

Patientsäkerhetsberättelse

för

Fruängsgårdens servicehus

År 2022



Datum 2023-02-22

Ansvarig för innehållet: Marie Bergström, Verksamhetschef enligt

4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

Inledning

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

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



Källa:

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

Innehåll

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

SAMMANFATTNING

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

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

I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts

All personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning vilken görs 1 gång per år och fått praktisk utbildning i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning. Vi har under året haft tätare egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och punktprevalensmätningar och utifrån resultatet haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna. Infektionsregistrering har följts varje månad. Verksamheten har haft ett mindre antal konstaterade fall av Covid -19 under året vilka har sammanfallit med perioder av ökad samhällssmitta. Kohortvård har tillämpats vid misstänkt eller bekräftad smitta.

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

Andelen uppkomna trycksår under året är lägre än 2 % vilket indikerar att verksamheten har ett godtagbart trycksårsförbyggande arbetssätt.

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

Framåtblick 2023

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner, klädregler och skyddsutrustning samt riktlinjer och rutiner från Region Stockholm och ansvarig läkarorganisation utifrån pandemin och övriga smittsamma sjukdomar.

Vi arbetar vidare med avvikelsehanteringen och individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår med fokus på dokumentationen, analys, åtgärder och uppföljning.

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. Munhälsan är en viktig del i arbetet.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

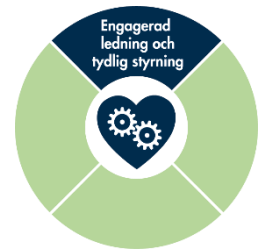
I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för att nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid”;

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.
- Hälsa- 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 75 procent av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med analys av bakomliggande orsak och planerad åtgärd

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 2 rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar 2-3 ggr per vecka. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möte ca 1 gång per månad där fokus

ligger på uppföljning, analys och utveckling. Under pandemin har vi haft täta kortare informationsmöten och lägesrapportering efter behov men minst 1 gång per vecka.

Verksamhetschef, MAS, MAR 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 träffas verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och boendes verksamhetschef och diskuterar problem och aktuella frågor 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 vårdhygienisk expertis och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.

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

Informationssäkerhet

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

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

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

En god säkerhetskultur

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

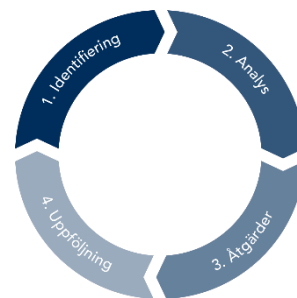
Vid inträffad avvikelse som kräver en mer omfattande utredning ges information och återkoppling regelbundet till patient och närstående.

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"> • Fall • Undernäring • Trycksår • Inkontinens • Munhälsobedömning 	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Mätning av andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
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 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 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 gång per år	Svenska Palliativregistret
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshantering och delegering	1 gång per månaden 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Protokoll från egenkontroll Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter

Öka kunskap om inträffade vårdskador

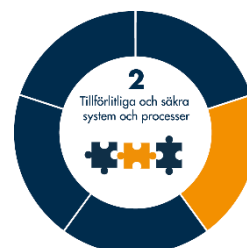
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

Under året har 1 händelse om fördröjd vård och behandling som kan ha medfört en vårdskada varit under utredning i verksamheten och är ej avslutad.



Tillförlitliga och säkra system och processer

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts med validerade instrument. Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs.



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 och egenkontroller genomförs enligt årshjul för hälso-och sjukvården.

Under pandemin har fokus varit på att säkerställa att all personal haft uppdaterad information och att säkerställa följsamhet till gällande riktlinjer och rutiner. Verksamheten har fortlöpande genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har åtgärder vidtagits för det förebyggande arbetet med att begränsa smitta och smittspridning. Vaccinationer har genomförts i samverkan med Familjeläkarna. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner.Handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätningar av hygienombud vid 10 tillfällen under året.

Rutiner finns för kontinuerligt inventering, fördelning och beställning av skyddsutrustning samt för utökad städning och desinfektion i lokaler och boendes lägenheter. Rutiner finns för säkra besök.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation och dokumentation av avvikelser. Arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen har fortsatt skett med stöd och i samarbete med stadsdelens dietist.

För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret

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.



