



Stockholms  
stad

Patientsäkerhetsberättelse

# Rio vård- och omsorgsboende År 2022



2023-03-01  
Petra Nilsson  
ÖST 2023/159

## Inledning

*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.

Rio vård- och omsorgsboende består av ett korttidsboende med plats för tio äldre, två våningar med inriktning kognitiv svikt med 16 boende per våning, tre våningar med inriktning somatik med 16 boende per våning, sammanlagt 90 platser.



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.*

## Innehåll

Patientsäkerhetsberättelse.....	1
Innehåll .....	3
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
Informationssäkerhet .....	9
En god säkerhetskultur .....	11
Adekvat kunskap och kompetens .....	12
Patienten som medskapare .....	13

AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	13
Har vården varit säker .....	16
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	18
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system .....	18
Är vården säker idag .....	19
Riskhantering .....	21
Stärka analys, lärande och utveckling .....	21
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information .....	21
Avvikelse .....	22
Klagomål och synpunkter .....	23
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	24

## SAMMANFATTNING

Rio vård och omsorgsboende ska bedriva hälso- och sjukvård av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården ska fortlöpande och systematiskt utvecklas i överensstämmelse med gällande riktlinjer och lagstiftning. Under år 2022 har Covid-19 delvis påverkat verksamhetens utveckling men framförallt avsaknad av kontinuitet i sjuksköterskegruppen, beroende på en vakant tjänst sedan år 2021, en sjuksköterska gick i pension, en sjuksköterska var långtidssjukskrivning, en sjuksköterska hade frånvaro av personligas själ samt att en sjuksköterska valde att säga upp sin tjänst vilket påverkade kontinuiteten av sjuksköterskor. Utifrån att det är svårt att hitta sjuksköterskor till fasta tjänster och mer eller mindre omöjligt att hitta sjuksköterskor till vikariat, så var vi tvungna att använda oss av bemanningsföretag som kunde leverera sjuksköterskor under kortare eller längre perioder, vilket påverkade kontinuiteten av sjuksköterskor under tiden vi rekryterade. I början av år 2023 är alla tjänster tillsatta och sjuksköterskorna är på plats.

Verksamheten följer upp hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet genom bl.a. egenkontroller av utvalda processer, via avvikelshantering, via inkomna synpunkter och klagomål och registreringar i nationella kvalitetsregister. Även riskanalyser ingår i patientsäkerhetsarbetet.

Utifrån analyser av egenkontroller och avvikelshantering, så ser vi att vi har ett väl förankrat arbetssätt, tydliga och klara rutiner vilket varit en trygghet under delar av år 2022 då vi haft en minskad kontinuitet av sjuksköterskor. Vi ser att våra lokala rutiner inte alltid följs och då har det vid vissa tillfällen uppkommit avvikelser och i somliga fall har avvikelserna varit allvarliga.

Via våra egenkontroller har vi bl.a. sett att vi behöver förbättra teamarbetet mellan alla professioner och dokumentationen av teammöten, under slutet av år 2022 reviderade vi den lokala rutinen beträffande teammöten som vi kommer följa upp under år 2023.

När jag analyserar processen kring avvikelshandlingen kan jag se att alla avvikelser inte skrivs in i Vodoks avvikelsemodul. Ett av målen för år 2022 var att öka antalet inskrivna avvikelser i Vodoks avvikelsemodul jämfört med år 2021 men när jag räknar inskrivna avvikelser i Vodoks avvikelsemodul för år 2022 har de endast ökat med några enstaka avvikelser i jämförelse med föregående år, så det är ett fortsatt förbättringsområde för år 2023.

Vi har arbetat med att förbättra den palliativa vården under år 2022 och enligt palliativa registret, så har vi förbättrat den palliativa vården inom alla målområden men vi behöver arbeta vidare med den palliativa vården för att nå vår målbild, i första hand beträffande munhälsovårdsbedömningar och munhälsovård samt tidigt palliativt förhållningssätt. Under februari och mars år 2023 är utbildningar planerade för både sjuksköterskor och baspersonal i munhälsobedömning och munhälsovård.

Under både år 2021 och år 2022 har vi arbetat med att säkra informationsöverföringen mellan olika professioner via rapporteringsstödet Visam vars mål och syfte är att ge de äldre/patienter trygghet och vård på optimal vårdnivå utifrån behov och situation och att samtlig vårdpersonal ser helheten i vårdkedjan och underlättar den äldres/patientens övergång mellan vårdgivare. Visam inkluderar Sbar som står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och

Rekommendation som är ett sätt att rapportera mellan olika professionerna för att minska riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas. Under år 2022 har alla medarbetare fått en teoretisk genomgång av Sbar samt en handbok angående hur vi ska arbeta enligt Sbar.

Baspersonal har fått undervisning/handledning i hur de ska ta vitala parametrar så som kroppstemperatur, puls, blodtryck, räkna andningsfrekvens och ta syremättnad, vilket är ett delmoment i Visam

För att förbättra dokumentationen ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv har vi haft en Processledare i dokumentation anställd på ca 30 %, hen har utbildat hälso- och sjukvårdspersonal i dokumentation både i grupp och individuellt. Via våra egenkontroller ser vi att dokumentationen försämrats under år 2022 i jämförelse med år 2021 beträffande följsamhet till omvårdnadsprocessen, vilket delvis kan härledas till avsaknad av kontinuitet i sjuksköterskegruppen och bristande kunskap i hur hälso- och sjukvårdsmedarbetarna ska dokumentera i Vodok.

Under år 2023 kommer vi utöka den kollegiala granskningen av vår hälso- och sjukvårdsdokumentation, vår Processledare i dokumentation kommer handleda/utbilda hur den kollegiala dokumentationen ska gå till samt vara med och sammanställa resultatet och utifrån sammanställningen handleda/utbilda hälso- och sjukvårdspersonal.

Under hösten år 2022 har fem sjuksköterskor fått utbildning i kontinensvård men inte baspersonal, vilket är en förutsättning för att alla boende med blåsdysfunktion ska få en basal utredning och därmed en komplett omvårdnadsplan, vilket var ett mål för år 2022. Under år 2023 kommer baspersonal utbildas i kontinensvård och arbetet fortsätter med att alla boende med blåsdysfunktion ska få en basal utredning och en komplett omvårdnadsplan.

För att skapa en tydligare struktur och ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdsmedarbetare gällande arbetsuppgifter som inte är patientnära och påverkar patientsäkerheten så som t.ex. beställning av läkemedel, struktur för palliativt arbete, vidareutveckla dokumentationen utifrån hälso- och sjukvårdslagen på lokal nivå, att egenkontroller utförs osv. så har vi haft dialog kring strukturen och vem gör vad under ett flertal hälso- och sjukvårdsmöten, för att säkerställa att de arbetsuppgifterna blir utförda när flera ordinarie sjuksköterskor inte är på plats.

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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.

2022 års strategier för att nå ”God och säker vård- överallt och alltid” har varit för Rio vob att:

1. Att utbilda all baspersonal i Sbar som står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation ett arbetssätt att kvalitetssäker informationsöverföring
2. Att alla sjuksköterskor får reell kompetens inom kontinensvård
3. Att alla patienter med blåsdysfunktion ska ha en basal utredning och hälsoplan
4. Skapa en tydligare struktur och ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdmedarbetare gällande arbetsuppgifter som inte är patientnära t.ex. beställning av läkemedel, struktur för palliativt arbete, arbeta, vidareutveckla dokumentationen utifrån hälso- och sjukvårdslagen på lokal nivå, att egenkontroller utförs osv.

### 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. Det har skett ett omfattande arbete inom äldreomsorgsavdelningen för att kartlägga patientsäkerhetsarbetet inför omställningen av god och nära vård. I arbetet har chefer och medarbetare från samtliga enheter deltagit vilket både skapar engagemang och ger en bra grund i det fortsatta förändringsarbetet.

Förvaltningen följer stadens riktlinjer som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdsområdet men bedömer att hälso- och sjukvårdsfrågor behöver få ett ökat utrymme och ser ett behov av ökad kunskap om hälso- och sjukvårdsområdet. Behovet finns på alla nivåer men ser olika ut beroende på funktion/roll och uppdrag. Under året har en kartläggning och nulägesanalys genomförts genom att använda Sveriges kommuner och regioner (SKR) Analysverktyg patientsäkerhet. Resultatet har analyserats och ett arbete pågår med prioriterade områden i en handlingsplan. Detta arbete kommer att fortsätta under år 2023.



