansvarig sjuksköterska planerar vad som skall diskuteras och detta dokumenteras i kommunens dokumentationssystem Vodok. Alla nyinflyttade boende signerar medgivande blankett, utfärdad av Örby doktorn, som underlag att PAL kan ta med sig journalkopior till boendet.

Patientansvarig läkare kan nås måndag-fredag kl. 08 - 16. Övrig tid, exempelvis kvällar, nätter och helger nås läkare via Örby doktors bakjour.

Ibland behöver boende skickas in akut eller för planerad inläggning på sjukhus. Ambulanspersonal erhåller då transportjournal och remiss, aktuell status och aktuell läkemedelslista och anhörig kontakt.

Multiprofessionella teammöten sker en gång i månaden våningsvis där Senior Alert och BPSD följs upp. På varje avdelning finns BPSD administratörer

Joursjuksköterska organisation är Klara Kompetens som under Corona pandemin har kunnat fortsätta sitt arbete utan att det påverkat patienterna på Åsengården. Kommunikering har skett mellan Åsengården och Klara kompetens om smitta eller misstänkt smitta funnit på boendet. Klara kompetens finns tillgängliga efter kontorstid kväll, nätter och helger.

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har tidigare införts. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas

journalssystem har två-steps inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

Under Coronapandemin har en nära dialog funnit med närstående. Mer frekvent information har kommit ut i mejlform och vid brådskande har SMS använts. På så vis har vi kunnat arbeta smittförebyggande och undvikit smitta.

En Fax finns installerad på enheten för att kunna skicka information till labb. Vi tar inte emot känslig data via mejlform.

Beställning av ny boende sker via vårt journalssystem Vodok och accepteras och handläggs där. Enskild inloggning med bank ID används och Siths kort för HSL personal.

3.6 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Humana har ett koncernövergripande ledningssystem som finns tillgängligt för alla verksamheter. I ledningssystemet finns de styrdokument som verksamheten ska följa

[Parus ledningssystem](#)



HSL personal rapporterar Fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF respons. Avvikelse ID journalförs i journalssystemet Vodook. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Kvalitetsråd håll en gång i månaden med representant från varje avdelning, en representant från nattpersonalen, SSK, Rehab och Verksamhetschef. På mötet tas föregående avvikelser upp och diskuteras för lärande exempel.

Under 2021 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador som lett till en lex maria.

Multiprofessionella möten hålls en gång i månaden avdelningsvis. SSK, Rehab och kontaktman till aktuell boende närvarar. ca 1-2 boende tas upp på mötet där riskanalys, BPSD, senior alert och Palliativa registret tas upp. Även boendes genomförandeplan går igenom för eventuell revidering.

3.7 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.



På Åsengården arbetar omvårdnadspersonal

7-13:30

7-15:30

8-16:00

13:30-21

13:30 -20

20:45-07:00

21:00-07:15

Överrapporteringstid finns inplanerad i schemat och schemat ser likadant ut på alla avledningar. det finns tid för möten och överrapportering mellan varje pass. På Åsengården finns det 24 fast omvårdnadspersonal där samtliga är utbildade undersköterskor förutom två som är vårdbiträden.

2 åa sjuksköterskor finns på plats måndag- fredag 07:30- 16:15

0,75 åa arbetsterapeut finns på plats måndag- fredag

0,75 åa Sjukgymnast finns på plats måndag- fredag

SSK erbjud minst 5 utbildningsdagar om året

Omvårdnadspersonal erbjuds plugga på arbetstid till undersköterska eller specialstundersköterska. Under 2021 har en anställd vidareutbildad sig till undersköterska.

