

# Patientsäkerhetsberättelse

## för

Axelsbergs vård- och omsorgsboende

## År 2022



Datum 2023-02-23

Ansvarig för innehållet: Hossein Ahmadian, Verksamhetschef enligt  
4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

## Inledning

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

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



Källa:

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

## Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Intern samverkan .....	7
Extern samverkan .....	8
Informationssäkerhet .....	8
En god säkerhetskultur .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	10
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
Säker vård här och nu .....	12
Riskhantering .....	12
Stärka analys, lärande och utveckling .....	13
Kvalitetsregisterarbete .....	15
Palliativregistret .....	15
Senior Alert .....	15
Dokumentationsgranskning .....	15
Samlad analys av genomförda egenkontroller .....	16
Avvikelse .....	16
Klagomål och synpunkter .....	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17



## SAMMANFATTNING

Enhetens mål har varit att erbjuda vårdtagarna en god säker och förebyggande hälso- sjukvård som tar hänsyn till hela människan. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att patienterna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada. Samverkan med de boende och anhöriga är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Anhöriga erbjuds möjlighet i att medverka i patientsäkerhetsarbete via ankomstsamtal samt teammöte.

Under 2022 har fokus varit på fortlöpande riskanalyser och det förebyggande arbetet med anledning av pandemin , avvikelshanteringsprocessen samt att utveckla nutritionsvårdprocessen

Verksamheten har arbetat kontinuerligt med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler för att förhindra smitta och smittspridning av smittsamma infektioner och sjukdomar. Infektionsregistrering har följts varje månad.

Enheten har fortlöpande arbetat med att identifiera risker för vårdskador genom systematiska riskbedömningar och ett förebyggande arbetssätt när patienter med risk för fall, trycksår, undernäring identifieras. Under året har individuella riskbedömningar genomförts i mycket hög grad

Som ett led i att förbättra det vårdpreventiva arbetet har avvikelser sammanställts och analyseras av enhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att utifrån resultat arbeta med förebyggande åtgärder. Verksamheten kommer fortsätta att utveckla arbetet med dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker vid inträffade avvikelser.

All omvårdnadspersonal har erhållit munvårdsutbildning under 2022. Munvårds ambassadörer kommer att utbildas under 2023. Samtliga sjuksköterskor har utbildats i klinisk bedömning och beslutstödet ViSam som ska användas vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos en patient och inför kontakt med läkare för att säkerställa informationsöverföring till annan vårdgivare.

### Framåtblick 2023

Fokus under 2023 blir att fortsätta arbeta med att utveckla rutiner och processer för kvalitetsarbete för att kunna erbjuda vård av hög kvalitet.

Palliativ vård kommer att vara ett fokusområde för förbättring i verksamheten. Resultat från palliativ registret ska användas i förbättringsarbetet.

Verksamheten arbetar vidare med att utveckla avvikelshanteringen och individuella riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition med fokus på analys, åtgärder och uppföljning. Dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt och viktigt förbättringsområde.

Egenkontroll visar att arbete med nutritionsvårdprocessen blir ett fortsatt fokusområde för utveckling under kommande året

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

### Engagerad ledning och tydlig styrning

#### Övergripande mål och strategier

Enheten har som övergripande mål att erbjuda vårdtagarna god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdtagarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada.



#### Strategier för att nå en patientsäker vård:

- Systematiska evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov erbjuds och genomförs.
- Bedömningar av patientens behov görs utifrån vårdteamets samlade kunskap och med patienten som medskapare.
- Vid palliativ vård i livets slutskede följs rutiner som säkrar ett gott omhändertagande.
- Erfarenheter och data från kvalitetsregister används i förbättringsarbete.
- Läkemedelshanteringen säkras genom följsamhet till upprättade riktlinjer och rutiner samt systematiska läkemedelsgenomgångar.
- Basala hygienrutiner följs för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner.
- Avvikelser, synpunkter och klagomål används för att identifiera risker, åtgärda brister och förebygga incidenter och vårdskador.
- Hälsa- och sjukvårdsdokumentation är följsam till ställda krav och mål i lagar, föreskrifter och riktlinjer.
- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller.

#### Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2022

1. Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.
3. Alla patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.
4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:

- 4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn
  - 4.2. bedömning av nattfasta i tre dygn
  - 4.3. beräkning av dagligt energibehov
  - 4.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG
5. Minst 50 procent av rapporterade avvikelser ska ha en dokumenterad utredning med bakomliggande orsak och analys

## **Organisation och ansvar**

*Stadsdelsnämnden* har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, upprätthålls för att förhindra att vårdskada uppstår.

*Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL* ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet genom att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS*, ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAS samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet.

*Medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR* ansvarar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering enligt 11 kap. 4 § HSL och 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Verksamhetschef och MAR samverkar och samråder i frågor som rör verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet

*Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genom att följa riktlinjer, regler och lokala rutiner

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

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

#### *Intern samverkan*

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal har kontinuerliga uppföljningar utifrån de enskilda patienternas behov. Rapportering mellan legitimerad och baspersonal sker muntligt och skriftligt via social dokumentation (ParaSol). Sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och baspersonal träffas en gång på morgonen på vardagar för en planeringsrapport på respektive våningsplan. Särskilda teammöten mellan sjuksköterska, baspersonal/kontaktman och rehabiliteringspersonal sker kontinuerligt. Vid dessa möten görs en tvärprofessionell bedömning av identifierade risker och vårdplanering sker för den enskilde patienten. Verksamhetschef för hälso- och sjukvården och legitimerad hälso- och

sjukvårdspersonal har möte vid 3 tillfällen per månad för planering och uppföljning av verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

Verksamhetschef, MAS och legitimerad personal samverkar regelbundet i frågor som rör patientsäkerheten.

#### *Extern samverkan*

Verksamheten har en lokal samverksansöverenskommelse med ansvarig läkarorganisation, Familjeläkarna i Saltsjöbaden. I regelbundna samverkansmöten där verksamhetschef för läkarorganisationen, MAS och boendes verksamhetschef deltar diskuteras problem som rör patientsäkerheten på övergripande nivå för att förbygga att vårdskador uppstår.

Ansvarig läkare har varje vecka rond med planeringsansvarig sjuksköterska för att gå igenom de enskilda patienternas behov.

Verksamheten har tillgång till vårdhygienisk expertis och samverkar regelbundet med hygiensjuksköterska från vårdhygien Stockholm. Samverkan sker också årligen med Apoteket AB för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.

Verksamheten samverkar med landstingets tandvårdsenhet för uppsökande verksamhet med munhälsobedömning och för utbildning till personal i munvård. Under pandemin har verksamheten även samverkat med Smittskydd Stockholm.

#### **Informationssäkerhet**

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

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

Loggkontrollen, både användar- och patientperspektiv är genomförda hösten 2022. Inget obehörigt intrång har identifierats under året.

Kontroll av att icke aktuella användares behörigheter avslutats har skett regelbundet. Egenkontroll av HSL dokumentationen har utförts två gånger enligt planeringen som finns i årshjul.



## En god säkerhetskultur

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



Varje avvikelse hanteras i nära anslutning till när det inträffat och omedelbara åtgärder sätts in. Händelsen och beslutade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Avvikelserna sammanställs och analyseras av verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonalen. under HSL möten för att vidare kommuniceras med omvårdnadspersonal på respektive avdelning

Händelser och beslutade åtgärder på övergripande nivå som berör all personal tas upp och återkopplas regelbundet vid arbetsplatsträffar och vid rapporteringstillfällen..

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

## Adekvat kunskap och kompetens

Rekrytering av HSL personal är en utmaning för verksamheten. Kompetensbaserat rekrytering används vid nyanställning. Introduktionsrutin vid nyanställning finns. Verksamheten erhölet Silviahemmets certifiering under våren 2022.



Teambaserat arbetssätt tillämpas och inkluderar personen, närstående och personal. Tider för teammöte är schemalagda.

Kompetensutvecklingsplan upprättas utifrån verksamhetens behov för att säkerställa rätt kompetens i verksamheten. All omvårdnadspersonal har erhållit munvårdsutbildning under 2022. Munvårds ambassadörer kommer att utbildas under 2023. Samtliga sjuksköterskor har utbildats i klinisk bedömning och beslutstödet ViSam som ska användas vid bedömning av försämrat hälsotillstånd hos en patient och inför kontakt med läkare för att säkerställa optimal vårdnivå och informationsöverföring till annan vårdgivare.

## Patienten som medskapare

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



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

Boenderåd finns i verksamheten. Mötestiderna är inbokade för hela året, ett tillfälle per månad. Fler mötestillfällen erbjuds om behovet uppkommer.

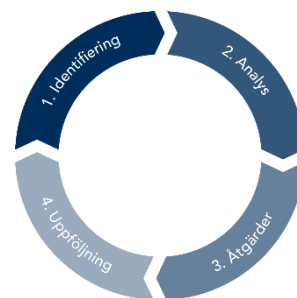
Samverkan med anhöriga har vid restriktioner som har funnits med anledning av pandemin skett digitalt (mail, Skype). Anhörigmöte erbjuds två gånger per år.

