

# Patientsäkerhetsberättelse 2023

---

## Älvsjö servicehus

Datum: 2024-02-19

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

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Grundläggande förutsättningar för en god vård</b> .....	<b>3</b>
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
3.1.1 Övergripande mål och strategier .....	4
3.1.2 Organisation och ansvar.....	5
3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
3.1.4 Informationssäkerhet.....	6
3.1.5 Strålskydd.....	6
3.2 En god säkerhetskultur .....	6
3.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	7
3.4 Patienten som medskapare .....	8
<b>4. Agera för säker vård</b> .....	<b>8</b>
4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	11
4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
4.3 Säker vård här och nu.....	13
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
4.4.1 Avvikelse.....	14
4.5 Kvalitetsregisterarbete.....	16
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17
<b>6. Mål, strategier och utmaningar för kommande år</b> .....	<b>17</b>

## 1. Inledning

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

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

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

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

## 2. Sammanfattning

Enheten har ett välfungerande strukturerat arbete vad gäller hanteringen av avvikelser och händelser som bidrar till att utveckla verksamheten och hjälper oss i att förbygga skador. Inga synpunkter och klagomål HSL har inkommit under året. Ingen vårdskada har heller rapporterats.

Ingen spridning av smittsamma sjukdomar eller infektioner har skett och genomförda egenkontroller har visat att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är mycket god. Dock måste alla medarbetare genomföra den digitala utbildningen i basal hygien.

Enheten har fortlöpande arbetat med riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition vilket genomförts i hög grad. Hälsoplaner med planerade åtgärder, utförda åtgärder och uppföljningar har förbättrats men vi når inte riktigt våra mål.

Enhetens sjuksköterskor har utbildats i ViSam och SBAR, besluts-och rapporteringsstöd för att säkerställa informationsöverföring mellan vårdinstanser och för att säkerställa att patienten vårdas på rätt vårdnivå.

Nutritionsvårdsprocessen har enheten arbetat med. SNUD ( sjuksköterska med särskilt nutritionsuppdrag ) finns utbildad som tillsammans med ombuden arbetar för att förebygga risker för undernäring och förbättra de äldres nutritionstatus.

Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede är ett område i fokus. Fler palliativa ombud har utbildats. Stöd i att använda DöBra kortleken har givits all personal samt att vi har börjat arbeta med etik kaféer där samtal av mer existentiell karaktär möjliggörs.

Ett prioriterat fokusområde under året är att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för analys av olika uppföljningsresultat och indikatorer. HSL-personalen ska under året analysera resultat och inhämtade indikatorer i ett verksamhetsutvecklande perspektiv som följer vårdprocessen.

Under 2024 ska även arbetet med nutritionsvårdsprocessen fortsätta liksom arbetet med att utveckla den palliativa vården i samverkan med ansvarig läkare för att säkra ett gott omhändertagande. Patienten ska ha huvudrollen och teamets olika professioner bidrar till personcentrerad vård i livets slut där även närstående involveras.

## 3. Grundläggande förutsättningar för en god vård

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

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

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

### **3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning**



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

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

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

##### **Övergripande mål**

Den övergripande målsättningen med patientsäkerhetsarbetet är att erbjuda vårdragarna en god och säker vård. Vi ska främja en hög patientsäkerhet och förhindra att vårdragarna drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av vårdskada

##### **Övergripande strategier i syfte att säkra verksamhetens kvalitet**

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

- Säkra och utveckla adekvat kunskap och kompetens för hälso- och sjukvården.
- Systematiska egenkontroller.

### 3.1.2 Organisation och ansvar

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

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

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

*Verksamhetschef enligt 4 kap, 2§ HSL* ansvarar för att hälso- och sjukvården är organiserad så kraven på god kvalitet och god hygienisk standard upprätthålls samt att patientens behov av trygghet i vården och behandling tillgodoses. Hen ansvarar för att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas och för att riktlinjer, regler och lokala rutiner görs kända och följs av all personal.

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

*Legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal* ansvarar för att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt för att följa för verksamheten upprättade riktlinjer, MAS regler, och lokala rutiner.