SSK har under 2021 gått utbildning/kurs i:

- sårbehandling 1 efm
- Nutritionsutbildning 1 efm
- Palliativ utbildning 2 efm
- Demensdagarna föreläsning 1 dag
- Symtomkontroll i palliativt förhållningssätt 1 dag
- PKC dagen, digital utbildning , 1 efm
- Ny SSK gick grundutbildning Silviahemmets demensutbildning 3 dgr.
- Riksforum 2 dagar
- Webinarium Fallprevention 1 fm.
- Risk och händelseanalys 2 dgr
- Teamdagar Långbro för verksamheten. deltog på varje avdelning totalt 3 dagar.

Rehab har under 2021 gått utbildning i

- Positioneringskuddar 1 efm
- Lyftselar 1 efm
- Hjälpmedelsmässan 1 dag
- Risk och händelseanalys 2 dgr
- Webinarium Fallprevention 1 fm.

- Ny sjukgymnast gick grundutbildning Silviahemmets demensutbildning 3 dgr.

3.8 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Anhörig informeras fortlöpande om den boendes hälsotillstånd och vid brytpunkter. När en ny boende flyttar in tillfrågas alltid anhörig vem som skall kontaktas i första hand vid förändringar i hälsotillståndet och om man kan ringa oavsett tid på dygnet. Detta dokumenteras på huvudbild i den boendes omvårdnadsjournal.

Vid inflytt och vid fortsatt kontakt uppmuntrar vi på Åsengården närstående till delaktighet i vården som rör boende. Boende och närstående uppmuntras att skriva levnadsberättelse.

Vid inflytt upprättas en tillfällig genomförandeplan som sedan revideras 2 veckor efter inlytt tillsammans med boende och/eller närstående. Efter ca 1 månad erbjuds vårdplanering.

Örby doktorn har varit på plats under hela året som vanligt och besökt de boende som haft behov av läkarbesök och har haft kontakt med de anhöriga som önskat läkarsamtal.

Kontaktmannen för den boende ansvarar för närstående kontakt och kommer tillsammans överens om hur den ska se ut. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att informera om den boendes hälsostatus.

Närstående och boende bjud in att vara delaktig i planeringen av aktiviteter och kost. Dessvärre har vi inte kunnat ha haft något anhörigmöte under året pga av pandemin.

4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



1.

4.1 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 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Har vården varit säker



- *Ledningen går igenom verksamheten regelbundet utifrån egen kontroll och årshjulet i PARUS*
- *Tillsammans med patienter och närstående identifieras risker i verksamheten. Tas upp på multiprofessionella möten 1 gång i månaden.*
- *Strukturerade möten där avvikelser analyseras som Kvalitetsråd 1 gång i månaden, multiprofessionellamöten 1 gång i månaden.*
- *Tillsammans med andra vårdgivare/kollegor identifieras risker i verksamheten.*

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

Fall- och läkemedelsavvikelse dokumenteras av hälso- och sjukvårdspersonal i Humanas avvikelssystem DF - respons. Vi kan se att personal är duktiga på att rapportera HSL avvikelser men inte SOL avvikelser. Under tidig vår gjordes planeringsdagar, en dag för varje avdelning där omvårdnadspersonalen fick en genomgång hur ska rapportera SOL avvikelser och vad som är en SOL avvikelse. Planen var att under HT 2020 följa upp arbetet men har blivit framskjutet på grund av pandemin. Under 2021 har vi kunnat ta upp arbetet för att stärka SOL avvikelse kunskapen. På Teamdagarna i Långbro ht 2021 utbildades samtlig personalen i högpresterande team och hur team ska arbeta med SOL avvikelser

Signeringslistor för läkemedel kontrolleras efter varje månadsslut av omvårdnadsansvarigsjuksköterska. Avsaknad av signering eller annat som avviker dokumenteras

4.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag



4.3.1 Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdsador. Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonans Analysis Method) samt inrapporterade risker i

avvikelsehanteringssystemet.