## Övergripande mål och strategier

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

Äldreomsorgens övergripande mål är att varje boende på Rio ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården och att den vård som ges uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition<sup>1</sup>

Verksamheterna har i utvecklingsplaner tydliggjort inriktning för äldreomsorgen genom kartläggningen i analysverktyget, verksamhetsuppföljningar och egenkontroller. Inom vissa områden behöver arbetssättet förändras och patienters och anhörigas perspektiv tas till vara för att målen ska kunna uppnås. Nyckelord som personcentrering, helhetssyn och gemensam målbild behöver finnas med i processen för att ansvaret att erbjuda en vård och omsorg med god kvalitet ska uppnås.

## Organisation och ansvar

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

### *Nämndens ansvar*

Stockholms stad har uppdragit till Östermalms stadsdelsnämnd att utgöra vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen<sup>2</sup> för de verksamheter som bedrivs i egenregi i stadsdelen.

Nämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

### *Verksamhetschef för hälso- och sjukvård enligt HSL:*

Kravet på att verksamhetschef ska finnas ”där hälso- och sjukvård bedrivs” och är reglerad i lag och förordning<sup>3</sup>. Verksamhetschefen har enligt hälso- och sjukvårdslagen det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

### *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) funktion är reglerad i lag och förordning<sup>4</sup> och innebär att MAS ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område.

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet och hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och

<sup>2</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

<sup>3</sup> Enligt HSL (2017:30) 3 kap. 2 §, ska det, där det bedrivs vård, finnas någon som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap. 1-5 §§

<sup>4</sup> Enligt HSL (2017:30) 11 kap. 4 §. Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) 4 kap. 6 §.



### *Medicinskt ansvarig för rehabilitering*

Den medicinskt ansvarige för rehabilitering (MAR) har jämförbart uppdrag med MAS inom området rehabilitering. MAR och MAS har ett nära samarbete.

Vårdgivaren utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Både MAS och MAR har delegation från nämnden att göra en anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

### *Avdelningschef*

Avdelningschef har ett ansvar över avdelningen för äldreomsorg i stadsdelen och säkerställer ytterst att kvaliteten för god vård och omsorg uppfylls och att gällande riktlinjer och rutiner följs på områdesnivå samt ger underlag till områdeschefer, VC och enhetschefer för övergripande uppföljning.

### *Områdeschef*

Föra vidare information från Avdelningschef till Enhetschef/Verksamhetschef  
Områdeschef ansvarar för att följa upp att lokala rutiner går igenom varje år och revideras vid behov samt hur enhetscheferna arbetarna med att rutiner och riktlinjer är kända för medarbetarna.

### *Enhetschef*

Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens rutiner går igenom och ev. revideras en gång om året och vid behov, t.ex. att det kommit fram i avvikelshanteringen att en rutin behöver revideras. Hen ansvarar för att rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

### *Medarbetare*

Hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som bl.a. innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vidare finns en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet. Utöver legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är även personal som utför delegerade uppdrag efter erhållen delegering av legitimerad personal, hälso- och sjukvårdspersonal med det ansvar som då följer.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Regionen och länets kommuner har genom samverkan arbetat fram olika samverkansöverenskommelser liksom stödande och styrande dokument i syfte att säkra patientsäkerheten och förebygga vårdskador;

- Huvudöverenskommelse om samverkan kring hälsa, vård och omsorg

- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS)
- Samverkan kring personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samverkan vid uppsökande verksamhet (munhälsa) & nödvändig tandvård
- Kostnadsansvar för förskrivningsbara hjälpmedel och förbrukningshjälpmedel
- Logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt apodos
- Omhändertagande av avlidna
- Samverkan inom patientnämndsverksamhet
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård & omsorg för äldre
- Samordnad individuell plan (SIP)

Stadens MAS/MAR-nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor exempelvis gemensamma riktlinjer. MAS/MAR deltar regelbundet i hälso- och sjukvårdsmöten.

Samverkan sker internt i form av teamsamverkan där omvårdnadsansvarig sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut deltar tillsammans med baspersonal/kontaktperson. Vid behov ansluter andra funktioner till teamsamverkan t.ex. läkare, dietist, enhetschef.

Samverkan behövs vid hantering av avvikelser, såväl interna som externa. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå på kvalitetsmöte. Externa avvikelser, t.ex. avvikelser i vårdkedjan, hanteras av MAS och skickas till annan vårdgivare/huvudman i dialog med verksamhetschef. Avvikelseerna i vårdkedjan hanteras i olika samverkansmöten mellan regionen och stadsdelen.

Rio vob har en samverkansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Capio Legevisitten. Överenskommelsen följs upp årligen och revideras. Syftet med överenskommelsen är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och tydliggöra roller och ansvar. Överenskommelsen bygger på det avtal som läkarorganisationen har med regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning. Samverkansmöten genomförs minst två gånger per år med representanter från läkarorganisationen och verksamheten.

Dagverksamheten har en samverkansöverenskommelse med Rio vård- och omsorgsboende. Överenskommelsen följs upp årligen och revideras vid behov. Syftet med överenskommelsen är att säkerställa att sjuksköterska finns tillgänglig när dagverksamheten är i behov av kontakt för rådgivning, konsultation och bedömning av hälsotillstånd. Syftet är också att säkerställa kvaliteten i givna insatser och tydliggöra roller och ansvar. Minst en gång per år träffas chefer för Rio vård- och omsorgsboende, dagverksamheten och förvaltningens MAS för uppföljning av samverkan. Vid behov deltar även representanter från hälso- och sjukvårsteamet i samverkansmöten.

Inom korttidsverksamheten på Rio sker SIP-möten och övriga samverkansmöten när behov av samordning av stöd kring den enskilde finns.

#### **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Information är värdefull och behöver skyddas efter behov. Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering. Detta skapar förtroende både inom och utanför organisationen. Systematiskt informationssäkerhetsarbete är att arbeta förebyggande och att kontinuerligt anpassa skyddet utifrån organisationens behov och risker. Då finns informationen tillgänglig när vi behöver den, vi kan lita på att den är korrekt och att endast behöriga personer får ta del av den.

Det skydd vi har att tillgå för att skydda informationen är:

- Digitala/tekniska skydd; t.ex. behörigheter, brandväggar, antivirusprogram
- Fysiska skydd: t.ex. skal- och brandskydd i lokaler, låsbara skåp för pappersjournaler
- Administrativa skydd: styrande och stödjande dokument
- Mänskliga skydd: kunskap om hur informationen får hanteras och kommuniceras

#### *Systematiskt arbete med NIS-direktivet*

Nämnden omfattas av NIS-direktivet (Nätverk och informationssystem) som ställer krav på säkerhet i nätverk och informationssystem. Reglerna omfattar leverantörer av samhällsviktiga tjänster och vissa digitala tjänster. Det finns ett systematiskt arbetssätt kopplat till direktivet och rutiner för verksamheten vid avvikelser/händelser. Arbetet är pågående och följs upp kontinuerligt och utvecklas inom förvaltningen av utsedd ansvarig tjänsteman.

#### *Systematiskt arbete med GDPR*

Förvaltningen har en ansvarig för GDPR och verksamheterna har lämnat listor över vilka dokument, som kan omfattas av regelverket kring GDPR, som används i verksamheterna och hur de används.

#### *Skydd av nätverk*

Stadens IT-system nås via trådlöst nätverk i verksamheten. I det trådlösa nätverket är säkerheten hög. Citrix-lösning med två faktors inloggning, detta är för att öka säkerheten för uppkoppling och generellt skydd av data.

#### *Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten*

- KLASSA informationssäkerhetsklassning; utförs av förvaltningen där representanter från verksamheten deltagit i de system som verksamheten använder.
- Informationssäkerhetsinstruktion för medarbetare och ledning
- Säkra digitala möten är under införande.
- Kontrollerade behörigheter för vikarier.
- Kontroller av att personer/behörigheter tas bort från tex Vodok, när personer slutat sin anställning
- Säker e-posthantering för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt.
- Digitala medicinskåp för narkotikaklassade läkemedel, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är ytterst viktigt inom verksamheten
- NPÖ (nationell patientöversikt) tillgänglig för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- All personal har tillgång till och har genomgått utbildning i informationssäkerhet och dataskyddsförordning.

