

Patientsäkerhetsberättelse för Nacka kommun År 2022



Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska beskriva det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som nåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig för medarbetare, medborgare, journalister och andra intressenter.

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet i ständig förändring som är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation. Riskerna i ett sådant system är många och varierande, säkerheten och säkerhetsarbetet är därför avgörande.

Varje vårdgivare har sammanställt sitt patientsäkerhetsarbete i en egen patientsäkerhetsberättelse. Den här patientsäkerhetsberättelsen är en övergripande sammanställning av dessa. Innehållet följer strukturen i Socialstyrelsens nationella handlingsplan *Agera för säker vård* bestående av fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden som behövs för att stärka en god och säker vård. De grundläggande förutsättningarna utgör villkor som måste uppfyllas för att vården ska kunna bli säkrare.

Visionen är *God och säker vård – överallt och alltid* med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.



Källa:

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

Innehåll

Inledning.....	2
SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
En god säkerhetskultur.....	7
Informationssäkerhet.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Följsamhet till basala hygienrutiner.....	9
Riskbedömningar och åtgärdsplaner i kvalitetssystemet Senior Alert.	10
Resultat för Nacka 2022	10
Resultat för riket 2022.....	11
Registrering av dödsfall i Palliativa registret.....	11
Resultat för Nacka 2022, 172 registrerade dödsfall.....	12
Resultat för Riket 2022, 47 314 registrerade dödsfall	12
BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	13
Regelbundna läkemedelsgenomgångar	13
Läkemedelsavvikelse.....	14
Fall och fallskador.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Utredningar av risk för vårdskada/vårdskada	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	15
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse, klagomål och synpunkter	15
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
Identifierade områden och mål för patientsäkerhetsarbetet 2022	16
Identifierade områden och mål för patientsäkerhetsarbetet 2023	17

SAMMANFATTNING

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) definieras patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”. Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdens åtgärder. De ska heller inte komma till skada på grund av att vården inte genomför de åtgärder som behövs med hänsyn till patientens tillstånd.

Årets övergripande patientsäkerhetsberättelse är en sammanställning av vårdgivarnas egna patientsäkerhetsberättelser. Den följer samma struktur som finns i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Förutsättningarna för säker vård beskrivs inledningsvis, därefter redovisas åtgärder och resultat inom respektive fokusområde.

I patientsäkerhetsberättelsen används genomgående begreppet patient vilket är ett vedertaget begrepp när en person med ett ohälsotillstånd står i en vårdrelation till hälso- och sjukvårdspersonal.

Särskilda boenden för äldre som ingår i årets övergripande sammanställda patientsäkerhetsberättelse:

- Attendo Kungshamn
- Danvikshem
- Ersta Diakoni - Sarahemmet
- Nacka seniorcenter - Ektorp, Sjötäppan, Sofiero, Talliden
- Silver Life Graninge
- Stiftelsen Stora Sköndal – Villa Tollare
- Vardaga Lillängen
- Vardaga Saltsjöbaden
- Vardaga Villa Båthöjden
- Vardaga Villa Sarvträsk

Enligt kundvalsvillkoren ska från och med den 1 oktober 2022 sjuksköterska finnas på plats alla veckans dagar dagtid. Sjuksköterskejour ska däröver finnas tillgänglig med en inställetid om 30 minuter.

Familjeläkarna i Saltsjöbaden tillhandahåller läkarinsatser på samtliga särskilda boenden för äldre. De erbjuder primär läkarvård dygnet runt i form av planerade och oplanerade medicinska bedömningar, utredningar och behandlingar, läkemedelsgenomgångar och hälsoundersökningar.

Vårdgivarna har under 2022 fortsatt sitt arbete med att förbättra och utveckla patientsäkerhetsarbetet utifrån identifierade riskområden 2021. På initiativ av myndighetens MAS har två workshops genomförts för erfarenhetsutbyte och vägledning.

Samtliga vårdgivare har under 2022 genomfört eller påbörjat nulägesanalys enligt SKRs analysverktyg ”Agera för säker vård” för stärkt patientsäkerhetsarbete.

Hantering pandemin Covid-19

Även under 2022 har Covid-19 pandemin fortsatt att ställa stora krav på anpassningar i verksamheten utifrån ett skiftande pandemiläge där målsättningen har varit att förhindra smittspridning genom olika åtgärder.