Flertal riskanalyser har gjorts iom med Covid-19:

- Bemanning och prioriteringsordning
- Säkra besök
- Besök till boendet av t.ex. munvård, fotvård och service
- Aktiviteter
- Arbetsmiljö
- in- och utflytt av nya boende

Nyinflyttade boende riskskattas inom 14 dagar enligt MNA, DFRI och Norton. De erbjuds årligen en kostnadsfri munhälsobedömning av landstinget av tandhygienist samt vid inflytt. SSK gör ROAG utifrån boendes munhälsa och vidtar eventuella åtgärder.

Vi använder oss av de fyra bedömningsinstrumenten i kommunen journal system Vodok och Senior alert.- Fall- Trycksår- Nutrition- ROAGsamt Nikola Inkontinensbedömning.

Alla boende genomgår varje år en hälsobedömning och läkemedelsgenomgång av patientansvarig läkare. Detta görs för att följa upp allmäntillstånd och välbefinnande. Patientansvarig sjuksköterska gör skattningar enligt MNA, Norton och DFRI innan. Kontroller av vitala parametrar görs också. Patientansvarig sjuksköterska utvärderar vid behovs läkemedels användning under tiden och om det visar sig att vid behovs läkemedel inte använts på länge sätts medicin ut av läkare. Provtagningar ordinerar och följs upp.

Influensavaccin erbjuds alla boende årligen som en preventiv åtgärd. Detta eftersom personer över 65 år har ökad risk för komplikationer i samband med influensa. Vaccineringen utförs av sjuksköterska. Detta får ges enligt direktiv och vid osäkerhet konsulteras patientansvarig läkare.

Alla boende och personal har erbjudits en tredjedos av Covid-vaccin.

Risk- och händelseanalyser har gjorts i tvärprofessionella arbetsgrupper under 2021 på de patienter som haft ett utåtagerande beteende eller visat sig ha risk för det.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, journalgranskning och nationella register.



Ett arbete med nutrition och dagens alla måltider arbetades med 2021. Bland annat skrevs både Frukost, lunch och middag upp på dagstavlan för att belysa frukosten betydelse och att det är en måltid. Frukosten gjordes om för att bli mer näringsrik och

komma bort från "gamla vanor". Arbetet kommer fortsätta under 2022.

4.4.1 Avvikelser

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

Beskriv **hur** verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

HSL personal rapporterar Fall- och läkemedelavvikelser i Humanas avvikelssystem DF respons. Avvikelse ID journalförs i journalsystemet Vodook. Är ärendet av allvarlig karaktär kopplas även MAS in på ärendet. En händelseanalys görs omgående av verksamhetschef. Resultat av händelseanalys blir avgörande om det ska ske anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria. Lokala rutiner för detta finns upprättat och tillgängligt för personalen i PARUS.

Handlingsplaner upprättas då risken eller bristen inte kan åtgärdas omgående. Brister sammanställs i PARUS varje månad och analyseras av verksamhetschef. Vid behov rapporteras detta till berörd personal, närstående eller myndighet.

Under 2020 har vi inte haft några allvarliga händelser/ vårdskador som lett till en lex maria.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter från anhöriga eller boende gällande hälso- och sjukvårds insatser tas på största allvar och analyseras noggrant inom verksamheten för att utreda eventuella risker som kunnat leda till vårdskada, allvarliga konsekvenser vid utebliven/fördröjd behandling eller lidande.

Klagomål eller synpunkter utreds internt, via dialog med anhöriga/patienten/ansvarig läkare/verksamhetschef/ansvarig sjuksköterska, mötet mellan sistnämnda parter om så önskas. Klagomål och avvikelser registreras och hanteras i Humanas avvikelshanteringssystem DF respons.

Ärende återkopplas till MAS och vid behov kan leda till en intern utredning och en Lex Maria.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden



Ett sätt att systematiskt följa upp och utvärdera kvaliteten inom verksamheten är egenkontroller. Syftet med egenkontroller är en granskning av verksamheten om den bedrivs enligt rutiner i kvalitetsledningssystemet PARUS.