#### *Loggkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen*

Loggkontroller genomförs en gång i månaden i dokumentationssystemet Vodok för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller i verksamhetssystemet NPÖ görs av verksamhetschef alternativt utsedd person av verksamhetschef en gång i månaden för att kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt uppgifter samt att hindra personal från att läsa uppgifter om patienter som de inte har vårdrelation till.

Vi har ett etablerat och välkänt arbetssätt beträffande hur informationsöverföring ska ske samt lokala rutiner för hur informationsöverföring ska utföras både muntligt och skriftligt, mellan olika professioner, både internt och externt. Följes inte dessa skrivs avvikelser och vi utreder sedan vad som inträffat och reviderar ev. arbetssätt eller lokala rutiner utifrån den inträffade händelsen.

### En god säkerhetskultur

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



För att arbeta med en god säkerhetskultur har vi klara, tydliga och aktuella lokala rutiner som revideras med regelbundenhet och är lättillgängliga. Vi har en väl inarbetad avvikelseprocess som även involverar klagomål och synpunkter. Vilket innebär att så fort en avvikelse, ett klagomål eller synpunkt kommer till vår kännedom, kan vara både muntligt och skriftligt, börjar vi med eliminera risk för skada/vårdskada alternativt minimera redan uppkommen skada/vårdskada.

När vi säkerställt den äldres säkerhet, dokumenteras den inträffade avvikelsern/klagomålet/synpunkten på avsedd blankett, av den som upptäckt avvikelsern eller fått kännedom om klagomålet eller synpunkten. När blanketten kommer till en hälso- sjukvårdsmedarbetare skrivs den in i Vodoks avvikelsemodul, är det hälso- och sjukvårdspersonal som upptäcker avvikelsern, skrivs den direkt in i Vodok.

Är det en allvarlig avvikelse informerar hälso- och sjukvårdspersonalen den till Verksamhetschef muntligt eller skriftligt så fort som möjligt, hen kan även informera Medicinsk ansvarig sjuksköterska. Om inte hälso- och sjukvårdspersonalen informerat Medicinsk ansvarig sjuksköterska så gör Verksamhetschef det.

Avvikelser redogörs på nästkommande våningsmöte/teammöte, dialog förs hur en liknande avvikelse/klagomål/synpunkt inte ska uppkomma igen och adekvata åtgärder vidtas vid behov som rör arbetet på våningen. Alla avvikelser som rör hälso- och sjukvårdspersonal och de kan lära av, tas upp på hälso- och sjukvårdsmöten samt kvalitetsråd.

Varje våning har minst ett kvalitetsombud, kvalitetsombudet sammanställer alla avvikelser, klagomål och synpunkter som skett på våningen och vilka åtgärder som är vidtagna under en månad, hen redovisar dessa vid månadens kvalitetsråd och dialog förs. Alla våningar inom Rio Vård- och omsorgsboende är representerade via kvalitetsombud och/eller hälso- och sjukvårdspersonal, Enhetschefer och Verksamhetschef medverkar under kvalitetsråd. Syftet

med kvalitetsråd är att vi ska lära av varandra, så att vi inte upprepar negativa händelser och kan se brister i organisation och tillsammans hitta lösningar för att stärka patientsäkerheten.

För att säkerställa att Dagverksamheten har tillgång till sjuksköterska har vi under år 2022 införskaffat en telefon så att medarbetarna på Dagverksamheten kan komma i direkt kontakt med ansvarig sjuksköterska på Rio Vård- och omsorgsboende. Vi har avsatt en sjuksköterska som har primäransvaret för Dagverksamhetens samt reviderat lokal rutin.

### **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.



För att säkerställa att alla medarbetare har adekvat kunskap och kompetens inom hälso- och sjukvård så arbetar vi aktivt och systematiskt med kompetenshöjning. Bl.a. har två undersköterskor gått utbildning till Silviasköterska under år 2022 för att öka vår kompetens inom demenssjukdomar och bemötande av personer med kognitiv svikt på en djupare nivå. För att bl.a. kunna handleda kollegor.

Våning fyra och fem som har kognitiv svikt som inriktning har påbörjat sin utbildning för att bli Stjärnmärkta under år 2022. Stjärnmärkningens syfte är att öka kunskapen om demenssjukdomar och bemötande av personer med kognitiv svikt, för alla medarbetare som arbetar på våningarna, utbildningen kommer avslutas under år 2023. De övriga våningarna inom Rio vård- och omsorgsboende kommer påbörja Stjärnmärkning under år 2023 för att de också ska bli Stjärnmärkta och öka sin kunskap om demenssjukdomar och kognitiv svikt.

Sex undersköterskor har under år 2022 gått utbildning för att bli specialistundersköterskor, de kommer vara färdigutbildad till sommaren år 2023,

Fem sjuksköterskor har fått utbildning i kontinensvård för att öka den reella kompetensen gällande förskrivning av kontinenshjälpmedel.

Under hösten år 2022 har all baspersonal har fått utbildning i Sbar, Sbar står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation och är ett rapporteringsstöd, vilket innebär att när sjuksköterskan får rapport från baspersonal ska den vara tydligare och säkrare än innan utbildningen och användandet av Sbar. För att komplettera den teoretiska utbildningen i Sbar har all baspersonal fått undervisning i hur de ska ta blodtryck, puls andningsfrekvens och saturation (saturation är ett sätt att mäta syremättnad i blodet) vilket är en del i utbildningen för att kunna rapportera utifrån Sbar.

Palliativa ombud har fått utbildning i bl.a. Tidigt palliativt förhållningssätt inom äldreomsorgen – hur gör man i praktiken?

Ca 90% av medarbetarna har läkemedelsdelegering, under år 2022 har sjuksköterskorna börjat ge delegeringar med hjälp av Vodoks delegeringsmodul, vilket säkerställer delegeringsprocessen.

Under år 2022 har all hälso- och sjukvårdspersonal fått fem utbildningstillfällen gällande dokumentation utifrån hälso- och sjukvårdslagen av vår Processledare i dokumentation. Hen har månadsvis granskat aktuell dokumentation utifrån en framtagen dokumentationsmall, analyserat resultatet och utbildat utifrån hens analys av utbildningsbehov.

För att bibehålla kunskaperna gällande basala hygienrutiner så har all baspersonal fått utbildning i basala hygienrutiner under år 2022.

### **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 §*

För att den äldre ska kunna vara medskapare och delaktig i sin vård- och omsorg utgår vi från den äldres berättelse om sin situation och sjukdom samt deras önskemål, i vissa fall kan det vara den anhöriga som framför berättelsen och framför önskemålen, specifikt vid kognitiv svikt. Med utgångspunkt från berättelsen och inhämtad information om den äldre, skapas en omvårdnadsvårdplan/hälsoplan där både den äldre och hälso- och sjukvårdspersonal är delaktiga i framtagandet av mål och strategier för den vård- och omsorg som ska utföras. Rio vård och omsorgsboende försöker i så hög grad som möjligt göra de äldre delaktig, via bl.a. välkomstmöten, vårdplaneringar och god kommunikation. Vi tar tillvara på de synpunkter och klagomål beträffande den vård- och omsorg vi ger till den äldre och som kommer till vår kännedom och ändrar på det vi kan ändra på för att säkerställa vård- och omsorg. Har vi fått samtycke från den äldre om att dela information med anhörig ska vi med regelbundenhet kommunicera med anhörig för att informera samt erhålla information som gynnar den äldre

I samband med utskrivning från verksamhetens korttidsboende ska samverkan ske med mottagande verksamhet och den enskilde (äldre) samt dess anhöriga för att det medicinska och omvårdnadsbehovet säkerställs.

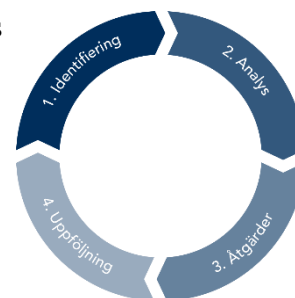
### **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

*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.