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. När risker identifieras vidtas förebyggande åtgärder för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

De riskanalyser som genomförts på verksamhetsnivå under året har i huvudsak varit relaterade till aktuellt läge utifrån pandemin. Utifrån identifierade risker har verksamheten arbetat efter upprättade handlingsplaner med åtgärder vilka följts upp

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	<p>1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.</p> <p>1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.</p> <p>1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.</p>	<p>1.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 10 gånger per år.</p> <p>1.2. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.</p> <p>1.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.</p>	<p>Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 98 procent</p> <p>Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent</p> <p>Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 100 procent</p>	<p>Målet är 100 procent</p> <p>Godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
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.	<p>1) Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 95 procent Undernäring uppgår till 95 procent Trycksår uppgår till 95 procent <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 77 procent Undernäring uppgår till 36 procent Trycksår uppgår till 15 procent 	Godkänt resultat
3. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen	3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	<p>3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall uppgår till 67 procent Undernäring till 68 procent Trycksår till 58 procent 	Ej godkänt resultat

<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"> registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 20 procent bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 0 procent beräkning av dagligt energibehov uppgår till 20 procent bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 93 procent 	Ej godkänt resultat
<p>5. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 75 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 44 procent</p>	Ej godkänt resultat

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

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	100,0
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	100,0
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	100,0
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				Målvärden
Unika personer	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	75 - 100 %
32	89%	96%	71%	25 - 74 %
				0 - 24 %

Dokumentationsgranskning

Journalgranskning som genomförts visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning. Resultatet av verksamhetens egenkontroller visar att vi bland annat behöver förbättra dokumentationen med att följa upp och avsluta inaktuella texter samt ordinationer/åtgärder och att dokumentationen av hälsoplaner behöver utvecklas i innehåll.

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 bedömning av aktiviteter i dagligt liv (ADL) uppgår till 63%

Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg vilket indikerar att verksamheten har ett godtagbart trycksårsförebyggande arbetssätt.

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat något jämfört med föregående år. Analysen är att avvikelsehanteringen har förbättrats och verksamheten kommer fortsätta sitt förbättringsarbete och analysen av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

Hälso- och sjukvårdsdokumentationen har genom utbildningsinsatser utvecklats. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker är ett ständigt förbättringsområde liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring.

Verksamheten registrerar i Senior Alert och Svenska Palliativregistret och kommer fortsätta utveckla detta arbete som stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats, samt för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är god men behöver regelbundet följas upp med internkontroller

Avvikelser

Under året har totalt **85** (68)stycken avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell. Alla siffror i parentes är föregående års resultat.

Typ av avvikelse	Antal
Fall , varav	77
• med fraktur som följd	2
Läkemedel , varav	8
• Utebliven dos	6
• Dubbel dos	1
• Övrigt/annat	1

Analys:

Antal fallavikelser har ökat något. Det kan vara svårt att helt förhindra att en boende faller men genom utredning, insatta förebyggande åtgärder och förändrade arbetssätt minskar fallen för enskilda. Åtgärder som minskar skaderisken vid fall bidrar till att få fall leda till fraktur.

Vid utredning av inträffade läkemedelavvikelser ses att missade doser främst skett i samband med personalbyten och överrapportering på eftermiddagar. Trots vidtagna åtgärder har antal avvikelser ökat och arbetet fortsätter med att förtydliga rutinen för ansvarsfördelning och rapportering mellan arbetspass och vid passbyten.

Klagomål och synpunkter

Under året har det inkommit 1 klagomål via patientnämnden gällande brister i vård och behandling vid covid-19. Klagomålet har besvarats och använts i förbättringsarbetet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 har uppnåtts.

Under pandemin har ett stort fokus legat på riskinventering och riskanalys för att minska risken för smitta och smittspridning vilket har berört många områden och många processer har pågått samtidigt.

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

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 har förbättrats men att fortsatt utveckling behövs. 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.

Verksamheten behöver vidare utveckla sitt arbete med att förebygga och behandla patienter med risk för undernäring eller patienter som är undernärda i samverkan med dietist bland annat genom att implementera lokala regler och rutiner för nutritionsvårdsprocessen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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

Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2023

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:
 - 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
 - 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn
 - 4.3 beräkning av dagligt energibehov
 - 4.4 munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
5. Rapporterade avvikelser som har en dokumenterad utredning med analys, åtgärder och slutlig bedömning ska öka.