



Humana

Patientsäkerhetsberättelse

Riddargården

2021

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
2 Sammanfattning	4
3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	5
3.2 Övergripande mål och strategier.....	5
3.3 Organisation och ansvar	6
3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
3.5 Informationssäkerhet.....	6
3.6 En god säkerhetskultur	7
3.7 Adekvat kunskap och kompetens.....	7
3.8 Patienten som medskapare	8
4 AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	11
4.3 Säker vård här och nu.....	11
4.3.1 Riskhantering.....	12
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	12
4.4.1 Avvikelse	12
4.4.2 Klagomål och synpunkter	13
4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	13
5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	15
6 Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	16
7 Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning	17

1 Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



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

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

2 Sammanfattning

Humana Riddargården har 45 lägenheter varav 36 är för boende med demenssjukdom.

Humana har drivit Riddargården sedan 1 november 2018.

Under 2021 har pandemin fortfarande påverkat verksamheten, vi har endast haft möten avdelningsvis allt för att undvika Covid smitta. Vi har haft en stabil personalgrupp hela året både omvårdnadspersonal och HSL personal. Vår läkare har alltid gjort fysiska besök hos våra boende.

Egenkontroller i verksamheten har genomförts enligt plan med godkända resultat.

Senior Alert och Palliativ registret fylls i regelbundet medan BPSD registret används endast i liten utsträckning.

Under 2022 vill vi öka registreringarna i BPSD och om pandemin tillåter öka antalet fysiska möten och utbildningar.

3 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Humana Riddargården har en verksamhetschef och en gruppledare som sköter bemanningen.

Varje avdelning har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vi har sjuksköterska på plats dagtid sju dagar per vecka, övrig tid jour sjuksköterskor.

Sjukgymnast och arbetsterapeut finns på plats alla vardagar.

Vi har en stabil grupp med mycket erfarna undersköterskor som värnar och bibehåller god omvårdnad för våra boende.

Regelbundna arbetsplatsträffar ställdes in under 2021, för att minska risken för smitta.

Team träffar och avdelningsmöten har fortsatt avdelningsvis.

3.2 Övergripande mål och strategier

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

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

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

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

3.3 Organisation och ansvar

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

[Årsredovisning 2020](#)

[Kvalitetsredovisning](#)

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

Verksamhetschefen har ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i verksamheten. All personal ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Till stöd finns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och kvalitetsavdelningen som fastställer riktlinjer och rutiner. Övergripande ansvar har divisionschef, affärsområdeschef och ytters VD/koncernchef.

3.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Genom en upprättad systematisk årsplanering så genomförs egenkontroll för alla processer och rutiner som ingår i vårt ledningssystem för kvalitet (PARUS). Intranätet möjliggör en säkring av att de senast uppdaterade rutinerna och blanketterna finns tillgängliga och används regelbundet.

Kvalitetsråd genomförs c:a 10 gånger per år. Verksamhetschef, gruppleddare, kvalitetsombud, sjuksköterska och paramedicinare deltar. Under 2021 har avvikelser diskuterats i HSL gruppen och på avdelningsmöten.

Riskbedömningar genomförs teambaserat och registreras i Senior Alert.

Verksamhetschef och dokumentationsstödjare kontrollerar genomförandeplanerna.

Regelbundna team möten har genomförts med paramedicin gruppen, ansvarig sjuksköterska samt omvårdnadspersonalen.

Läkarrond varje vecka, där det även ingår förbyggande åtgärder för ohälsa, fallolyckor etc

Varje månad skickar VC en avvikelserapport till MAS.

3.5 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Utifrån fastställda riktlinjer och rutiner har informationssäkerhetsarbetet inom Humana bland annat inriktats på att fortsätta sprida kunskap och förståelse i organisationen för en säker hantering av känsliga personuppgifter inom både kärnprocessen vård och omsorg samt alla stödprocesser. Utbildningen Integritet och dataskydd – GDPR för chefer är framtagen och ska genomföras av alla chefer. Projekt för att byta ut äldre system har påbörjats och ett nytt avvikelssystem för hela koncernen har tidigare införts. Tidigare inventering av IT-systemen och nya säkerhetskrav som togs fram har implementerats i kommande system. I Humanas journalsystem har två-stegs inloggning införts och behörighetstilldelningen har styrts upp ytterligare. Med ett koncerngemensamt avvikelssystem kan vi nu hantera avvikelser på ett gemensamt sätt och jämföra statistik och därmed minska risken att samma avvikelser upprepas. Patientinformation kan nu skickas elektroniskt i krypterad form vilket innebär enklare och snabbare hantering av informationen.