Vi på Rio vård- och omsorgsboende identifierar de risker som finns inom verksamheten dels via egenkontroller samt inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Vi utför egenkontroller årligen, enligt tabell på nästkommande sidor.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet	1 gång per år	Qusta (Quality uppföljning säkerhet, tillsyn och ansvar)
Dokumentation	1 gång i månaden	Processledaren för dokumentation granskar journalerna utifrån specifika områden som generellt arbetar med så som nutrition, kontinens osv.
	2 gånger per år	Vodok, Checklista – Kollegialgranskning/uppföljning av journal, Stockholms stad
Socialstyrelsens indikatorer för blåsdysfunktion	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Indikatorer för skyddsåtgärder i verksamheterna	2 gånger per år	Punktprevalensmätning (PPM)
Avvikelser	1 gång i månaden	Avvikelsesystemet i Vodok 2.0

Synpunkter och klagomål (som rör hälso- och sjukvård)	1 gång i månaden	Blankett/telefonsamtal/mejl inkommen till chef samt genomgång via kvalitetsråd
Infektionsregistrering	1 gång per månad	Rapporteras till MAS enligt framtagen mall
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll
Hygienronder	1 gång vartannat per år	Protokoll
Basala hygienrutiner	3 gång per år	Självskattning - följsamhet till basala hygienrutiner, SLL
Vård i livets slutskede	4 gånger per år	Svenska palliativregistret
Läkemedelshantering Narkotikakontroll Uteblivna signeringar av administrerade läkemedel	1 gång i månaden	Kontroll av utgångsdatum Narkotikajournaler Signeringslistor
Delegeringar	2 gånger per år	Via Vodoks delegeringsmodul och delegeringspärmar på ssk-expeditioner
Förbrukningsmaterial Kontroll av utgångsdatum gemensamma förrådet	2 gånger per år	Kontroll av ansvarig sjuksköterska i samband med beställning

## 1. Analys.

- Beroende på egenkontroll analyseras resultatet av Verksamhetschef, Verksamhetschef tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal, hälso- och sjukvårdspersonal eller Enhetschef. Vid analysarbetet är det viktigt att komma fram till vad vi måste arbeta med för att säkra den vård vi utför. Beroende på vem som utför analysen och vilka professioner det berör så presenteras resultatet på hälso- och sjukvårdsmöten, kvalitetsråd eller våningsmöten. Förslag på åtgärder presenteras eller tas fram under aktuellt möte. I vissa fall kan analysen komma fram till att det är individ som brister och då måste ansvarig chef eller hälso- och sjukvårdspersonal följa upp resultatet med enskild individ

## 2. Åtgärder



- Har vi t.ex. identifierat brister inom området dokumentation så försöker vi hitta den reella orsaken till bristen för att kunna hitta lämpliga åtgärder. Åtgärderna kan t.ex. bestå av undervisning i hur professionen eller individen ska dokumentera utifrån lagstiftning, öka kunskapen i hur profession eller individen ska dokumentera utifrån det IT-verktyg vi använder för dokumentation, säkerställa att medarbetarna har de verktyg och den tid de behöver för att kunna dokumentera.

Identifierar vi brister i läkemedelshantering måste vi hitta den reella orsaken till den uppkomna bristen, t.ex. följer inte delegerad baspersonal de riktlinjer, regler, lokala rutiner som finns, måste den hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för delegering undersöka orsaken till varför delegerad medarbetare inte följer dem och bedöma om hen måste dra tillbaka delegeringen för den enskilde individ som inte följer regelverket, framkommer det i analysen att det brister i organisation så måste vi ändra på vad i organisationen det brister t.ex. oklara rutiner, arbetssätt som fungerar mindre bra, hur vi förvarar läkemedel, se över arbetsschema, gå igenom hur vi utför delegeringar osv.

Identifierar vi kunskapsbrister hos den individuella hälso- och sjukvårdsmedarbetaren, så måste Verksamhetschef informera om den framkomna kunskapsbristen och skapa en handlingsplan för individen om kunskapsbristen kräver flera åtgärder en ett informationstillfälle.

Som exemplen ovan arbetar vi med våra egenkontroller för att finna rätt åtgärd.

### 3. Uppföljning av åtgärd

Vi sätter upp uppföljningsdatum för utvärdering samt i vilket forum åtgärden ska utvärderas. Vi har klara, tydliga och mätbara utvärderingskriterier, ett av våra utvärderingskriterier kan vara att räkna inkomna avvikelser, klagomål och inkomna synpunkter och se om de minskat eller ökat i antal, följa resultaten av egenkontroller och jämföra med tidigare resultat. Utifrån utvärdering tar vi beslut på om åtgärden ska revideras eller sanktioneras under ett hälso- och sjukvårdsmöte eller kvalitetsråd.

### 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

Vi har under år 2022 utrett fem allvarliga avvikelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada och en mer ingående utredning påbörjats, tre av fem allvarliga avvikelser ledde till anmälningar till IVO enligt Lex Maria.

Den första allvarliga avvikelsen handlade om att en boende inte fick ordinerade läkemedel, något av läkemedlen i dosetten var utbytt mot ett annat läkemedel som inte var ordinerat av läkare, ett annat läkemedel saknades helt. Den äldre visade en ökad oro i samband med att hen inte fick sina ordinerade mediciner men fick inga bestående skador,

Den andra allvarliga avvikelsen handlade om att en dosett med läkemedel som inte var delad. En orsak till det inträffade kan bero på bristande informationsöverföring från överlämnade enhet till Rio vård- och omsorgsboende. En identifierad orsak till den allvarliga avvikelsen är att tjänstgörande sjuksköterska inte vände på läkemedelslistan och såg ordinationen och därmed inte delade läkemedlet i dosett. Viss baspersonal med delegering kontrollerade inte läkemedelslistan med antal tabletter den äldre var ordinerad innan den äldre fick sina läkemedel. Viss baspersonal meddelade tjänstgörande sjuksköterska att antal läkemedel inte stämde med antal delade läkemedel i jämförelse med de läkemedel som stod på läkemedelslistan men blev ignorerad av tjänstgörande sjuksköterskan. Läkemedelsavvikelsen medförde en ökad stelhet för den äldre.

Den tredje allvarliga avvikelsen som kunde lett till allvarlig vårdskada handlade om att suturer (stygn efter operation) inte var tagna i tid, enligt skriftlig dokumentation från sjukhuset skulle suturerna tagits på sjukhuset innan den äldre kom till Rio vård- och omsorgsboende, vid den muntliga överrapporteringen informerade inte överlämnande verksamhet att suturerna satt kvar. Tjänstgörande sjuksköterska eller baspersonal uppmärksammande inte att suturerna satt kvar, utan det uppmärksammades i samband med att sonen frågade om suturerna var tagna, styggen kunde tas och inga komplikationer tillstötte.

Den fjärde allvarliga händelsen som kunde lett till vårdskada handlade om att två boende förväxlades och fel boende fick insulin och den boende som var ordinerad insulin inte fick sin ordinerade insulin dos vid rätt tidpunkt samt att hen inte fick rätt dos och att läkarkontakt inte togs vid händelsen av tjänstgörande sjuksköterska. Händelsen innebär obehag för de boende som var involverade, utifrån att blodsocker var tvunget att tas med regelbundet för observation och nattsömnen blev störd samt skapade oro. Resultatet av observationen var att de boendes blodsocker lågt stabilt och inga andra åtgärder var tvungna att sättas in.

Den femte allvarliga händelsen handlade om att en boende en dag inte fick sitt ordinerade läkemedel, nästa dag så fick hen dubbeldos, inga observerbara konsekvenser drabbade den boende.

När en allvarlig avvikelse inträffat som lett till vårdskada eller att det finns risk för vårdskada ska tjänstgörande sjuksköterska så fort som möjligt rapportera avvikelsen till Verksamhetschef och/eller Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Verksamhetschef påbörjar en utredning om händelsen samt konsekvenser av den. Verksamhetschef och Medicinskt ansvarig sjuksköterska håller en dialog kring utredningen. Alla utredningars syfte är att hitta

den bakomliggande orsaken till den negativa händelsen och hitta åtgärder för att den inte ska upprepas. I utredningen, ingår att ansvarig chef har en muntlig dialog med de inblandade medarbetarna om avvikelserna samt vad de tror är orsaken till det inträffade, sedan får de inblandade medarbetarna lämna en skriftlig redogörelse om all fakta inte finns i Vodoks avvikelsemodul

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tar ställning till ev. Lex Maria-utredning och beslutar på delegation från nämnden om anmälan till IVO.

