

# Patientsäkerhetsberättelse

## för

Fruängsgårdens 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
<i>Intern samverkan</i> .....	7
<i>Extern samverkan</i> .....	8
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
Säker vård här och nu.....	12
Riskhantering.....	12
Stärka analys, lärande och utveckling .....	13
Kvalitetsregisterarbete.....	15
Palliativregistret .....	15
Senior Alert.....	15
Dokumentationsgranskning .....	15
Avvikelser .....	16
Analys: .....	17
Klagomål och synpunkter .....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17



## SAMMANFATTNING

Enhetens mål är att erbjuda vårdtagarna god och säker hälso- och sjukvård som tar hänsyn till hela människan.

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

Vi har under året haft täta egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och punktprevalensmätningar och utifrån resultatet haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna.

Infektionsregistrering har följts varje månad. Kohortvård har tillämpats vid misstänkt eller bekräftad smitta. Verksamheten har under året haft fall av covid-19, främst på de avdelningar som har inriktningen demens, vilket har sammanfallit med perioder med ökad spridning i samhället.

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

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

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.

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 fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning och beredskap utifrån pandemin och andra utbrottsbenägna smittsamma infektioner.

Verksamheten arbetar vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på att förbättra dokumenterad analys, åtgärder och uppföljning i hälsoplan. Verksamheten behöver fortsatt arbeta med att utveckla det teambaserade arbetssättet.

För att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller för patienter som är undernärda kommer verksamheten att fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen.

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.
- Avvikelse, 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 ett mötestillfälle per dag träffas baspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal på 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 åtgärder planeras.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möte vid 1 tillfälle varje månad där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling. Under året har vi haft kortare informationsmöten och lägesrapportering efter behov men minst 1 gång per vecka.

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 boendes 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 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.

Med anledning av pandemin har verksamheten haft ökad samverkan med hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm.

#### **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.

Egenkontroller av Hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har omfattat att information utifrån lag och riktlinjer för upprättande av journal tillförts journalen och 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.

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/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Att klagomål/synpunkt har tagits emot bekräftas och åtgärder som planeras återkopplas till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt, men senast inom 14 arbetsdagar. Återkoppling till personal sker på personalmöten

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.

MAS sammanställer registrerade avvikelser en gång per år och återkopplar sammanställningen till verksamhetschef.



## 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 klinisk bedömning och 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.

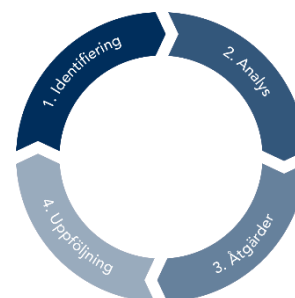
Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient och närstående.

Under året har vi inte haft större möten med anhöriga på grund av att vi varit restriktiva med att samla större grupper. 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 genomförts under 2022 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fall</li><li>• Undernäring</li><li>• Trycksår</li><li>• Inkontinens</li><li>• Munhälsobedömning</li></ul>	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 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Basala hygienrutiner och klädregler	10 gånger per år	Vårdhygiens blanketter Självsfattning 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
Avvikelse	1 gång per kvartal	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 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 läkemedelshandling 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. 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

För att identifiera risker för vårdskador har individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts enligt riktlinjer med validerade bedömnings instrument. Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs och åtgärder 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. Egenkontroller sker enligt fastställt årshjul för häls- och sjukvården och följs vid behov upp med handlingsplaner.

Det förebyggande arbetet för att förhindra smitta och smittspridning har fortsatt varit prioriterat med anledning av pandemin. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner.Handledningstillfällena i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamheten till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalensmätningar av hygienombud vid 10 tillfällena under året. Verksamheten har haft kontinuerliga kontakter och samverkan med vårdhygien och smittskydd för att säkerställa ett korrekt omhändertagande/kohortvård vid misstänkt eller konstaterad smitta. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad

I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd och handledning för hälso- och sjukvårdsdokumentation samt dokumentation av avvikelser. De har också fått utbildning i beslutsstödet- ViSam som är ett verktyg för strukturerad bedömning vid försämrat hälsotillstånd hos en patient och informationsöverföringen till annan vårdgivare.

Det förebyggande arbetet med nutritionsvårdsprocessen utifrån fastställda rutiner har fortsatt i samarbete med dietist.

För att säkerställa ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede finns fastställda rutiner och verksamheten registrerar i Svenska palliativregistret och använder resultaten i förbättringsarbete.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

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

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



har verksamheten arbetat efter tidigare upprättade handlingsplaner med åtgärder vilka följts upp efter behov av verksamhetschef.

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 förbättringsarbete.

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.