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

*Verksamhetsutvecklare för hälso- och sjukvård.* I uppdraget ingår bland annat ett ansvar för att informera, utbilda och stödja äldreomsorgens verksamheter och utsedda dokumentationshandledare i hälso- och sjukvårdsdokumentation.

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

### 3.1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Intern samverkan sker dagligen för att i team arbeta för att all spetskompetens de olika yrkeskategorierna besitter ska komma patienten till godo. Vi möts i strukturerade möten där patienten har huvudrollen som teammöten, vårdplaneringar, rapporter. Samverkan sker med MAS, MAR, chef HSL och legitimerad personal.

Enheten har ett nära arbete med regionen, biståndshandläggare och köhantering för att säkra information mellan de olika enheterna när patienter flyttas mellan olika instanser. Även

kommunens upphandlade läkarorganisation är en viktig extern partner och samverkansavtal finns. Tryggt mottagande är en ny aktör som vi har ett nära samarbete med för att hemgång från korttidsvården ska fungera så bra som möjligt och minska risker för vårdskador. Enheten har ett nära samarbete med apoteksverksamhet, tandvårdenhet och medicintekniskt enhet. Rutiner finns för samverkan liksom för kvalitetskontroller och utbildningar med dessa partners. Enheten har även samarbete med vårdhygien och smittskydd.

Vid brister i samverkan dokumenteras avvikelser som förmedlas till samverkanspart.

### **3.1.4 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

I samband med anställning skriver samtlig legitimerad personal på en sekretessförbindelse. Vårdinformationen i Vodok och NPÖ ska finnas tillgänglig för personal utifrån de krav som ställs på verksamheten. Chef ansvarar för att efter bedömning tilldela behörigheter. Endast behörig personal har tillgång till journalsystemet. Vid avslut av tjänst ska behörigheter i dokumentationssystem avslutas liksom i NPÖ för verksamheten.

Patient som flyttar in tillfrågas om samtycke till sammanhållen journal, informationsöverföring andra vårdgivare och till närstående samt registrering i kvalitetsregister. Samtycke kan alltid återkallas.

Intern granskning av omvårdnadsjournalerna sker enligt rutin två gånger varje år. Detta arbete följs av analys och handlingsplan som följs upp.

Verksamheten har under året inte utfört loggkontroller vare sig i Vodok eller i NPÖ och är ett område som ska utvecklas.

### **3.1.5 Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

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

## **3.2 En god säkerhetskultur**



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

All personal ansvarar för att rapportera avvikelser. Baspersonal rapporterar avvikelse till legitimerad personal när de inträffar eller upptäcks. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen i Vodok. Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med chef och MAS. Omedelbara åtgärder sätts in och analys påbörjas.

Inkomna synpunkter och klagomål registreras och diarieförs och är en del av verksamhetens avvikelshantering och ses som en viktig del i förbättringsarbetet.

Inkomna synpunkter och klagomål besvaras snarast genom kontakt via telefon eller e-post där vi bekräftar att klagomålet inkommit och kommer att utredas. Enhetschef ansvarar för utredningen som görs skyndsamt. Utredning sker tillsammans med biträdande chef, berörd personal samt vid behov MAS. Om inte annan återkoppling (till exempel muntlig) önskats får den enskilde sedan ett skriftligt svar på klagomålet eller synpunkten som sedan diarieförs. Klagomål som inkommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden lämnas till verksamhetschef för bedömning och utredning. Utredning kan göras i samråd med MAS.

Samtliga avvikelser samt inkomna klagomål och synpunkter går igenom månadsvis i verksamhetens kvalitetsråd där hela verksamhetens tvärprofessionella team är samlat och analyseras med fokus på om händelsen skulle kunna medfört vårdskada eller inte. Behovet av åtgärder på individnivå och enhetsnivå, för att minska risken för att händelsen sker igen, ses över.

Beslutade åtgärder på individnivå dokumenteras i patientjournalen. Återkoppling till övrig personal sker på avdelningsmöten och arbetsplatsträffar av kvalitetsombud, sjuksköterska och/eller ansvarig chef.