Fyra av de fem allvarliga avvikelserna skedde under juni, juli, augusti, tre av avvikelserna hände när sjuksköterskor från bemanningsföretag arbetade och involverade två sjuksköterskor. Utredningarna visade att de hade tillgång till våra rutiner och checklistor, båda sjuksköterskorna hade fått introduktion, olika lång tid beroende på deras uppdrag, utifrån befintligt avtal och bedömning.

Den ena av de involverade sjuksköterskorna som var inblandad i två av de allvarliga avvikelserna hade lite erfarenhet av att arbeta inom kommunal äldreomsorg, den andra sjuksköterskan som kom från bemanningsföretag och var involverad i en allvarlig avvikelse hade lång erfarenhet av att arbeta inom kommunal äldreomsorg.

Den fjärde avvikelserna som skedde under sommarmånaderna handlade om en sjuksköterska med en tillsvidare anställning men utifrån hens personliga situation skedde en allvarlig avvikelse.

Den femte avvikelserna som inträffade skedde under hösten och berodde på en fast anställd sjuksköterskas misstag, inga direkta orsaker till misstaget har framkommit i utredningen.

Min samlade analys av de inträffade allvarliga avvikelserna under år 2022, är att de involverade sjuksköterskorna av misstag gjorde fel, av diverse anledningar. Det vi som organisation kan bli bättre på är att introducera nya medarbetare, utvärdera om mer introduktion behövs, göra det lättare för sjuksköterskor som inte arbetar på Rio vård- och omsorgsboende med regelbundenhet att hitta lokala rutiner, förbättra vår kommunikation, vara noggsammare med att följa upp delegeringar samt att ställa högre krav på de bemanningsföretag som levererar sjuksköterskor, om möjlighet finns.

Under år 2022 har det största riskområdet för att allvarliga avvikelser ska inträffa och vårdskador uppstå, varit avsaknad av kontinuitet av sjuksköterskor. Därför har jag arbetat aktivt med att anställa sjuksköterskor samt att vi som grund har en överkapacitet av professionen, vilket medför att vi inte behöver ta in sjuksköterskor från bemanningsföretag vid kortare frånvaro under vardagar dagtid lika ofta och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor har möjlighet att arbeta mer förebyggande samt att de får en förbättrad arbetsmiljö.

Ett annat riskområde som jag identifierat är okunskap och bristande kommunikation som kan leda till vårdskador eller risk för vårdskador. Vilket bl.a. medfört utbildningsinsatser i t.ex. Sbar.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde under 2020 en nationell tillsyn avseende medicinsk vård och behandling under covid-19-pandemin. Patientjournaler har begärts in för analys. Kommer det fram brister hos oss som vi kan påverka så kommer vi att arbeta med att minimera riskerna så fort som möjligt.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Utifrån de egenkontroller vi utför och de avvikelser, klagomål och synpunkter vi får till oss, är våra processer och system relativt säkra men det finns förbättringsområden.

Basala hygienrutiner, klädregler och source control är ett område vi ständigt måste uppmärksamma för att minska smittspridning. Det vi uppmärksammat bl. a. via egenkontroller, är att vissa medarbetare inte följer de basala hygienrutinerna eller source control fullt ut, vilket medför att vi ständigt måste påminna vissa medarbetarna att följa rutiner och rekommendationer samt utbilda medarbetare med regelbundenhet oavsett profession i basala hygienrutiner och klädregler.

Läkemedelsgenomgångar utförs en gång om året och är ett samarbete mellan ansvarig läkare och sjuksköterska. Ansvarig läkare ordinerar blodprover som tas av sjuksköterska, tillsammans går sjuksköterska och läkare igenom den äldres läkemedelslista och reviderar den utifrån de tagna blodproverna och den äldres mående. För att upprätthålla processen är det viktigt att både sjuksköterskan och läkaren förstår sin roll och följer de rekommendationer som finns samt påminner varandra att läkemedelsgenomgångar ska utföras, vilket har fungerat under år 2022 men de är inte dokumenterade i vårt dokumentationssystem Vodok, vilket är ett förbättringsområde under år 2023.

För att säkerställa den palliativa vården krävs ett gott samarbete mellan ansvarig läkare och sjuksköterska. Det är ansvarig läkare som gör bedömningen om den äldre är palliativ dvs vård i livets absoluta slutskede och därmed utför ett brytpunktssamtal. Läkare går igenom den äldres läkemedelslista och sjuksköterskan påbörjar en omvårdnadsvårdplan för palliativ vård i Vodoks dokumentationsdel. Baspersonal arbetar utifrån aktuell omvårdnadsvårdplan.

När den äldre avlidit registreras det i Palliativa registret utifrån de kvalitetsindikatorerna som är framtagna av de som ansvarar för Palliativa registret

Under 2022 gjordes 24 registreringar och resultatet utifrån de 24 registreringar ser ut enligt nedanstående tabell:

<b>Kvalitetsindikator</b>	<b>Resultat</b>	<b>Målvärde</b>
Brytpunktssamtal utfördes	83,3 %	98%
Ord.,inj. stark opioid vid smärtgenombrott	91,7%	98%
Ord. Inj. Ångestdämpande	91,7%	98%
Smärtskattas sista levnadsveckan	87,5%	100%
Dok. Munhälsovård sista levnadsveckan	70,8%	90%

Utan trycksår (kategori 2-4)	79,2%	90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	79,2%	90%

I flera områden ligger vi nära angivna målvärden och har förbättrat oss i jämförelse med år 2021. För att nå våra målvärden men måste vi försätta vårt förbättringsarbete med bl.a. Dok. Munhälsovård den sista levnadsveckan. Därför kommer Oral care till oss under mars för att undervisa sjuksköterskorna i munhälsobedömning och vilka adekvata åtgärder som kan sättas in för att förbättra den äldres munhälsa och sedan måste sjuksköterskorna påminna varandra om att dokumentera munhälsobedömningen och munhälsan.

Under februari år 2023 kommer baspersonal utbildas i munhälsovård.

Vi måste även arbeta med att förbättra smärtskattning den sista levnadsveckan under år 2023, under år 2022 har vi arbetat med att tydliggöra smärtskattningens betydelse för att kunna smärtlindra den äldre adekvat och resultatet har förbättras i jämförelse med år 2021 men det finns utrymme för att förbättra resultatet ytterligare.

Vi kan höja resultatet angående den Mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Delvis genom att föra ett strukturerat samtal med den äldre och dess anhöriga om vad som är viktigt för hen, vilka önskemål hen har osv. bl.a. vid inflyttning till Rio VoB. Forskningen har visat att det är värdefullt med ett sådant samtal. Till hjälp kommer vi att använda oss av kortleken DöBra som är ett sätt att arbeta med att utveckla kompetens och stärka individer och personal för att bättre kunna hantera frågor som rör livets slutskede. Det övergripande syftet med DöBra är att minska undvikbart lidande relaterat till döende, död och sorg och att pröva innovativa sätt att integrera stringent forskning med hållbara förändringsprocesser.

### 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

För att vården ska vara säker är det viktigt med kontinuitet bland hälso- och sjukvårdsmedarbetare, väl inarbetade arbetssätt, klara och tydliga rutiner som är lätta att ta till sig och hitta och att vi följer upp den vård- och omsorg vi utför samt har en bra avvikelshantering. Angående klara och tydliga lokala rutiner och arbetssätt så finns det på Rio vård- och omsorgsboende, vilket vi fått konfirmerat av sjuksköterskor som kommer från bemanningsföretag och därför vill arbeta hos oss om möjlighet finns. Vilket borgar för en säker vård. Vi följer upp den vård- och omsorg som ges på Rio vård- och omsorgsboende och åtgärdar det som fungerar mindre väl, vi arbetar aktivt med avvikelshantering vilket gör att vi har en säker vård men det finns utmaningar.

Beträffande upprätthållandet av kontinuitet i sjuksköterskegruppen har vi en utmaning i och med att rörligheten bland sjuksköterskor är stor, de byter arbetsplats för att utvecklas, få högre lön, bättre arbetstider osv. De har lätt att få nya arbeten utifrån hur deras arbetsmarknad ser ut och bristen på sjuksköterskor är stor.