## 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 98 procent	Målet är 100 procent
	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

<p>2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.</p>	<p>2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.</p>	<p>1) Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 87 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 86 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 85 procent</li> </ul> <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 66 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 55 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 17 procent</li> </ul>	<p>Godkänt resultat</p>
<p>3. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.</p>	<p>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</p>	<p>3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 87 procent</li> <li>Undernäring till 75 procent</li> <li>Trycksår till 72 procent</li> </ul>	<p>Ej godkänt resultat</p>
<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda 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 undernärda 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"> <li>registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 30 procent</li> <li>bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 19 procent</li> <li>beräkning av dagligt energibehov uppgår till 46 procent</li> <li>bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 85 procent</li> </ul>	<p>Ej 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 knappt 40 procent</p>	<p>Ej godkänt resultat</p>

6. BPSD- skattning ska göras för alla boende med en demensdiagnos	För samtliga patienter med demensdiagnos ska teamet göra en BPSD- skattning och registrerar i BPSD registret	Granskning av andelen genomförda registrerade skattningar i BPSD registret	Andel registrerade BPSD skattningar uppgår till 6 procent	Inte godkänt resultat
---	--	--	---	-----------------------

## 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.

Resultat 2022

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	94,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	100,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	89,5
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	84,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	84,2

### 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	
22	100%	100%	40%	75 - 100 %
				25 - 74 %
				0 - 24 %

### Dokumentationsgranskning

Egenkontroller 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 en del styrkor såsom t.ex. aktuella

riskbedömningar med validerade bedömningsinstrument, aktuella ADL-bedömningar och bedömningar av förflyttningsförmåga och upprättade hälsoplaner vid risk, men också förbättringsområden som till exempel dokumenterad uppföljning av hälsoplaner och aktuella hjälpmedel. Det har dock skett en utveckling.

### **Samlad analys av genomförda egenkontroller**

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 har uppnåtts.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Andelen vårdtagare med en aktuell ADL bedömning (aktiviteter i dagligt liv) uppgår till 96 %

Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg.

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög men det finns ett fortsatt behov av täta och regelbundna egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning, och att utifrån resultatet arbeta med riktade åtgärder. Fall av Covid-19 har förekommit i verksamheten i mindre omfattning under året och sammanföll med en våg av ökad samhällssmitta. Riskanalyser och handlingsplan för åtgärder begränsade smittspridningen.

Extern granskning och genomförd egenkontroll visar att följsamheten till riktlinjer och rutiner för läkemedelshantering överlag är god, men att den dokumenterade uppföljningen av delegeringsbeslut enligt riktlinjer kan utvecklas. Vilket kommer att följas upp vid extern granskning våren 2023

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat något jämfört med föregående år vilket kan ha ett samband med ökat antal boende. Verksamheten behöver fortsätta utveckla sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar på förbättringsområden. Dokumentationen har med utbildningsinsatser förbättrats. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett förbättringsområde liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring.

Registreringen av riskbedömningar i Senior Alert har inte skett i samma omfattning som i patientjournalen. Ett fortsatt förbättringsområde är att använda kvalitetsregistren och resultat från registrering som ett stöd för planering av förebyggande arbetssätt och åtgärder.

### **Avvikelser**

Under året har totalt 292 (242) avvikelser rapporterats/registrerats enligt följande tabell. Siffrorna inom parentes är föregående års siffror.

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall, varav</b>	<b>226</b>
• <b>fraktur</b>	11



<b>Läkemedel, varav</b>	<b>65</b>
• Utebliven dos	53
• Förväxling av tidpunkt	7
• Läkemedel saknas i patientens läkemedelsskåp	4
• Utebliven signering av utlämnat läkemedel	1
<b>Specifik omvårdnad, varav</b>	<b>1</b>
• Utebliven åtgärd	1

### Analys:

Antalet fallavvikelser har ökat från föregående år. Analys visar att fallen är begränsade till ett mindre antal boende och framför allt sker i samband med att boende förflyttar sig själv och oftare i samband med att bonde är nyinflyttade.

De fallpreventiva åtgärderna som sätts in baseras på den individuella riskanalysen, till exempel genom kartläggning av när fallen sker över dygn, miljöanpassningar, läkemedelsgenomgång och utprovning/förskrivning av hjälpmedel

Genom insatta förebyggande åtgärder och förändrade arbetssätt minskar fallen och förbygger skador.

Antalet läkemedelsavvikelser ligger på nära samma nivå som föregående år. I analysen av bakomliggande orsak till läkemedelsavvikelser framgår det att det främst sker på grund av brister i överrapportering och kommunikation mellan arbetspassen och de kontroller som ska genomföras enligt rutiner i samband med läkemedelshantering.

Åtgärder som enheten arbetar vidare med är att se över rutiner för rapportering och att tydliggöra ansvarsfördelning vid passbyten.

### Klagomål och synpunkter

Under året har inget klagomål via IVO eller patientnämnden har inkommit vilket gör att mönster och trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet inte kan ses

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

Kontinuerliga riskanalyser har varit en viktig förutsättning för att ha en beredskap och kunna göra nödvändiga förändringar/förbättringar i verksamheten utifrån det aktuella läget med tex covid-19 för att minska risken för smitta och smittspridning. Utarbetade handlingsplaner med åtgärder och uppföljning har använts i verksamheten.

En lärdom utifrån pandemin är vikten av samverkan, tydlig ansvarsfördelning, löpande egenkontroller med riktade insatser utifrån resultatet, samt att hitta olika informationsvägar får att nå samtliga medarbetare.



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

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. Egenkontroll visar också att verksamheten behöver fortsätta utveckla sitt arbete med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser

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.

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

## **MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR**

Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2023 utan inbördes ordning

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 ska ha en dokumenterad utredning med analys, åtgärder och slutlig bedömning.
6. BPSD-skattning ska genomföras för samtliga boende med en demensdiagnos
7. Följsamhet till de av socialstyrelsen fastställda kvalitetsindikatorer och måttal för den palliativa vården i livets slutskede