### **3.3 Adekvat kunskap och kompetens**



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

Legitimerad personal på enheten har mycket lång erfarenhet och mycket god kompetens. Sjuksköterskorna har alla genomfört utbildning på Kliniskt Träningscenter i kommunikationsmodellen SBAR och två dagar i beslutstödet ViSam. Sjuksköterskorna har deltagit i hygienutbildningar, hot och våld, psykisk ohälsa hos äldre, behandlande madrasser och inkontinensvård. Verksamhetsutvecklare har aktivt arbetat för att förbättra dokumentationen i Vodok. Det har genomförts utbildningar i förflyttnings och lyftteknik, mat och måltider samt basal hygien för all personal. Flera palliativa ombud har utbildats. Utbildning har givits i hur man ska arbeta med DöBra-kortleken. Tre legitimerad personal har deltagit i Palliativt kunskapscentrums (PKC) reflektionsledarutbildning.

För att höja kompetensen erbjuds alla undersköterskor att gå utbildningarna usk 3 och 4 varje termin. Dessa kompetenshöjande utbildningar fokuserar på gerontologi, kost, handledning och munhälsa. Vårdbiträden ges möjlighet till undersköterskeutbildning och undersköterskor kan

utbilda sig till specialistundersköterskor; inriktning multisjuka äldre. Olika digitala och kortare utbildningar som värdegrund, kost och palliativa utbildningar erbjuds regelbundet. Vi arbetar ständigt med förbättringsarbete för att fortsätta hålla en hög kvalitet.

### 3.4 Patienten som medskapare



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

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

Patienten och närstående görs delaktig i utformningen av vården. Vid inflyttning möts all spetskompetens, patienten och ofta närstående för att delge information och önskemål vad gäller omvårdnad och hälso- och sjukvårds information. Verksamhetens uppdrag är att utföra patientens önskemål på allra bästa sätt.

### 4. Agera för säker vård

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §*



Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter. Tabellen visar egenkontroller 2023.

Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell riskbedömning för: Fall- Undernäring- Trycksår- Inkontinens- Munhälsobedömning	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer



Typ av egenkontroll	Omfattning	Källa
Mätning av andel patienter med aktuell ADL-bedömning	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Mätning av andel patienter med aktuell bedömning av förflyttningsförmåga	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Upprättade hälsoplaner med förebyggande åtgärder för patienter som identifierats med risk för fall, undernäring och trycksår	1 gång per månad	Rapporterade hälso- och sjukvårdsindikatorer
Granskning av hälso- och sjukvårdsdokumentation utifrån framtagna mallar för egenkontroll	8 gånger under året	Vodok
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger under året	Vårdhygiens blanketter för Självskattning och observationer av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Personal som genomgått vårdhygiens webbaserade utbildning	1 gång per år	Utbildningsbevis på genomförd utbildning
Vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll från genomförd egenkontroll utifrån svensk förening för vårdhygien ( SFVH) framtagna checklista
Antibiotikaföreskrivning Vårdrelaterade infektioner	1 gång per månad	Infektionsregistreringsblankett
Avvikelser	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår uppkomna i verksamheten	1 gång per månad	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 läkemedelshantering och delegering	1 gång per månaden 1 gång per år 1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Protokoll från egenkontroll Extern kvalitetsgranskning av Apoteket
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Inkomna synpunkter och klagomål

