

# Patientsäkerhetsberättelse 2023

---

## Fruängsgårdens vård- och omsorgsboende

Datum: 2024-02-24

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

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Grundläggande förutsättningar för en god vård .....</b>	<b>4</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier .....	4
3.1.2 Organisation och ansvar.....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
3.1.4 Informationssäkerhet.....	6
3.1.5 Strålskydd.....	7
3.2 En god säkerhetskultur .....	7
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	7
3.4 Patienten som medskapare .....	8
<b>4. Agera för säker vård .....</b>	<b>8</b>
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	12
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
4.3 Säker vård här och nu.....	14
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	15
4.4.1 Avvikelse.....	15
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	16
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	18
<b>1 Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....</b>	<b>19</b>

## 1. Inledning

*Patientsäkerhetslagen (PSL) 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

Enligt PSL 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.

## 2. 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 2023 har fokus fortsatt legat på att följa upp och upprätthålla det förebyggande arbetet. Vaccinationer har genomförts i samverkan med familjeläkarna.

Under året har egenkontroller av följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler genom observationer och punktprevalensmätningar genomförts enligt årshjul och utifrån resultatet har vi haft riktade utbildningsinsatser och dialog i arbetsgrupperna. Infektionsregistrering har följts varje månad. Kohortvård har tillämpats vid misstänkt eller bekräftad smitta. I början av 2023 hade enheten mindre utbrott av virusorsakad magsjuka som kunde begränsas.

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

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

Andelen patienter med uppkomtrycksår under året är ca 3 % vilket indikerar att verksamheten har ett bra trycksårsförebyggande arbetssätt.

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

Framåtblick 2024

Ett prioriterat område 2024 är att utveckla enhetens arbetssätt för resultatuppföljning/analys och beslut om åtgärder.

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler.

Vi kommer också fortsatt arbeta vidare med avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på dokumentation, analys, åtgärder och uppföljning. Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen. Planen är att utbilda en sjuksköterska till SNUD- speciellt nutritionsansvar.

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och lågaffektivt bemötande under 2024.

Arbetet med implementering av ViSam beslutstöd för sjuksköterskor fortsätter samt rapporteringsstöd för vård- och omsorgspersonal

Verksamheten ska i samverkan med läkarorganisationen arbeta för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slutskede samt fortsatt erbjuda samtal inför livets slut s.k. DöBra samtal.

### **3. Grundläggande förutsättningar för en god vård**

Nedan beskrivs mål, strategier, organisation och struktur för arbetet med att förebygga och 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:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

#### **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.

##### **3.1.1 Övergripande mål och strategier**

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

##### **Övergripande mål**

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdtagarna en god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna

drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.

### Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs enligt upprättade riktlinjer, regler och rutiner.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs upprättade regler och 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 dokumenteras, utreds och används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen 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.

#### 3.1.2 Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

*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 kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandling tillgodoses. Hen ansvarar för att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas och att riktlinjer, regler och lokala rutiner görs kända och följs av all personal.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)* 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, MAS 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 samt för att följa verksamheten upprättade riktlinjer, MAS regler, och lokala rutiner.

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

*Verksamhetsutvecklare för hälso- och sjukvård.* I uppdraget ingår bland annat att informera,

utbilda och stödja äldreomsorgens verksamheter och utsedda dokumentationshandledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation.

*Externa stödfunktioner inom patientsäkerhet.* Stadsdelen har genom avtal tillgång till stödfunktioner som Vårdhygien Stockholm, Palliativt kunskapscenter (PKC) Tandvårdsenhet och Apoteket AB. för rådgivning ,stöd, utbildningsinsatser och uppsökande verksamhet.

### 3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

#### **Intern samverkan**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov. Vid två rapporttillfällen per dag träffas baspersonal och sjuksköterska. Rehabiliteringspersonal deltar vardagar.

Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker hos den enskilde patienten och förebyggande åtgärder planeras. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har HSL möten där fokus ligger på lägesanalys, uppföljning och utveckling. Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

#### **Extern samverkan**

Verksamheten har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förebygga att vårdskador uppstår. Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Verksamheten har genom avtal tillgång till och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Verksamheten samverkar med tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård.

### 3.1.4 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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

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

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

dokumenterats vid bedömda risker.

### 3.1.5 Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheten använder ingen utrustning som medför exponering för joniserande strålning. Verksamheten behöver därmed inte redovisa ett strålskyddsbokslut.

### 3.2 En god säkerhetskultur



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. En god säkerhetskultur kännetecknas av ett gemensamt aktivt arbete där alla utifrån sin roll bidrar och agerar för att identifiera och minimera risker och skador och där patienten görs delaktig.