Utifrån omvärldsperspektivet med sjuksköterskor som är lätttröliga är det extra viktigt med en bra introduktion, uppföljning av den samt klara och tydliga rutiner som är lätta att hitta, väl inarbetade och fungerande arbetssätt, lättillgängliga it-system och en god arbetsmiljö.

Mellan januari-oktober hade vi brist på ordinarie sjuksköterskor, som bl.a. berodde på en vakant tjänst från år 2021, att en sjuksköterska gick i pension, en medarbetare valde att avsluta sin tjänst, frånvaro av personliga skäl och långtidssjukskrivning. Följden blev en försämrad kontinuitet av sjuksköterskor för de boende, specifikt under sommaren år 2022, då även en van inplanerad vikarie var tvungen att avsäga sig sitt vikariat utifrån personliga skäl. Konsekvensen av avsaknad kontinuitet av sjuksköterskor påverkade först och främst kvalitén på den utförda dokumentationen, att fler allvarliga avvikelser inträffade jämfört med år 2021 och antalet icke signerade givna läkemedel ökade.

Dagens riskbedömningsmetoder är inte tillräckligt exakta för att upptäcka om en individ har risk för trycksår. Trycksår uppstår vid otillräckligt blodflöde i ytliga vävnader på grund av tryck mot huden vid liggande eller sittande. Därför har vi haft ett projekt med en Pu-sensor, Pu-sensor är en teknisk apparat som mäter det ytligt blodflöde i sacrum/korsben som sitter vid ryggslutet och är ett komplement till dagens riskbedömningar vi utför.. Projektet föll väl ut och vi har därför köpt in en Pu-sensor för att upptäcka fler äldre med risk för trycksår och därmed kunna förebygga uppkomst av trycksår.

Utifrån att kommunikation är en mycket viktig del för en säker vård, fick alla sjuksköterskor utbildning i Visam, beslutstöd under år 2021. Det är en samverkansmodell för vårdplanering och informationsöverföring. Med syfte att ge trygghet för boende/patienten och vård på optimal vårdnivå utifrån behov och situation. Under år 2022 fortsatte vi satsning med utbildning i Sbar som står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation och är en struktur för att rapportera till varandra för att minska riskerna för bl.a. vårdskador och för att viktig information inte glöms bort eller missuppfattas Sbar är ett rapporteringsstöd som är en del av Visam. Utbildningen vände sig både till hälso- och sjukvårdspersonal samt baspersonal. .

För att säkerställa delegeringsförfarandet har sjuksköterskorna börjat ge delegeringar med hjälp av delegeringsmodulen i Vodok (vårt it-stöd för dokumentation) under år 2022.

## **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 på verksamhetsnivå har gjorts inför sommarperioden samt jul- och nyårshelgerna för att säkerställa patientsäkerheten bl.a. vad gäller kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal, delegerad baspersonal samt tillgång till digitala system för vikarier.

Även risker i samband med eventuell värmebölja under sommaren beaktades, likaså inför eventuellt force majeure i verksamheten. Pandemin har inneburit ytterligare riskanalyser i verksamheten såsom smittspridning, prioriteringar av hälso- och sjukvårdsinsatser, förändring av bemanning och kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal

Via våra kvalitetsråd lär vi av varandra för att säkerställa den vård- och omsorg vi ger och inte upprepar negativa händelser som inträffat och kan leda till vårdskada, vilket innebär att vi gör en bedömning om händelsen kan häda igen och hur vi ska arbeta för att den inte ska häda igen.

### **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**

##### *Hälso- och sjukvårdsdokumentation*

Varje månad har Processledaren för dokumentation granskat vår hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån framtagen mall av Processledarna för dokumentation inom Stockholm stad. Presenterat resultat för Verksamhetschef, de har tillsammans beslutat vilka utbildningsinsatser som behövs inom verksamheten.

Under vecka 12 och 40 har kollegial granskning utförts, genom att varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska slumpvis valt ut två journaler och granskat utifrån framtagen checklista.

Dokumentationsansvarig har sammanställt resultatet och presenterat det under ett hälso- och sjukvårdsmöte och förslag på åtgärder har tagits fram.

Utifrån resultaten av de olika granskningarna har vi fått fram att överväganden delen av fast anställda hälso- och sjukvårdsmedarbetare följer omvårdnadsprocessen helt eller delvis. Däremot ser vi att när det inte finns en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska pga. vakanta tjänster, längre frånvaro av olika orsaker, så försämras dokumentationen samt när det är många sjuksköterskor som arbetar enstaka arbetspass.

Vi ser att information skrivs under fel rubrik och många gånger utvärderas inte resultatet av de insatta åtgärderna och de avslutas inte, vilket innebär att omvårdnadsprocessen inte följs. Inom vissa områden kan vi se den äldres delaktighet i sin vård- och omsorg men inom andra så saknas den helt t.ex. vård i livets slutskede. Generellt ser dokumentationen ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv relativt bra ut i Vodok men har försämrats under år 2022 jämfört med år 2021 och hälso- och sjukvårdsuppgifter som rör baspersonal förs oftast inte över i deras dokumentationsprogram Para-SoL. Vilket vi fört en dialog kring under slutet av år 2022, dels hur vi ska göra för att få det att fungera och kommit fram till att många sjuksköterskor var ovetande om deras skyldighet att föra över hälso- och sjukvårdsuppgifter som rör baspersonal

till Para-SoL men att vi ska påminna varandra och att det ska var en sak som vi måste ta upp under introduktionen av nya medarbetare.

Kontinuiteten i sjuksköterskegruppen är avgörande för att få till en bra hälso- och sjukvårdsdokumentation i Vodok samt att relevanta hälso- och sjukvårdsuppgifter överförs till Para-SoL

Under år 2022 har vi haft två dokumentationshandledare och de har hjälpt sina kollegor med dokumentation vid behov. Vår Processledare har undervisat individuellt utifrån individens behov samt i grupp utifrån resultat av granskning av dokumentation.

### Avvikelser

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

Avvikelse	Antal	Exempel på förbättringsförslag
Fall	108	Se till den enskildes resurser för varje dag, varje moment, då det kan variera över tid och olika hjälpmedel eller skyddsåtgärder måste uppdateras beroende på den enskildes förmågor/ tillstånd..
Läkemedel	39 (ej signerade läkemedel ingår inte i sammanställningen av avvikelser)	Bättre informationsöverföring i teamen och mer kunskap hos baspersonal om vad en utebliven dos kan innebära för den enskilde. Dialog med berörd personal sker.
Trycksår	2	Daglig översyn av hudkostym samt användande av Pu-sensor
Vårdkedjan	8	Förbättra dokumentationen vid inskrivning ex. I de fall den enskilde ankommit utan läkemedel alternativt journal om dialog skett med tidigare vårdgivare och om det saknades skriftligt material från tidigare vårdgivare.



Specifik omvårdnad	3	
--------------------	---	--

Falloolyckor är även i år mest förekommande bland avvikelserna, därefter läkemedelsavvikelser och sedan avvikelser i vårdkedjan. De flesta fallolyckor har inträffat i samband med egen förflyttning, att patienten har glidit ner från sittställning/säng, har tappat balansen, eller av oklar orsak hamnat på golvet. Många fallolyckor sker på grund av att patienten har en kognitiv svikt eller nedsatt insikt i sin egen förflyttningsförmåga. Då är det lätt att glömma bort att man ska använda rollator, larma efter, eller att vänta på hjälp från personal. Minskad ork är även en orsak till fall. De flesta av fallolyckorna ledde inte till någon skada förutom mindre skrapsår/sår, hematom, svullnad och/eller smärta. Några fall ledde till sjukhusbesök där fraktur kunde konstateras. Fallavvikelserna har behandlats på team/avdelningsmöten och insatser/åtgärder har blivit insatta och följts upp av teamen. Den vanligaste orsaken till läkemedelsavvikelser är uteblivna doser då baspersonal antingen glömt att ge patienten läkemedel, glömt att signera eller att det varit en oklar ansvarsfördelning eller bristande kommunikation mellan baspersonal.

Avvikelser i vårdkedjan handlar i de flesta fall om brister i överrapportering från den verksamhet den äldre kommer från t.ex. inte borttagna suturer, sår den äldre har samt medicinering.