På Axelsbergs vård och omsorgsboende pågår ett utvecklingsarbete med personcentrerat förhållningssätt utifrån Silviahemmets vård filosofi. Syftet är att stödja personen till delaktighet och arbeta teambaserat.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Socialstyrelsen har tagit fram fem nationella fokusområden för en säker vård och att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. De fem fokusområdena är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

De egenkontroller som genomförts under 2022 har omfattat:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fall</li><li>• Undernäring</li><li>• Trycksår</li><li>• Inkontinens</li><li>• Munhälsobedömning</li></ul>	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Mätning av andelen patienter med aktuell ADL- bedömning	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer Vodok
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång i månaden	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer

Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Vårdhygiens blanketter Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Hygienrond	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll
Antibiotikaförskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistrering
Avvikelser	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månaden	Avvikelsehanteringssystemet Rapporterade hälso- och sjukvårds indikatorer
Avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.	3 gånger per år	Svenska Palliativregistret
Registrerade riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår i kvalitetsregistret Senior Alert	1 gång per år	Senior Alert
Kontroll av följsamheten till regler och rutiner för läkemedelshandling och delegering	1 gång per månaden 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Protokoll från egenkontroll Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna klagomål och synpunkter

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Inträffade Hälso- och sjukvårdsavvikelser går igenom på HSL möten av enhetschef och HSL gruppen och analyseras med fokus på om händelsen medfört eller riskerat att medföra en vårdskada.



Under 2022 har en händelse om fördröjd vård och behandling med risk för vårdskada inträffat i verksamheten händelsen berör en bäckenfraktur som inte uppmärksammades vid första kontroll av smärta. Händelsen har utretts och analyserats och använts för utvecklingsarbete.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Verksamheten har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroller genomförs enligt beslutad rutin och årshjul för hälso- och sjukvården.

Enheten har under året reviderat sina lokala rutiner för avvikelshantering och handlingsplan upprättas för att arbeta mer strukturerat med avvikelshandlingen utifrån nya rutiner.

För att identifiera risker för vårdskador har riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår och ohälsa i munnen genomförts med validerade bedömnings instrument enligt riktlinjer. Registrering i Senior Alert och BPSD används för att bedöma risker och behov av insatser.

Enheten har strukturerade teammöten runt patienterna där en tvärprofessionell bedömning av den enskildes risker och behov görs.

HSL- möten med sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut genomförs regelbundet i verksamheten där fokus ligger på uppföljning och planering utifrån verksamhetens mål för hälso- och sjukvården.

Med anledning av pandemin har verksamheten fortlöpande genomfört riskanalyser. Utifrån identifierade risker har handlingsplan med åtgärder upprättats för det förebyggande arbetet med att begränsa smitta och smittspridning. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning i basala hygienrutiner. Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner har gjorts genom observationer och punktprevalens mätningar. Resultatet av egenkontrollen visar på god följsamhet till basala hygienrutiner.

Infektionsregistrering har genomförts och sammanställts varje månad.

Vaccinationer har genomförts enligt planering och sker enligt gällande rekommendationer.

Sjuksköterskor har erhållit utbildning samt regelbunden dokumentationsstöd för hälso- och sjukvårdsdokumentation.

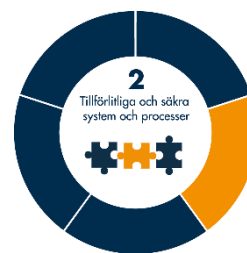
För patienter som avlidit i verksamheten har den palliativa vården i livets slutskede registrerats i Svenska palliativregistret i syfte att använda resultatet för att kvalitetssäkra den palliativa vården.

Enheten har reviderat sina lokala rutiner för att strukturera arbetet med nutrition på ett bättre sätt. För att förbättra det vårdpreventiva arbetet med nutrition har fortsatt arbete med nutritionsvårdsprocessen skett i samarbete med dietist. Sjuksköterska med särskilt nutritionsansvar (SNUD) finns i verksamheten. Kostombuden träffas regelbundet och förväntas sprida kunskap om nutritionprocessen i vårdnära arbete.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

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



Risikanalyserna har omfattat områden som följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, tillgång till och korrekt användning av skyddsutrustning, informationsöverföring och dokumentation, bemanning/ personalförsörjning och säkra besök. Riskanalyserna har följts upp kontinuerligt av verksamhetschef och medarbetare. Utifrån identifierade risker har en handlingsplan med åtgärder tagits fram.