3.6 En god säkerhetskultur

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

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

[Parus ledningssystem](#)



Under pandemin har säkerhetsarbetet varit ständigt närvarande genom att säkerställa att rutiner finns och uppdateras i takt med nya riktlinjer. Under året har riktlinjer och rutiner ibland uppdaterats på veckobasis. Informationsflödet från Humana, MAS, kommunen, regionen, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har varit stort. Verksamhetschefen har under året gått igenom all information och sedan förmedlat vidare till personal och anhöriga. Verksamhetschefen mailar information regelbundet till anhöriga och gällande restriktioner sitter alltid uppsatt för besökare att se. All personal har arbetat aktivt med att arbeta enligt gällande rutiner.

All personal har inlogg till DF respons och uppmanas att rapportera risker, tillbud och negativa händelser.

3.7 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Vi har många undersköterskor på våra fasta tjänster. Bland våra timanställda har vi både undersköterskor och personal som går undersköterskeutbildningen.

Det finns stor kompetens i egna verksamheten hos bl.a. sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut, det blir en utbildning direkt på plats. Flertalet utbildningsmöjligheter finns också via Humana Academy, webutbildningar som alla anställda bör gå.

Bemanningen anpassas alltid så att personal med läkemedelsdelegering finns på varje våning dygnet runt.

3.8 Patienten som medskapare

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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §



Att göra boende och närstående delaktiga i vården är viktigt för att de ska känna sig trygga och hörda.

Vid inflytt får den boende inskrivningssamtal med läkare, om boende önskar bjuds närstående in till detta samtal. Anhöriga läser och godkänner genomförandeplaner om den boende givit samtycke till detta. Två veckor efter inflytt erbjuder vi ett Välkomstmöte för boende och anhöriga, På mötet deltar sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kontaktman.

Två gånger per år bjuder vi in alla anhöriga till informationsmöte. Under pandemin har detta inte varit möjligt. Vi har då erbjudit enskilda möten till de anhöriga som önskat.

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.



Utfört	Egenkontroll	Resultat	Analys/åtgärd
2021	Läkemedelshantering	Godkänd på 18 av 18 punkter.	
2021	Hälso- och sjukvårdsdokumentation	HSL-dokumentation granskad. Godkänd på 19 av 20 punkter.	En svaghet är uppföljning av vårdplaner
2021	Nattfastemätning	Utförd 2 gånger. Godkänt resultat båda gångerna.	
2021	Narkotika	Utförd 1 ggr/månaden. Godkänt resultat.	Fortsatt kontroll 1 ggr/mån.
2021	Medicin Tekniska Produkter	Under året följt planen med kontroll av MTP. Godkänd på 12 av 12 punkter.	Fortsätta att nå ut med utb till nyanställda
2021	Delegering	Godkänd på 4 av 5 punkter.	Vi fortsätter jobba för att nå målet att all personal ska göra förnyad test i tid
2021	Trycksår	Godkänd på 12 av 12 punkter.	
2021	Basala hygienrutiner	Godkänd på 15 av 15 punkter.	
2021	Kontinens	Godkänd på 11 av 12 punkter.	Vårdplan saknas på enstaka nyinflyttad
2021	Demens	Godkänd på 7 av 8 punkter.	BPSD behöver användas oftare
2021	Vård i livets slut	Godkänd på 13 av 13 punkter.	
2021	Nutrition	Godkänd på 11 av 11 punkter.	
2021	Fallprevention	Godkänd på 11 av 11 punkter.	Rehab personal på plats på vardagar

Utfört	Egenkontroll	Resultat	Analys/åtgärd
2021	Rehabilitering	Godkänd på 9 av 9 punkter.	
2021	Samverkan och informationsöverföring	Godkänd på 11 av 11 punkter.	
2021	Tandvård	Godkänd på 4 av 5 punkter.	under pandemin saknat hjälp av tandvård med munbedömningar
2021	Patientsäkerhetsarbete	Godkänd på 11 av 11 punkter.	Upprätthåller fastslagen plan.
2021	Måltidsobservation	Godkänd 93 av 105	5 vån med 21 punkter, vanligast var mindre avvikelser som inga kryddor på bordet etc

Många av egenkontrollerna visar på goda resultat, målet är att bibehålla kvaliteten och förbättra där vi ser brister.