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i Vodok. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS.

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

### 3.3 Adekvat kunskap och kompetens



En grundläggande förutsättning för säker vård är att det finns tillräckligt med personal med 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 personalgruppen. Vi arbetar både med interna som externa utbildningar. Under 2023 har vi haft utbildningar i lågaffektivt bemötande, fördjupning kognitiva sjukdomar och BPSD instrumentet. Vård- och omsorgspersonalen har fått utbildning i rapporteringsstöd.

En utmaning är att rekrytera sjuksköterskor. En annan utmaning är språknivån. Den kan vara ett hinder för kompetensutvecklingen. Vi har under 2023 satsat på språkutveckling.

### **3.4 Patienten som medskapare**



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

En grundläggande förutsättning för säker vård är patientens, och om hen önskar, de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

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

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

Under året har vi inte haft några större fysiska möten med anhöriga på grund av att vi varit restriktiva med att samla större grupper med anledning av risken för smittspridning.

### **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.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: · Fall · Undernäring · Trycksår · Inkontinens · Munhälsobedömning	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen patienter med aktuell ADL- bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andelen patienter med aktuell bedömning av förflyttningsförmåga	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentation	8 gånger under året	Upprättade granskningsmallar
Basala hygienrutiner och klädregler	Punkt prevalens mätning 2 gånger under året	Vårdhygiens blanketter för Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll enligt checklista framtagen av svensk förening för vårdhygien(sfvh)
Antibiotikaföreskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Infektionsregistreringsblankett
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång i månaden	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
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

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
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 under året	Senior Alert
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter
Loggkontroll av åtkomst till Vodok och NPÖ	10 gånger under året	Vodok och NPÖ

### Tabellen visar resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2023

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.	1. Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom observationer vid Punktprevalensmätningar 2 gånger per år. 2. Granskning av genomförda infektionsregistreringar månatligen 3. Granskning av andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst årligen	1. Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 90 respektive 80 procent 2. Andel genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent 3. Andelen medarbetare som genomfört Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 100 procent	Målet delvis uppnått
2. Alla patienter som samtycker ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.	Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår minst en gång per år.	2. Andel aktuella riskbedömningar för:- Fall uppgår till 83 procent · Undernäring uppgår till 100 procent · Trycksår uppgår till 100 procent  Andel patienter med risk för:- Fall uppgår till 62 procent · Undernäring uppgår till 62 procent · Trycksår uppgår till 26 procent	Målet delvis uppnått
3. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.	Granskning av andel upprättade hälsoplaner i patientjournalen för patienter som identifierats med ökad risk för fall, undernäring och trycksår.	3. Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för: · Fall uppgår till 95 procent · Undernäring till 85 procent · Trycksår till 70 procent	Målet delvis uppnått

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
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	4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad 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 bedömning av munstatus enligt ROAG.	4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar: · registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 85 procent · bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 85 procent · beräkning av dagligt energibehov uppgår till 85 procent · bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 97 procent	Målet delvis uppnått
5. Rapporterade avvikelser som har en dokumenterad utredning med analys, åtgärder och slutlig bedömning i avsett system för registrering av avvikelser ska öka.	Granskning av andelen rapporterade avvikelser där utredning, analys, planerade åtgärder och slutlig bedömning finns dokumenterat.	Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till ca 100 procent. Dokumenterad slutbedömning uppgår till ca 25 procent	Mål delvis uppnått
6. BPSD-skattning ska genomföras för samtliga boende med en demensdiagnos	Granskning av andelen boende med demensdiagnos där en BPSD- skattning genomförts	Andel boende med demensdiagnos med genomförd BPSD-skattning ca 20%	Målet ej uppnått
Följsamhet till de av socialstyrelsen fastställda kvalitetsindikatorer och måttal för palliativ vård i livets slutskede.	Granskning av genomförda registreringar Svenska Palliativregistret.	Resultatet redovisas under avsnitt 4.5.1	

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2023 inte har uppnåtts till fullo.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring har i hög grad genomförts. Förekomsten av trycksår som uppkommit i verksamheten är låg. Andelen vårdtagare med en aktuell ADL bedömning (aktiviteter i dagligt liv) uppgår till 100 procent och andelen vårdtagare med en aktuell bedömning av funktion och förflyttningsförmåga är 85 procent.

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.

Endast enstaka fall av utbrottsbenägna infektioner har skett under året. Riskanalyser och handlingsplan med åtgärder begränsade smittspridningen. Med god följsamhet till hygienrutiner har möjligheterna att förhindra smitta och begränsa smittspridning kunnat upprätthållas.