I Årshjulet är egenkontrollerna planerade under året .

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Alla mål för 2022 var ännu inte klara när patientsäkerhetsberättelsen skrevs.

- Naturunderstöddutbildning för aktivitetsansvarig och rehabpersonal som skulle genomförts 2021 har blivit framflyttad till 2022.
- utbilda fler BPSD administratörer, tillfällena för 2021 blev inställda.
- uppföljning kring teamarbetet - Högpriesterande
- Fortsätta arbeta efter Humanas ledningssystem Parus och följa årshjulet i kvalitetsarbetet.
- Fortsatt aktivt arbeta med och följa upp avvikelser, resultat av vidtagna åtgärder och eventuella utredningar enligt Lex Maria
- Fortsatt arbeta med nutrition

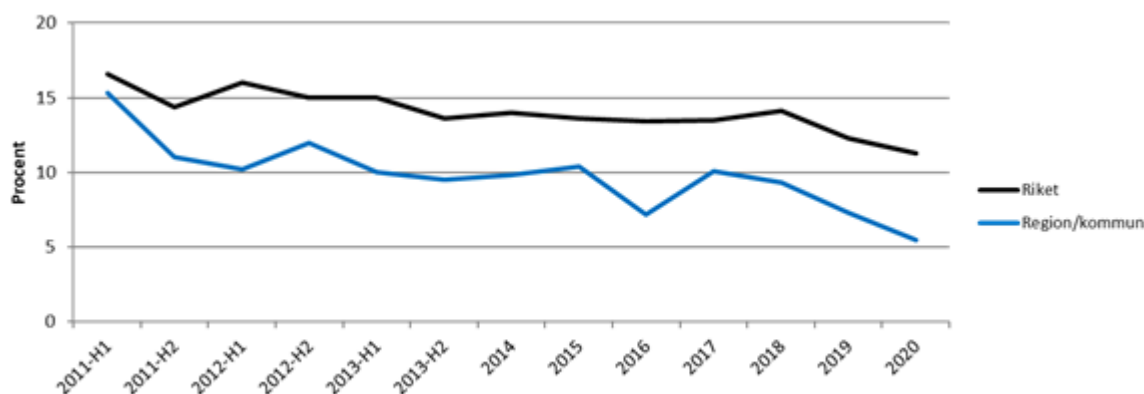
6 Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter mm. Nedan visas exempel på sammanställning utifrån text och diagram.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande enligt punktprevalensmätning en gång per år och följs dagligen online. På länets sjukhus hade 5,3 procent av de inläggande patienterna trycksador eller trycksår vid vårens nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 11,3 procent.



Analys av resultat: Målet att förekomsten av trycksår ska minska är uppfyllt på övergripande nivå, dock ses ökning av förekomsten på någon enstaka enhet. Ny personal kan vara en anledning, samt avsaknad av avlastande madrasser. Något fler män än kvinnor hade trycksår under året.

Åtgärd: På enheter med högre förekomst av trycksår genomfördes trycksårdialog, utbildning, materialöversyn och extramätning under hösten.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Åtgärderna på berörda enheter hade effekt och trycksårsförekomsten minskade.

7 Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter mm. Nedan visas exempel på sammanställning i tabell.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Ex trycksår	Förekomsten av trycksår ska minska varje år	År 2020 hade 5,3% av inlaggna patienter trycksår (6,2% år 2019)(Riket 11% år 2020)	Målet uppfyllt på övergripande nivå. Viss ökning på enstaka enheter	Enheter med högre förekomst genomfört utbildning och extra mätning	Dialoger har genomförts med de enheter som visat ökad förekomst. Åtgärderna hade effekt och förekomsten minskade	Samtliga vårdenheter PPM våren 2020(1g/år).Enheter med ökad förekomst extra mätning varannan månad	PPM-trycksårSveriges Kommuner och Regioner