4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

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

Har vården varit säker



All personal ska skriva avvikelser vid patientsäkerhetsrisker. Dessa utreds först av verksamheten som gör en allvarlighets bedömning. Vid allvarliga avvikelser utreds dessa som lex. Maria med händelseanalys och handlingsplan av team i verksamheten med stöd från MAS. MAS fortsätter sedan analysen och beslutar om ärendet blir en anmälan eller inte.

Under 2021 har inga händelser utretts som vårdskada på Humana Riddargården.

Viktigt att arbeta med:

Kommunikation/Information

Flertalet gånger är brister i kommunikation och information både mellan och inom yrkesgrupper en bidragande faktor till att avvikande händelser sker.

Dokumentation

Utöver den muntliga rapporteringen är den skriftliga dokumentationen viktigt för patientsäkerheten.

Riskanalyser

Legitimerad personal använder kvalitetsregister och skriver vårdplaner för att upptäcka risker. Vid kontroll saknas ibland uppföljning av risker och åtgärder. Att följa upp vårdplanerna är ett förbättringsområde.

Ansvarsfördelning

Det är viktigt att detta är känt av all personal. Vid fallolyckor ska alltid sjuksköterska kontaktas, denna rutin gäller dygnet runt. När fallolyckan sedan ska utredas har sjukgymnasten ett stort ansvar. Alla läkemedelsavvikelser ska också direkt meddelas till sjuksköterskan.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system



Patientsäkerhet

Fall, trycksår, undernäring och munhälsa är ett stort riskområde och samtliga boende som samtycker registreras i Senior Alert.

Vårdrelaterade infektioner är de infektionstillstånd som drabbar en boende till följd av vård, undersökning eller behandling. Där är den viktigaste förbyggande åtgärden är följsamhet till basala hygienrutiner.

Läkemedelssäkerhet

Felaktig läkemedelshantering är en säkerhetsrisk. Personalen gör delegeringstesten på Humana Academy, de får sedan påminnelser via mail när det är dags att förnya testet.

Medicinteknisk säkerhet

De medicintekniska produkter som verksamheten använder kontrolleras enligt tillverkarens instruktioner. Egenkontrollen för service sker årligen men det är också viktigt att produkterna används på rätt sätt, där har sjukgymnast och arbetsterapeut ett ansvar att kunskapen finns hos all personal.

4.3 Säker vård här och nu

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

Är vården säker idag



En verksamhet är beroende av duktiga och kompetenta sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Under 2021 hade vi en stabil personalgrupp och det var en förutsättning att trots pandemin kunna bedriva en god och säker vård.

4.3.1 Riskhantering

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

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

Riskanalyser genomförs för att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker och ta fram åtgärder för att förebygga och minska risken eller allvarlig konsekvens.

All personal kan rapportera en risk i avvikelssystemet DF-Respons.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

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

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



4.4.1 Avvikelse

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

All personal ska skriva avvikelser i DF-respons. Alla uppmanas att rapportera händelser och risker. Återkoppling sker till den som rapporterat samt följs upp i olika mötesforum.

Under året har vi haft problem med följsamhet att alltid vara två vid förflyttningar där dubbelbemanning är ordinerad. Sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut samt verksamhetschef har haft flera möten med berörd personal. Vi ser nu att dessa avvikelser upphört.