Antalet inrapporterade avvikelser har ökat från föregående år. Arbetet med avvikelshantering har utvecklats. Verksamheten behöver fortsätta och vidareutveckla arbetet med utredning och att analysera bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser. Fokus är också att utveckla dokumentationen och slutbedömningen i avsett verksamhetssystem för avvikelserapportering.

Täta egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen utifrån olika vårdprocesser genomförs under året. Resultatet visar förbättringar men är ett fortsatt utvecklingsområde framåt. Att öka andelen dokumenterade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournaler vid identifierade risker liksom att göra dokumenterad utredning vid identifierad risk för undernäring. Utifrån identifierade brister har handlingsplaner upprättats och följts upp.

Verksamheten registrerar i de nationella kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret. Ett förbättringsområde är att använda resultaten som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt i den palliativa vården i livets slutskede.

Våra genomförda egenkontroller och identifierade förbättringsområden har genererat åtgärder/handlingsplaner som följts upp på möten med hälso- och sjukvårdspersonal, Arbetsplatsmöten, Vodokmöten, hygienmöten, Palliativa möten och i ledningsgruppen.

Målet att samtliga med demensdiagnos ska ha en BPSD-utredning/plan uppnås ej. En av orsakerna är att det varit ett problem att de bokade mötena inte har skett. Vi kommer arbeta vidare med området under 2024.

#### **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 risker och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder.

Sammanställning av avvikelser redovisas i avsnitt 4.4.

#### **Vårdskador och fördjupade utredningar**

Antal händelser som medfört vårdskada	Antal händelser som medfört fördjupad utredning	Antal händelser som anmälts enligt lex Maria
0	0	0

Under året har inga händelser som medfört vårdskada utretts i verksamheten.

## 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



Hälso- och sjukvård omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Verksamheten ska inkludera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen.

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroller genomförs enligt årshjul för hälso- och sjukvården enligt beslutade rutiner och följs vid behov upp med handlingsplaner.

För att identifiera risker för vårdskador har individuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts enligt riktlinjer med validerade bedömningsinstrument. Enheten har strukturerade teammöten 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.

Det förebyggande arbetet för att förhindra smitta och smittspridning har fortsatt varit prioriterat m. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner.Handledningstillfällen i hantering och korrekt användning av skyddsutrustning har genomförts. Egenkontroll av följsamheten till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalensmätningar av hygienombud enligt årshjul under året. Verksamheten har haft kontakter och samverkan med vårdhygien och smittskydd för att säkerställa ett korrekt omhändertagande vid misstänkt eller konstaterad smitta. Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad. I samverkan med Familjeläkarna har vaccinationer genomförts enligt rekommendationer.

Läkemedelshantering och delegering. Egenkontroller och extern granskning av Apoteket har genomförts enligt årshjul. För identifierade utvecklingsområden har handlingsplan upprättats och åtgärdats enligt upprättad handlingsplan. Verksamhetens lokala rutin för delegering har reviderats med stöd av MAS.

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 förbättringsarbetet. Samverkan med ansvarig läkare har stärks och rutiner för reflektion med läkare efter dödsfall samt för att utveckla systematiken kring efterlevnadssamtal och implementering av närståendeenkäter efter dödsfall har tagits fram.

### **4.3 Säker vård här och nu**

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



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

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.

Verksamhetschefen ansvarar för att en riskanalys genomförs vid förändringar inom vård, omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. Verksamheten fortsatt haft hög beredskap för ett eskalerade läge av smittspridning och fortlöpande genomfört riskanalyser.

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.

## 4.4 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. 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.

### 4.4.1. Avvikelser

Alla avvikande händelser som berör hälso- och sjukvård ska rapporteras i hälso- och sjukvårdsavvikelsemodulen i Vodok.

För **fall** gäller att samtliga fall ska rapporteras i avvikelsemodulen i Vodok. När ett fall *inte* beror på en brist inom hälso- och sjukvård har verksamhetschef bedömt, vanligtvis baserat på teamets bedömning, att fallet inte hade kunnat undvikas med fler eller andra fallpreventiva åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen ställer i sina föreskrifter krav på att alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska rapporteras till Läkemedelsverket, tillverkare och för kännedom till IVO. Verksamhetschef ansvarar för att i samråd med MAR eller MAS göra en anmälan.