## Resultat utifrån verksamhetens prioriterade mål för 2023

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
1.Förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och vårdrelaterade infektioner	1.1 Granskning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom självskattning och observationer 2 gånger per år. 1.2. Granskning av andelen antibiotikabehandlade infektioner genom att följa infektionsregistreringen månadsvis. 1.3 Granskning av andel medarbetare som genomfört vårdhygiens webbaserade hygienutbildning minst 1 gång per år	.1 Andelen medarbetare som följer basala hygienrutiner och klädregler uppgår till 100 % 1.2 Andelen infektionsregistreringar som har genomförts månatligen uppgår till 100% 1.3. Andel medarbetare som genomfört vårdhygiens webbaserade hygienutbildning uppgår till 80 %	Målet uppfyllt.
2. Alla patienter ska erbjudas/ska ha aktuella riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår	2.Granskning av andelen patienter med genomförda riskbedömningar för fall, undernäring och trycksår en gång per år.	Andel aktuella riskbedömningar för: · Fall uppgår till 100 procent · Undernäring uppgår till 96 procent · Trycksår uppgår till 98 procent.  Andel patienter med risk för: · Fall uppgår till 94 procent · Undernäring uppgår till 31 procent · Trycksår uppgår till 11 procent	Målet uppfyllt
3. För alla patienter som identifierats med risk för undernäring eller är undernärda ska det göras en utredning som minst omfattar:  3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 3.2. bedömning av nattfasta i tre dygn 3.3. beräkning av dagligt energibehov 3.4. munbedömning med bedömningsinstrumentet ROAG	3.Granskning av andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som minst omfattar: 3.1 registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn 3.2 bedömning av nattfasta i tre dygn 3.3 beräkning av dagligt energibehov 3.4 bedömning av munstatus enligt ROAG.	3. Andel patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning som omfattar:  · registrering av mat- och vätskeintag i tre dygn uppgår till 100 procent  · bedömning av nattfasta i tre dygn uppgår till 100 procent  · beräkning av dagligt energibehov uppgår till 100 procent  · bedömning av munstatus enligt ROAG uppgår till 100 procent	Målet uppfyllt

Mål	Egenkontroll	Resultat	Måluppfyllelse
4 Följsamhet till de av socialstyrelsens fastställda kvalitetsindikatorer och måltal för den palliativa vården i livets slutskede	Granskning av avlidna i verksamheten där vården i livets slutskede registrerats i Svenska Palliativregistret.		se avsnitt 4.5.

Enheten har ett mycket bra förbyggande arbete och egenkontroller visar att enhetens prioriterade mål för året nås.

Enheten har fortlöpande arbetat med riskbedömningar för fall, trycksår och nutrition vilket genomförts i hög grad. Egenkontroll av patienter med identifierad risk för undernäring som erhållit en dokumenterad utredning uppgår till 100 procent. Hälso- och sjukvårdsdokumentationen av hälsoplaner med planerade åtgärder, utförda åtgärder och uppföljningar har förbättrats men vi når inte riktigt våra mål.

ADL- bedömningar och bedömningar av funktions och förflyttningsförmåga har skett för samtliga patienter enligt riktlinjer.

Ingen spridning av smittsamma sjukdomar eller infektioner har skett. Enheten arbetar efter de basala hygienrutinerna men alla har inte genomfört den webbaserade utbildningen i basal hygien. Rutinen är att diplom ska lämnas in vid årets medarbetarsamtal. Chef måste efterfråga dessa diplom från samtliga medarbetare så mål nås

Granskning av följsamheten till fastställda kvalitetsindikatorer för vården i livets slutskede utifrån gjorda registreringar i Svenska Palliativregistret tyder på utvecklingsområden. Dock är gjorda registreringar för få för att kunna göra en djupare analys av mönster eller trender som skulle kunna indikera brister i kvalitet. Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Samverkan med ansvarig läkare har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede. Gemensam reflektion sker tillsammans med läkare efter dödsfall.

#### 4.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om risker och händelser inom hälso- och sjukvården. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning och prioritering av åtgärder. Sammanställning av avvikelser redovisas i avsnitt 4.4.

## Vårdskador och fördjupade utredningar

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

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal registrerar händelser som medfört eller kunnat medföra en vårdskada i avvikelsemodulen. I Vodok Vid allvarliga hälso- och sjukvårdsavvikelse tas direkt kontakt med verksamhetschef och MAS. Under året har ingen händelse som utretts i verksamheten som medfört vårdskada

### 4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer



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

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

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

Smittförebyggande arbete- Arbetet med att förebygga, förhindra och minska spridning av smitta av framför allt covid-19 har varit centralt på enheten. För att öka patientsäkerheten har arbetet med att säkerställa att alla medarbetare följer Vårdhygiens riktlinjer vad gäller skyddsutrustning och kohortvård har skett dagligen. Personal har genomgått Vårdhygiens webbaserade hygienutbildning. Egenkontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och vårdhygienisk standard har genomförts regelbundet enligt årshjul. Punktprevalensmätningar har genomförts, analyserats och handlingsplan upprättats som följs upp. Infektionsregistreringar följs upp.