	2021	Kommentarer
Fall	170	Av dessa är 3 frakturer
Läkemedelshantering	32	Vanligast att läkemedel inte givits i tid
Medicinteknik och hjälpmedel	6	Vanligast problem med Wifi till larmen
Kommunikation och utförande	10	Förflyttning med ordinerad dubbelbemanning tas själv samt kommunikations problem mellan kollegor
Totalt	218	

4.4.2 Klagomål och synpunkter

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

Vi är skyldiga att ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter kan lämnas till verksamheten på olika sätt. Boende och närstående kan bl.a. ta kontakt direkt med personal eller verksamhetschef i personligt möte, via telefon eller mail. Det finns också möjlighet att göra ett skriftligt klagomål via broschyr. Det går även att vända sig till kommunen eller patientnämnden som då tar kontakt med verksamheten.

När synpunkt eller klagomål kommer till verksamhetens kännedom återkopplas snarast till boende/närstående som inkommit med klagomålet, men senast inom 7 dagar. Alla avvikelser registreras i avvikelssystemet DF Respons.

Internutredning utförs och återkopplas sedan till rapportören.

Under 2021 har tre klagomål registrerats, alla från samma anhörig. Klagomålet har skickats till kommunen, Patientnämnden samt IVO. Vi har besvarat dessa men inväntar svar från IVO.

Det finns troligen också klagomål som hanterats direkt och därför inte dokumenterats.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden



Teamsamverkan är viktigt för att gemensamt kunna diskutera risker, problem och utmaningar och arbeta mer patientsäkert.

Vissa händelser skulle kunna undvikas om kommunikationen fungerar. Att rapportera både muntligt och skriftligt kräver träning och utbildning. Flera i personalgruppen upplever att den skriftliga dokumentationen behöver förbättras.

Vi har dokumentationsstödjare som under året kommer stötta dem som behöver hjälp med dokumentationen med fokus på vad som ska skrivas.

Vi kommer även att arbeta med att anmäla risker i vårt avvikelssystem, allt för att då ha en möjlighet att undvika en avvikelse längre fram.

5 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under två års tid har vi levt med Pandemin, det har utifrån restriktioner och rutiner krävt att vi ändrat mycket i verksamheten. Covid smittade boende, personal och anhöriga har påverkat vår vardag.

Vi har inte kunnat ha möten där personal från olika avdelningar deltagit. Personalen har inte deltagit på några fysiska möten eller utbildningar utanför verksamheten.

När pandemin släpper sitt grepp ser vi fram emot att återgå till vårt arbetssätt vi hade förut med fler fysiska möten.

Humanas egenkontroller som vi utför varje år:

- Måltidsobservationer
- Basala hygienrutiner
- Delegering
- Läkemedelshantering
- Fallprevention
- Medicintekniska produkter
- Rehabilitering
- Trycksår
- Tandvård
- Nutrition
- Kontinens
- Demens
- Vård i livets slut
- Dokumentation HSL och SoL
- Livsmedelshygien
- Nattfastemätning

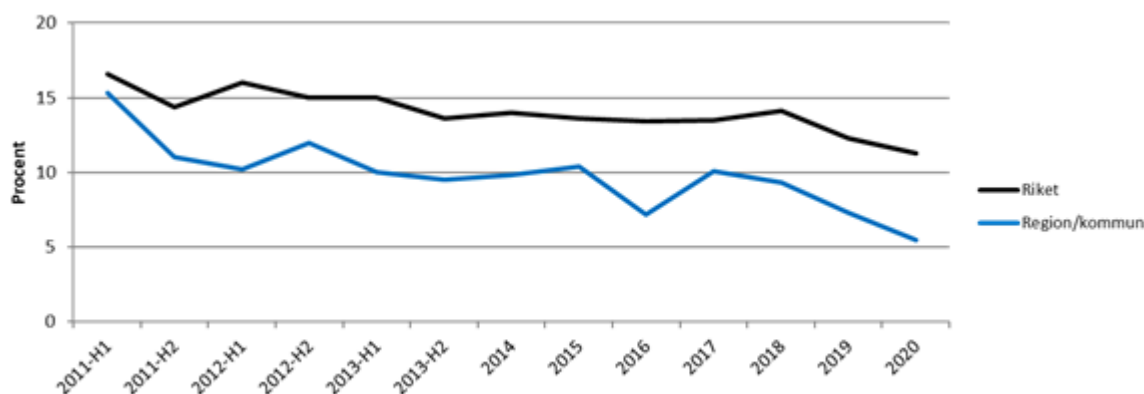
6 Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska

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



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

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

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

7 Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning

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

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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