#### Enhetens arbete med avvikelseprocessen

Enheten har arbetat med att lyfta avvikelser i Hälso- och sjukvårdsforum samt APT-möten för att lyfta vikten av att arbeta med avvikelser för att förbättra verksamheten.

#### Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	69	69	Av rapporterade läkemedelsavvikelser rör 66 stycken utebliven dos

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Specifik omvårdnad	1	1	
Specifik rehabilitering	0	0	
Trycksår	0	0	
Vårdkedjan	0	0	
Vårdrelaterad infektion	0	0	
<b>totalt</b>	70	70	

Antalet avvikelser gällande läkemedel har ökat marginellt och de flesta, rör utebliven dos. Efter analys av orsak kan man se att en bidragande orsak är personalbyte i arbetslaget. 1 avvikelse rör förväxling av tidpunkt och 1 avvikelse rör dubbel dos och 1 fel iordningsställt läkemedel.

## Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal rapporterade fall som bedömt bero på brist i hälso- och sjukvård
261	28, varav 4 frakturer	0

Antalet fallrapporteringar har ökat med 15% från 226 till 261 varav 4 resulterat i frakturer vilket är en minskning från föregående år (11). Det kan indikera att det fallförebyggande arbetet långtgående har fungerat. Övriga skador har varit sårskada, bulor och blåmärken. Nära nog samtliga fall inträffar på demensavdelningarna där många boende är rörliga och uppegående.

### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

Klagomål/synpunkter som inkommer direkt till enheten utreds och besvaras av verksamhetschef enligt beslutad rutin. Klagomålet dokumenteras utreds och analyseras och åtgärder beslutas av verksamhetschef. Vid behov sker utredning i samråd med MAS eller MAR. Återkoppling om vidtagna åtgärder görs till den som inkommit med klagomålet/synpunkten så snart som möjligt men senast inom 14 dagar.

## 4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

### 4.5.1 Svenska Palliativregistret

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måttal som socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultaten används för att se



områden som behöver utvecklas och förbättras.

I tabellen redovisas resultatet från registrerade dödsfall 2023

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dokumenterat brytpunktssamtal	98 %	80 %
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98 %	90 %
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98 %	90 %
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100 %	55 %
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90 %	45%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90 %	100 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	70 %

Analys av resultaten visar att vi har ett arbete att göra för att uppnå målvärde. Insatser som utbildning i att identifiera tidiga tecken på övergång till vård i livets slutskede är en faktor till att förbättra arbetet framåt liksom samarbetet med läkarorganisationen.

#### 4.5.2 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som ska användas för att identifiera och registrera risker och bakomliggande orsaker för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade åtgärder och ett systematiskt arbetssätt.

Tabellen visar enhetens registreringar under 2023

Unika personer	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
27	100 %	94 %	50%

Resultatet visar på utvecklingsområden och en underrapportering och att arbetet tappat fart. För de registreringar som gjorts finns registrerad bakomliggande orsak samt åtgärdsplaner men registrering av utförda åtgärder saknas i hög utsträckning. En bakomliggande orsak kan vara att registreringen innebär ett visst som dubbelarbete då riskbedömningar, åtgärder och uppföljning även ska tillföras patientjournalen.

Att öka sjuksköterskornas kunskap om det stöd registret ger för ett systematiskt arbetssätt och evidensbaserade åtgärder är ett utvecklingsområde.

## 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.

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

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

Ett prioriterat område 2024 är att vidareutveckla enhetens arbetssätt med resultatuppföljning och analys för att utveckla kvaliteten i verksamheten.

Verksamheten fortsätter arbetet med att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner klädregler.

Vi kommer också fortsatt arbeta vidare med avvikelsehanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår, nutrition med fokus på dokumentation, analys, åtgärder och uppföljning. Verksamheten ska fortsätta arbetet med att utveckla nutritionsvårdsprocessen. Planen är att utbilda en sjuksköterska till SNUD- sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar.

Arbetet med att utveckla demensvården fortsätter genom ökat användande av BPSD-instrumentet och lågaffektivt bemötande under 2024.

Arbetet med implementering av ViSam beslutstöd för sjuksköterskor fortsätter samt rapporteringsstöd för vård- och omsorgspersonal

Verksamheten ska i samverkan med läkarorganisationen arbeta för att öka följsamheten till kvalitetsindikatorer för en god palliativ vård i livets slutskede samt fortsatt erbjuda samtal inför livets slut s.k. DöBra samtal. Efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs och kommer att användas i förbättringsarbete.