Verksamheten identifierar fortlöpande riskområden genom händelserapporter/avvikelser från personalen. Eventuella inkomna klagomål och synpunkter från patienter/närstående, Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställs och analyseras.

På individnivå gör planeringsansvarig sjuksköterska i samarbete med kontaktman, sjukgymnast och arbetsterapeut riskbedömningar vid nyinflyttning samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd. Risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas för att förhindra fallskador, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen.

## Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter, insamling av statistik och resultat från egenkontroller är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet inom hälso- och sjukvården.



Tabellen visar resultaten utifrån verksamhetens mål för 2022

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Måluppfyllelse
1. Förhindra spridning av smittsamma infektioner	1.1. All personal tillämpar basala hygienrutiner.	1.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 4 gånger per år.	Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till minst 96 procent	Godkänt resultat
	1.2. All personal följer gällande handlingsprogram vid smittsamma infektioner.	1.2. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis.	Andelen genomförda infektionsregistreringar uppgår till 100 procent	Godkänt resultat
	1.3. All personal, inklusive chefer genomgår Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning.	1.3. Granskning av andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning en gång per år.	Andelen personal som genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildning uppgår till 92 procent	Godkänt resultat

<p>2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår.</p>	<p>2. Planeringsansvarig sjuksköterska gör riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.</p>	<p>1) Andel aktuella riskbedömningar för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 98 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 98 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 98 procent</li> </ul> <p>Andel patienter med risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 79 procent</li> <li>Undernäring uppgår till 50 procent</li> <li>Trycksår uppgår till 15 procent</li> </ul>	<p>Godkänt resultat</p>
<p>3. Patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår ska ha förebyggande åtgärder dokumenterade i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen.</p>	<p>3. Planeringsansvarig sjuksköterska vidtar förebyggande åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats och dokumenterar detta i en plan i hälso- och sjukvårdsjournalen</p>	<p>3. Granskning av andel upprättade hälsoplaner i hälso- och sjukvårdsjournalen med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår</p>	<p>3) Andel upprättade hälsoplaner vid identifierad risk för:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fall uppgår till 72 procent</li> <li>Undernäring till 76 procent</li> <li>Trycksår till 88 procent</li> </ul>	<p>Inte godkänt resultat</p>
<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG</p>	<p>4. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda registrerar och beräknar planeringsansvarig sjuksköterska:</p> <p>4.1 mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 nattfasta i tre dygn 4.3 dagligt energibehov 4.4 munstatus enligt ROAG för minst 90 procent av patienterna.</p>	<p>4. Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattar:</p> <p>4.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 4.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 4.3 beräkning av dagligt energibehov 4.4 bedömning av munstatus enligt ROAG.</p>	<p>4. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 29 procent</li> <li>bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 29 procent</li> <li>beräkning av dagligt energibehov uppgår till 29 procent</li> <li>bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 98 procent</li> </ul>	<p>Inte godkänt resultat</p> <p>Godkänt resultat</p>
<p>5. All personal ska rapportera upptäckta avvikelser och för minst 50 procent ska dokumenterad utredning/analys och vidtagna åtgärder finnas</p>	<p>All personal tillämpar skriftlig riktlinje för rapportering av avvikelser samt en lokal rutin för att på ett strukturerat sätt utreda, analysera, sammanställa, dokumentera och återkoppla rapporterade avvikelser.</p>	<p>Granskning av andelen registrerade avvikelser där utredning, analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat</p>	<p>Andel registrerade avvikelser där utredning/analys och vidtagna åtgärder finns dokumenterat uppgår till 36 procent</p>	<p>Inte godkänt resultat</p>

## Kvalitetsregisterarbete

### Palliativregistret

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som Socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultatet används för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

Resultat 2022

<u>Kvalitetsindikator</u>	<u>Målvärde</u>	<u>Resultat</u>
Dok. brytpunktssamtal	98,0	93,8
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	93,8
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	93,8
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	75,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	62,5
Utan trycksår (kategori 2–4)	90,0	87,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	87,5

### Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som skall användas för att identifiera och registrera risker och orsaker för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen. Vid identifierad risk ger registret stöd för evidensbaserade förebyggande åtgärder, samt struktur för uppföljning och utvärdering.