Läkemedelshantering och delegering- Egenkontroller har genomförts vad gäller läkemedelshantering och delegeringsförfarandet två gånger under 2022. Egenkontrollerna har haft goda resultat. Handlingsplan har upprättats för det som behöver åtgärdas och har följs upp. Som till exempel att sjuksköterskornas dokumenterade uppföljning av givna delegeringar följs upp efter en månad.

Bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov- Rutiner finns för strukturerade evidensbaserade riskbedömningar och bedömningar av patientens hälsa och vårdbehov som utgångspunkt för planering av åtgärder. Under året har enheten även påbörjat implementering av beslutstödet ViSam vid försämrat hälsotillstånd hos en patient som stöd för bedömning av

patientens behov av vårdnivå.

Hälso- och sjukvårdsdokumentation- Dokumentationsgranskning av omvårdnadsjournalen sker genom egenkontroller enligt årshjul för Hälso- och sjukvården. Under 2023 har dessa utökats och dokumentationen har granskats utifrån olika vårdprocesser. Handlingsplan har upprättats och arbetet med att förbättra identifierade brister utförs. Det är ett tidskrävande och inte helt lätt dokumentationssystem där en stor del av sjuksköterskans tid läggs.

Palliativ vård i livets slutskede- Arbetet med den palliativa vården i livets slut analyseras med hjälp av Svenska Palliativregistrets resultat med regelbundenhet. Arbetet med den palliativa vården i livets slutskede ligger i fokus. Fler palliativa ombud har utbildats. Flera av den legitimerade personalen har fått utbildning till reflektionsledare. Samverkan med ansvarig läkare har stärks för att säkra ett gott omhändertagande vid palliativ vård i livets slutskede.

Kompetensutveckling av medarbetare sker utifrån verksamhetens mål och identifierade behov i syfte att öka patientsäkerheten.

### **4.3 Säker vård här och nu**

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



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

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

Verksamhetsledningen genomför regelbundet riskanalyser. De genomförs vid de förändringar inom vård och omvårdnad, organisation och arbetsmiljö som påverkar verksamhetens arbetssätt och rutiner. En risk och väsentlighetsanalys görs vid större förändringar i verksamheten till exempel vid organisatoriska förändringar.

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

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

## 4.4 Stärka analys, lärande och utveckling



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

### 4.4.1. Avvikelser

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

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

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

#### **Enhetens arbete med avvikelseprocessen**

Enheten genomför kvalitetsråd varje månad då representanter från de olika personalkategorierna deltar. Samtliga avvikelser gällande HSL och SOL från föregående månad analyseras. Bedömning görs om det är vårdskada eller ej. Även synpunkter och klagomål diskuteras i detta forum. Ombuden förmedlar resultat och eventuella ändringar av rutiner till sina kollegor på avdelningen. På APT lyfts även detta av ombuden. På samtliga APT lyfter vi vikten av att skriva avvikelser som ett led i enhetens utvecklingsarbete. Vi har även förtydligat hur baspersonalen ska hantera muntliga klagomål som inkommer från patienter och närstående.

## Hälso- och sjukvårdsavvikelser

Område	Antal registrerade avvikelser inom respektive område	Antal rapporterade avvikelser som bedömts bero på brist i hälso- och sjukvård	Kommentar
Läkemedel	173	170	115 st. rör utebliven signering av given dos. 51 avvikelser rör utebliven dos.
Specifik omvårdnad	6	2	
Specifik rehabilitering	0	0	
Trycksår	0	0	
Vårdkedjan	7	2	
Vårdrelaterad infektion	0	0	
<b>totalt</b>	186	174	

## Fall

Antal fall som rapporterats i avvikelsemodulen	Antal rapporterade fall där initial eller slutlig bedömning visar skada	Antal rapporterade fall som bedömt bero på brist i hälso- och sjukvård
109	19, varav 4 fraktur	0

Antalet avvikelser inom området läkemedel ligger i nivå med föregående år. Övervägande delen handlar det om utebliven signering av administrerat läkemedel övriga att ordinerat läkemedel inte har givits. Troliga orsaker till detta är den mänskliga faktorn, att baspersonal missar att göra detta och/eller att det saknas pennor. Att ordinerade läkemedel inte ges kan bero på att baspersonal missar, att patienten inte vill ta läkemedel eller inte är hemma. Avvikelser specifik omvårdnad är ofta brister i kommunikation. Att ordinationer inte utförs av baspersonal då de av olika anledningar inte tagit del av ordinationen.