## 6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Smittförebyggande arbete	Att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittförebyggande arbete som genomförs vid introduktion och minst årligen.</li> <li>- Vaccinationer genomförs i samverkan med läkarorganisation i enlighet med regionens riktlinjer.</li> <li>- Vid misstänkt eller konstaterad smitta följs handlingsprogram och samverkan sker med vårdhygien för att säkra ett korrekt omhändertagande.</li> <li>- Reflektion och återkoppling av resultat från genomförda egenkontroller av vårdhygienisk standard sker till personal vid avdelningsmöten och APT-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontroll av andelen medarbetare som genomgått årlig utbildning i basala hygienrutiner och klädregler</li> <li>- Egenkontroll genom PPM av basala hygienrutiner och klädregler minst 2 gånger per år enligt årshjul för HSL</li> <li>- Egenkontroll av vårdhygienisk standard årligen enligt årshjul för HSL</li> <li>- Uppföljning av infektionsregistrering månatligen</li> </ul>
Strukturerade och evidensbaserade bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov	<p>1. Alla boende ska erbjudas riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen. Bedömningar av ADL förmåga och funktion- och förflyttningsförmåga erbjuds och genomförs. Vid symtom på beteendemässiga och psykiska störningar hos patienter med demensdiagnos ska BPSD-skattning genomföras.</p> <p>2. Utifrån identifierade risker och vårdbehov ska en hälsoplan upprättas.</p> <p>3. Vid försämrat hälsotillstånd hos patient används ViSam beslutstöd av sjuksköterska som stöd för klinisk bedömning och val av vårdnivå.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sjuksköterska erbjuder och genomför riskbedömningar för fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen vid inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>- Arbetsterapeut erbjuder och genomför bedömning av ADL förmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer.</li> <li>- Sjukgymnast /fysioterapeut erbjuder och genomför bedömning av funktion- och förflyttningsförmåga i samband med inflytt och minst årligen enligt riktlinjer</li> <li>- BPSD -skattning genomförs för patienter med demensdiagnos vid symtom på beteendemässiga och psykiska störningar</li> <li>- Utifrån identifierade risker och vårdbehov upprättas hälsoplan.</li> <li>- Fortsatt implementering av ViSam beslutstöd för bedömning av försämrat hälsotillstånd hos patient..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Månatlig uppföljning av inrapporterade HSL indikatorer.</li> <li>- Egenkontroll av ViSam användning våren 2024.</li> <li>- Egenkontroll av utförda BPSD skattningar.</li> </ul>

Fokusområde	Mål	Planerade åtgärder	Egenkontroll
Hälsa- och sjukvårdsdokumentation	Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen lever upp till krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbildningsinsatser utifrån resultat och analys av egenkontroller av vårdprocesser enligt årshjul med stöd av verksamhetsutvecklare och dokumentationshandledare fortsätter.</li> <li>- Upprättade mallar för egenkontroll används som stöd för Hälsa- och sjukvårdsdokumentationen av olika vårdprocesser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Egenkontroll er av hälsa- och sjukvårdsdokumentation utifrån fastställda vårdprocesser genomför enligt årshjul vid 8 tillfällen under året.</li> </ul>
Palliativ vård	En god palliativ vård i livets slutskede som är följsam till riktlinjer och rutiner.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortsatt implementering av DöBra verktyget för att inventera egna önskemål vid vård i livets slut.</li> <li>-Brytpunktssamtal genomförs och en vårdplan för palliativ vård upprättas vid övergång till vård i livets slutskede för att säkra ett gott omhändertagande.</li> <li>- Reflektionssamtal genomförs tillsammans med läkare efter dödsfall och vården registreras i Svenska palliativ registret.</li> <li>-Efterlevandesamtal och närståendeenkäter erbjuds och genomförs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppföljning av resultat av genomförda och dokumenterade kvalitetsindikatorer i Svenska palliativ registrets rapport var tredje månad.</li> <li>- Uppföljning av palliativa indikatorer, genomförda reflektionssamtal, efterlevandesamtal och närstående enkäter vid palliativa ombudsträffar 8 gånger per år.</li> </ul>
Avvikelsehantering	Avvikelse används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inrapporterade avvikelser utreds, analyseras och planerade åtgärder dokumenteras enligt riktlinjer och rutiner.</li> <li>.- Avvikelse följs upp i enhetens forum för avvikelsehantering. Risker identifieras och åtgärder planeras och följs upp.</li> <li>-Information om rutiner för avvikelsehantering, rapporteringsskyldighet ges till personal i samband med introduktion och på APT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minst månatlig uppföljning i enhetens forum för avvikelsehantering av att inrapporterade avvikelser hanterats och slutbedöms.</li> </ul>