Jag är säker på att vi kan bli bättre på att registrera avvikelser genom att förklara och motivera medarbetarna till att registrera avvikelser, bl.a. genom att få dem att förstå att vi inte letar efter ”syndaböcker” utan vill arbeta systematisk för att förbättra den vård- och omsorg vi ger.

Tre Lex Maria utredningar har skett i år, alla tre handlar om felgivna läkemedel eller att den boende inte fått de läkemedel som hen varit ordinerad.

### **Klagomål och synpunkter**

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

På Rio vård och omsorgsboende har vi inte tagit emot några synpunkter eller klagomål som handlar om hälso- och sjukvård från Patientnämnden eller från Inspektion för vård och omsorg IVO eller anhöriga under år 2022. Ledningen är lyhörd för förslag och synpunkter från boende, anhöriga och medarbetare. Rutiner finns för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. Händelser på verksamhetsnivå analyseras på kvalitetsrådet.

Klagomål och synpunkter återkopplas omgående i form av telefon- och/eller mailkontakt eller i förekommande fall på ett möte så snart det går.

## 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

Utifrån att vi utvärderar vårt arbete beträffande patientsäkerhet med olika egenkontroller och arbetar aktivt med avvikelshantering samt kompetensutveckling så kommer vi arbeta patientsäkert i framtiden men arbetet med patientsäkerhet måste nästan alltid justeras utifrån att förutsättningarna förändras.

För att säkerställa medarbetarnas kompetens har vi tillgång till ett kliniskt träningscentrum KTC, där medarbetarna bl.a. kan träna på dockan nursing Anne, som är en kroppsstor datoriserad docka, utvecklad för scenarioträning med fokus att uppfatta förändringar i vårdomsorgstagarens tillstånd, där finns ett välfärdsteknikrum där medarbetarna kan få inblick i det senaste inom it-stöd och hjälpmedel. Upplevelserum där medarbetarna får känna på att vara omsorgstagare, det finns ett medicinskt teknikrum där medarbetare kan träna på bl.a. blodprovstagning, injektioner, infusioner, sårvård, sonder, katetrar, basal omvårdnad, munhälsa, här kan medarbetarna lära sig mer om mun-och tandhälsa samt ett rehabrum där vi kan öva arbetsställningar, förflyttningsteknik och ergonomi. Det finns även möjlighet att studera kroppens anatomi.

Under år 2022 har all omvårdnadspersonal varit där och tränat på att ta puls, blodtryck, kroppstemperatur, räkna andningsfrekvens samt ta syremättnad, (saturation), vilket var uppskattat. I februari år 2023 kommer sjuksköterskor att träna hjärt-lungräddning på KTC.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Våra mål för år 2022 var att

### 1. Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser dokumenteras i Vodoks avvikelsemodul

**Resultat:** Registreringar av avvikelser som är dokumenterade i Vodok ligger ungefär på samma nivå som föregående år. År 2021 registrerades 154 avvikelser i Vodok och under år 2022 registrerades 162 avvikelser i Vodok.

**Analys av resultatet:** Utifrån vakanta sjukskötersketjänster, frånvaro av privata skäl och långtidssjukskrivning och sommarsemestrar så skrevs väldigt få hälso- och sjukvårdsavvikelser in i Vodoks avvikelsemodul under juni, juli, augusti och september. Vilket kan bero på brist av ordinarie sjuksköterskor. Generellt är det svårt att motivera sjuksköterskor som inte arbetar med regelbundenhet att dokumentera

avvikelse i Vodoks avvikelsemodul. En annan orsak till att vi inte lyckas få in fler skrivna avvikelser är att vi inte lyckats avdramatisera avvikelseprocessen för medarbetarna och de förstår inte varför de ska skriva avvikelser och viss baspersonal upplever att de "skvallrar" på varandra.

**Åtgärd:** Jag har anställt fyra nya sjuksköterskor med vana att dokumentera i Vodok och förstår syftet med avvikelshantering och kan därmed vara behjälpliga med att motivera medarbetarna att skriva avvikelser. Vi har arbetat med att motivera medarbetarna skriva avvikelser via kvalitetsråd, hälso- och sjukvårdsmöten och våningsmöten och förklarat för dem vikten av att skriva avvikelser.

Vid introduktion av nya medarbetare måste vi bli bättre på att förklara varför vi ska skriva avvikelser och vad det leder till samt vad som händer om inte avvikelser skrivs samt tydliggöra tjänstgörande sjuksköterskas skyldighet att skriva in hälso- och sjukvårdsavvikelse i Vodok. Vi har märkt en ökning av att skriva avvikelser under slutet av år 2022 och hoppas på att det fortsätter öka under år 2023

**Uppföljning av åtgärd:** Uppföljning sker månadsvis via kvalitetsråd, där antal avvikelser per våning redovisas samt vilken typ av avvikelser det är. Under kvalitetsråden pågår ett motivationsarbete för att baspersonal ska skriva avvikelser när de upptäcks, vi informerar dem om syftet med avvikelser och försöker avdramatisera skrivandet av avvikelser. Vi tydliggör för sjuksköterskor som inte arbetar med regelbundenhet på Rio VoB vikten att skriva in avvikelser som händer under deras arbetspass i Vodok

## 2. Minska risken för vårdskador eller att allvarliga avvikelser ska inträffa

**Resultat:** Vi har haft tre Lex Maria-utredningar år 2022, där de äldre blev påverkade vid händelsen men ingen bestående vårdskada uppstod, sedan har vi haft händelser där risk för vårdskada funnits, under år 2021 hade vi en Lex Maria-utredning, vilket innebär två fler under år 2022 jämfört med år 2021.

**Analys av resultatet:** Jag ser att två av de inträffade händelserna som utmynnade i Lex Maria-utredningar uppstod i samband med att det var sjuksköterskor från bemanningsföretag som arbetade. Min bedömning i båda fallen är att de saknade kunskap om sjuksköterskans ansvar i samband med läkemedshantering, identifiering av boende som skulle få läkemedel alternativt inte var tillräckligt noggrann vid delning av dosett och identifiering av boende. Den tredje Lex Maria-utredningen handlade om en ordinarie sjuksköterska, som inte delade de ordinerade läkemedlen, bytte ut läkemedel utan läkarordination. Min analys är att det var personliga skäl till den allvarliga avvikelserna

**Åtgärd:** Samtal med de bemanningsföretag som var involverade, samt att de fick ersätta en sjuksköterska med en annan, vid resterande inbokade arbetspass. Angående den ordinarie sjuksköterskan, så fick en hen flera samtal med verksamhetschef samt skriftlig varning.

**Uppföljning av åtgärd:** Räkna de narkotikaklassade läkemedlen oftare än rutin kräver, sedan händelsen har inga fler läkemedel försvunnit från läkemedelsförråd.

**3. Fortsätta arbetet med att säkerställa informationsöverföringen mellan professionerna bl.a. via Sbar för att dels minska läkemedelsavvikelserna från 24 till 10 men även minska missförstånden som kan uppstå vid kommunikation som rör hälso- och sjukvård.**

**Resultat:** Läkemedelsavvikelserna har ökat under år 2022 i jämförelse med år 2021 från 24 stycken år 2021 till 39 stycken år 2022. Inga skriftliga avvikelser som rör informationsöverföring gällande hälso- och sjukvård internt finns i Vodoks avvikelsemodul men i en utredning förekommer bristande kommunikation internt mellan baspersonal och sjuksköterska.

**Analys av resultatet:**

Under år 2022 har kontinuiteten bland sjuksköterskorna varit sämre i jämförelse med år 2021 från mitten av maj till och med oktober pga. frånvaro av ordinarie sjuksköterskor av olika skäl. Generellt sker oftast fler avvikelser när det är många sjuksköterskor i tjänst som inte arbetar med regelbundenhet, vilket var fallet under ovanstående period. Risken för läkemedelsavvikelser ökar, likaså ökar risken för bristande kommunikation/ informationsöverföring när ordinarie sjuksköterskor inte är på plats, likaså försämrades kunskapen om Visam och Sbar under perioden.

Ser vi positiv på den ökande mängden avvikelser i Vodok beträffande läkemedel kan det bero på vårt arbete med att öka de skriftliga avvikelserna i Vodok gav resultat men möjligheten att det är så bedömer jag som liten.