Resultat 2022

Riskbedömningar registrerade i kvalitetsregistret Senior Alert			
Unika personer	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
55	91%	93%	64%

Målvärden
75 - 100 %
25 - 74 %
0 - 24 %

### Dokumentationsgranskning

Journalgranskning och egenkontroller som genomförts vid två tillfällen under 2022 visar att hälso- och sjukvårdsdokumentationen inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning. Dokumentationen av hälsoplaner måste utvecklas vidare. En identifierad brist är att utförda åtgärder inte dokumenteras i tillräckligt omfattning. Uppföljning av utförda åtgärder och uppdatering av hälsoplaner behöver utvecklas.

## Samlad analys av genomförda egenkontroller

Resultatet från genomförda egenkontroller visar att flera av verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 har uppnåtts. Men resultatet visar också på förbättringsområden som verksamheten behöver fortsätta arbeta med.

Riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring och ohälsa i munnen har genomförts i mycket hög grad och når uppställda mål. 98 procent av de boende har en aktuell ADL bedömning vilket är ett gott resultat.

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

Resultatet av egenkontroller visar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är hög. Verksamheten har under året haft ett fåtal fall av covid-19. Ingen smittspridning ha skett.

Verksamheten registrerar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert och Svenska Palliativa registret. Ett förbättringsområde är att utveckla verksamhetens arbete med att använda resultaten som ett stöd för förebyggande arbetssätt och åtgärder när patienter med risk för fall, undernäring och trycksår identifierats samt i den palliativa vården i livets slutskede. Resultat från palliativa registret identifierar förbättrings områden som smärtskattning med en validerad smärtskattnings instrument och dokumenterat munvård under sista levnadsveckan.

Extern granskning av läkemedelshanteringen visar överlag ett gott resultat. Handlingsplan med rekommenderade åtgärder har följts upp.

Resultatet av egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt förbättringsområde. Egenkontroll visar att arbete med nutritionsvårdprocessen blir ett fokusområde för utveckling under kommande året

## Avvikelser

Under året har totalt 78 (125)stycken avvikelser registrerats enligt nedanstående tabell. Siffrorna i parentes är föregående års resultat

Typ av avvikelse	Antal
<b>Fall varav</b>	<b>68</b>
• fraktur	1
<b>Läkemedel, varav</b>	<b>9</b>
• Utebliven dos	8
• Övrigt/annat	1
<b>Specifik omvårdnad</b>	<b>1</b>
• Utebliven åtgärd	1



**Analys:** Antalet rapporterade avvikelser har minskat vilket kan tyda på en underrapportering. Inrapporterade/registrerade hälso- och sjukvårdsavvikelser är främst fallincidenter och avvikelser i läkemedelshandlingen. Det kan vara svårt att helt förhindra fallincidenter. Verksamheten arbetar fortlöpande med fallpreventiva och skadepreventiva åtgärder och ofta finns ett behov av flera åtgärder. Miljöanpassningar, förskrivning av hjälpmedel, läkemedelsgenomgång, träning av styrka och balans är exempel på förbyggande åtgärder.

Läkemedelsavvikelseerna är på en låg nivå och kan tyda på en underrapportering. Verksamheten behöver fortsätta arbetet med en hög säkerhetskultur med rapportering, utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser.

### **Klagomål och synpunkter**

Klagomål som inkommer via inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden diarieförs och lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning bedrivs i samråd med MAS. Återkoppling till personal sker på personalmöten.

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

## **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

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

Verksamheten har under året arbetat aktivt med att genomföra systematiska riskbedömningar och hantering av identifierade risker.

Generella riskbedömningar har genomförts med anledning av pandemin för att minska risken för smitta och smittspridning.

Verksamheten behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla avvikelshanteringen och dokumenterad utredning och analys av bakomliggande orsaker till inträffade avvikelser för att identifiera mönster och trender som kan bidra till förbättringsarbete och lärande.

Verksamheten kommer att arbeta vidare med att utveckla avvikelshanteringsprocessen under 2023.

Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen visar att den inte helt uppfyller kraven på vilka uppgifter en journal ska innehålla enligt gällande lagstiftning och riktlinjer för journalföring. Dokumentationen av hälsoplaner och den dokumenterade uppföljningen av åtgärder är ett fortsatt förbättringsområde. Egenkontroller kommer att genomföras med den omfattning och frekvens som behövs för att synliggöra behov och förbättringsåtgärder. Egenkontroll visar att arbete med nutritionsvårdprocessen blir ett fortsatt prioriterat område för utveckling under kommande året



Palliativ vård är ett fokusområde för 2023. Erfarenheter och resultat från registrering i palliativregistret ska användas i förbättringsarbete i samverkan med ansvarig läkarorganisation.

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

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

Enhetens prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2023

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