Fortsatt måste HSL-personal arbeta med att rätt patient får ordinerat läkemedel vid rätt tid och att det signeras. Kommunikationen måste säkerställas. Dagliga rapporter mellan olika arbetslag är viktigt. Att alla personalkategorier dokumenterar och att all läser det dokumenterade. Det är även av vikt att arbetskortet uppdateras vid varje förändring och att baspersonalen läser ordentligt på arbetskortet.

Enhetens rapporterade fallavvikelser har till största delen skett vid egen förflyttning. Enheten arbetar i team för att förebygga fall och analyser sker i samband med varje fall och varje månad på kvalitetsråd för att förebygga och förhindra fallskador. Ofta är det ett fåtal personer

som faller. Detta kan vara kopplat till vissa diagnoser men också till oro hos patienten och kan vara svåra att helt förhindra. De 19 rapporterade fall där bedömning visat på skada har handlat om mindre sårskador, bulor eller blåmärken men också fyra uppkomna frakturer.

#### 4.4.2 Klagomål och synpunkter

Enheten har inte tagit emot synpunkter och klagomål vad gäller HSL under året. Om synpunkter inkommer så hanteras de i kvalitetsråd på enheten där en analys genomförs, åtgärder upprättas och utförs varefter uppföljning sker.

### 4.5 Kvalitetsregisterarbete

Kvalitetsregister används för registrering och kvalitetsutveckling.

#### 4.5.1 Svenska Palliativregistret

I Palliativregistret registreras uppgifter utifrån de kvalitetsindikatorer och måltal som socialstyrelsen fastställt för palliativ vård i livets slutskede. Resultaten används för att se områden som behöver utvecklas och förbättras.

I tabellen redovisas resultatet från registrerade dödsfall 2023

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dokumenterat brytpunktssamtal	98%	50%
Ord. inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98%	50%
Ord. inj. ångestdämpande vid behov	98%	50%
Dokumenterad smärtskattning sista levnadsveckan	100%	50%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	90%	50%
Utan trycksår (kategori 2-4)	90%	100%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90%	100%

Uppgifterna baseras på ett fåtal registreringar.

#### 4.5.2 Senior Alert

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

Tabellen visar enhetens registreringar under 2023

	Registrerade bakomliggande orsaker vid risk	Registrerad åtgärdsplan vid risk	Registrerade utförda åtgärder vid risk
48	88%	98%	73%



Ca 80 procent av boende på servicehuset har registrerats i Senior Alert under 2023. Verksamheten kommer arbeta vidare med att ytterligare utveckla arbetssätt och systematik med stöd av Senior Alert under kommande år.

## 5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



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

Vården behöver planera för en hälso-och sjukvård som flexibelt kan anpassas till olika förhållanden men med bibehållen kvalitet och funktion. It-avbrott, strömavbrott och smitta kan påverka negativt och vi behöver ha rutiner och åtgärdsplaner i beredskap. Utifrån utförda risk och sårbarhetsanalyser har enheten under året arbetat med kontinuitetsplanering.

Verksamhetens riskhantering på individnivå sker främst genom analys och åtgärder i samband med riskbedömningar och avvikelshantering.

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. Hälsoplanerna som upprättas när risk föreligger följs inte alltid upp i journalen

Enheten kommer arbeta vidare med att utveckla nutritionsvårdsprocessen i samverkan med dietist.

Egenkontroller av hälso- och sjukvårdsdokumentationen kommer genomföras med täta intervaller enligt beslutat årshjul för egenkontroller 2024.

Ett prioriterat fokusområde under året är att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för analys av olika uppföljningsresultat och indikatorer. Erfarenheterna från registreringar i Svenska Palliativregistret ska tas tillvara i förbättringsarbetet.

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

Prioriterade mål för patientsäkerhetsarbetet 2024

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

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