**Åtgärd:** Under andra halvåret av år 2022 har vi anställt fyra sjuksköterskor som är vana att arbeta inom kommunal äldreomsorg. Vilket bl.a. innebär att vi har en överkapacitet av sjuksköterskor under vissa vardagar dagtid, det göra att vi slippa ta in sjuksköterskor från bemanningsföretag vid kortare frånvaro, vilket främjar kontinuiteten, sjuksköterskorna får mer tid till att arbeta förebyggande och de får en bättre arbetsmiljö. Alla sjuksköterskor med en fast anställning inom Rio vård- och omsorgsboende har haft möjlighet att få utbildning i Sbar under hösten år 2022 tillsammans med baspersonal.

**Förbättra den palliativa vården genom att:**

- a) öka den önskade mänskliga närvaron i dödsögonblicket från ca 60% till ca 80% enligt registreringar i palliativa registret,
- b) öka andelen smärtskattade boende den sista levnadsveckan från 75% till 100% enligt registreringar i palliativa registret,
- c) öka de dokumenterade munhälsobedömningarna den sista levnadsveckan från ca 60% till 80% enligt registreringar i palliativa registret

**Analys av resultatet:**

a) Under år 2022 lyckades vi öka den mänskliga närvaron i dödsögonblicket till 79,2% från 60% under år 2021,

b) Under år 2022 lyckades vi öka andelen smärtskattade boende den sista levnadsveckan från 75% år 2021 till 87,7%år 2022

c) Under år 2022 lyckades vi öka dokumenterad munhälsobedömning från 60% år 2021 till 70,8%.under år 2022

Enligt palliativa registret har vi lyckats förbättra den palliativ vård vi ger men inte riktigt kommit upp i de satta målvärdena. När vi för dialog med närstående till den som avlidit är övervägande delen av dem mycket nöjda med den vård- och omsorg deras make, mamma eller pappa fick på Rio- vård och omsorgsboende under deras sista tid i livet. Utifrån det resultatet vi fått fram via Palliativa registret kan vi bli än bättre. En av anledningarna till att vi inte riktigt nådde upp till de uppsatta målen är bristande kontinuitet i sjuksköterskegruppen, en annan kan vara att fler palliativ ombud byttes ut

**Åtgärd:** Arbeta för att både sjuksköterskor och palliativa ombud fortsätter sina uppdrag för att skapa kontinuitet i den palliativa arbetsgruppen så att de kan utvecklas tillsammans och därmed utveckla den palliativa vård vi ger. För att de palliativa ombuden ska utvecklas i sin roll behöver vi bl.a. planera in både strukturerade möten och utbildningar för påfyllnad av kunskap och erfarenhetsutbyte.

#### 4. Förbättra dokumentationen i Vodok beträffande

a) Öka den äldres dokumenterade delaktighet i vården från ca 15% till 50%

I samtliga journaler förekommer anteckningar om patientens önskemål/delaktighet angående kartlagt hälsotillstånd, i ca 47% av journalerna framkommer det att patienten blivit tillfrågad angående förväntningar på vården, i 1% av journalerna framkommer önskemål om hur de vill vårdas i livets slutskede

b) Att vi kan följa omvårdnadsprocessen i 80% av journalerna.

I 47% av journalerna kan vi följa omvårdnadsprocessen helt (10%) eller delvis (37%). När omvårdnadsprocessen inte går att följa eller delvis går att följa, kan det bero på att aktuella bedömningar saknas, åtgärder är inte avslutade, att analys i kartlagt hälsotillstånd för risk/behov saknas, att omvårdnadsplan saknas att omvårdnadsplan upprättas trots att det redan finns befintliga omvårdnadsplaner.

c) att alla inaktuella journalanteckningar är avslutade

43 % av alla inaktuella journalanteckningar är avslutade helt (20%) eller delvis (23%). De journalanteckningar som är inaktuella och inte är avslutade, hittas oftast under kroppsfunktioner och handlar om dagliga anteckningar.

**Analys av resultatet:** Jag kan se att det är beroende på individ/profession hur bra dokumentation är. Generellt är arbetsterapeut och fysioterapeut bättre på att dokumentär än sjuksköterskor men det kan bero på att under år 2022 har vi haft flera sjuksköterskor från bemanningsföretag och sjuksköterskor som arbetat enstaka arbetspass än tidigare år. Jag kan se att på de våningar som inte haft en omvårdnadsansvarig sjuksköterska så är dokumentationen mer bristfällig än på de våningar som haft en omvårdnadsansvarig sjuksköterska . Avsaknad av kontinuitet av sjuksköterska är en starkt bidragande orsak till bristfällig dokumentation men även okunskap hos den enskilda sjuksköterskan samt ett dokumentationsprogram som är komplicerat och tidskrävande.

- d) **Åtgärd:** Alla sjukskötersketjänster är nu bemannade, så att varje boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vi har en överkapacitet av sjuksköterskor som gör oss mindre beroende av bemanningssjuksköterskor vid kortare frånvaro.

Vi fortsätter med dialog via våra hälso- och sjukvårdsmöten om den äldres delaktighet i sin vård- och omsorg.

Vi kommer påbörja kollegial granskning av omvårdnadsjournaler en gång i månaden av två journaler per våning utifrån en framtagen mall av processledaren för hälso- och sjukvårdsdokumentation. Sjuksköterskorna granskar inte de journaler som tillhör de patienter som hen är omvårdnadsansvarig för.

- e) Processledaren för dokumentation kommer att handleda och utbilda både beträffande den kollegiala granskningsprocessen samt utifrån resultat. Hen kommer att träffa sjuksköterskorna en gång i månaden i samband med hälso- och sjukvårdsmöten.

## 5. Förbättra kvalitén i MNA-bedömningarna

**Resultat:** Kvalitén i MNA-bedömningarna är ojämna, vilket gör det svårt att bedöma om kvalitén blivit bättre eller inte jämfört med år 2021.

**Analys:** Kvalitén i MNA-bedömningarna skiftar från sjuksköterska till sjuksköterska, Vilket innebär att det handlar om sjuksköterskans kunskap om bedömningsinstrumentet MNA alternativt motivationen till att göra MNA-bedömningar

**Åtgärd:** För att öka kvalitén i våra bedömningar beträffande nutritionsstatus generellt, kommer vi att ändra vårt bedömningsinstrument från MNA till Glim med hjälp av vår dietist. Hen kommer undervisa både beträffande bedömningsinstrumentet Glim samt vilka lämpliga åtgärder som kan ordinerats vid risk för undernäring, viktnedgång osv.

## 6. Alla boende med blåsdysfunktion ska få en basal utredning och därmed en komplett omvårdnadsplan,

**Resultat;** Vi lyckades inte nå målet att alla boende med blåsdysfunktion ska få en basal utredning och en komplett omvårdnadsplan under år 2022.

**Analys:** Sjuksköterskor fick utbildning och förutsättningar att påbörja utredning men baspersonal fick inte sin utbildning pga. olika anledningar där Covid-19 var en, föreläsaren blev sjuk i Covid-19 och var tvungen att ställa in den planerade utbildningen. Upphandling av utbildningsinsatsen drog ut på tiden och vi kunde inte boka in en ny utbildning år 2022

**Åtgärd:** Upphandlingen är klar och baspersonal kommer få utbildning i kontinensvård samt hur en basal utredning gällande kontinens utförs under år 2023 och komplett omvårdnadsplan kan skrivas.

**Under år 2023 kommer våra fokusområden att vara:**

1. Dokumentation, bl.a. öka följsamheten till omvårdprocessen
2. Tidigt palliativt förhållningssätt,
3. Ökad delaktighet för omsorgstagaren/patienten i sin vård och omsorg
4. Minska risken för vårdskador och att alla inträffade avvikelser skrivs in i Vodoks avvikelsemodul
5. Införa bedömningsinstrumentet Glim
6. Att alla boende med blåsdysfunktion ska få en basal utredning och en komplett omvårdnadsplan
7. Påbörja Open-konceptet vilket innebär att den äldre behåller eller förbättrar sin fysiska förmåga, näringsstatus och självförtroende med hjälp av fysisk träning och nutrition och därmed försöka minska antalet fall.