Det har bland annat handlat om att omvärldsbevaka, snabbt hantera omfattande information, ta till sig nya kunskaper och anpassa verksamheten med rätt åtgärder. Verksamheterna har säkerställt personalresurser, ordnat smittsäkra besök för anhöriga, ombesörjt smittspårning i samverkan med läkarorganisationen, planerat och genomfört vaccineringar. Det har varit en tät samverkan inom kommunen och med andra kommuner samt med läkarorganisationen och med viktiga aktörer som till exempel Smittskydd och Vårdhygien inom Region Stockholm. Riskbedömningar och rutiner har upprättats kontinuerligt och uppdaterats fortlöpande efter rådande läge och förändrade riktlinjer och rekommendationer från Region Stockholm. De rekommenderade skyddsåtgärderna kvarstod under hela 2022.

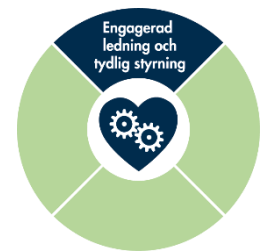
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

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.



Övergripande mål och strategier

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

Patientsäkerhetsarbete innebär att på ett systematiskt sätt minimera risken för negativa händelser som kan medföra lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada och sjukdom ska uppstå.

Det övergripande målet för 2023 är att samtliga verksamheter inom kundvalet SÄBO arbetar utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och att samtliga under året fortsätter arbetet med SKRs kartläggningsverktyg ”Agera för säker vård”.

Organisation och ansvar

Äldrenämnden - Äldrenämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Äldrenämnden är huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården på särskilt boende för äldre.

Nacka kommuns myndighets medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS)

Kommunens myndighets MAS tillhör äldreenheten Kvalitet Vård och omsorg och har ett övergripande ansvar för att säkra patientsäkerheten inom den hälso- och sjukvård som äldrenämnden ansvarar för. Detta sker bland annat genom granskningar av hälso- och sjukvården på särskilda boenden för äldre, såväl årliga granskningar, påkallade granskningar som i förkommande fall oanmälda granskningar. MAS är även rådgivande och ett stöd för beslutsfattare och verksamheter. I uppdraget ingår även att bland annat analysera och följa upp resultat från Nationella kvalitetsregister, följa upp indikatorer och rapportera till nämnd.

Vårdgivare – respektive verksamhet är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Verksamhetschef - Varje vårdgivare ska ha en verksamhetschef.

Verksamhetschefen ansvarar för ledning, planering och utveckling av verksamheten samt för att upprätta lokala rutiner. Verksamhetschefen ansvarar även för att medarbetarna har lämplig kompetens och möjlighet till fortbildning samt för att lokaler och utrustning är anpassade för att ge en god vård. Verksamhetschef ansvarar för att allvarliga, negativa händelser och tillbud skyndsamt rapporteras till vårdgivarens MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Vårdgivarens MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. I det ingår bland annat att inom sitt ansvarsområde planera, stödja och följa upp hälso- och sjukvården. Tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten. Med ansvaret följer att *anmäla risker för allvarliga vårdskador* samt händelser som har medfört *allvarlig vårdskada* till IVO -Inspektionen för vård- och omsorg - och till ansvarig nämnd.

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverkar de också i det systematiska kvalitetsarbetet.

Omsorgspersonal räknas som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på delegering av legitimerad personal.

Läkarinsatser

Läkarinsatser och specialiserad vård är regionens ansvar. Inom ramen för valfrihetssystemet har patienterna rätt att behålla sin läkare inom primärvården. Samtliga särskilda boende i Nacka har samverkansöverenskommelse med Familjeläkarna i Saltsjöbaden.

Stödfunktioner

Som ett led i verksamheternas patientsäkerhetsarbete finns stödfunktioner såsom Vårdhygien, Smittskyddsinstitutet, Apotek/farmaceut, Strama och Nacka kommuns myndighets MAS.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är extern och intern samverkan. Det finns uppbyggda mötesstrukturer och samverkansöverenskommelser på olika nivåer.

Exempel på extern samverkanspartner under året:

- Region Stockholm; till exempel Vårdhygien, Smittskydd och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Storsthlm
- PKC – Palliativt kunskapscentrum
- Familjeläkarna i Saltsjöbaden – ansvariga för läkarinsatserna på SÄBO
- IVO – inspektionen för vård och omsorg
- Patientnämnden

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Förutsättningar som grund för en god säkerhetskultur är att;

- Ledningen har ett engagemang för patientsäkerhet.
- Medarbetarna är delaktiga i patientsäkerhetsarbetet vilket bland annat visar sig genom rapportering av avvikelser och tillbud.
- Det finns ett engagemang hos medarbetarna att vara delaktiga och ställa frågor/framföra synpunkter.



Utifrån resultat från egenkontroller, utredningar, kvalitetsregister och externa kvalitetsuppföljningar samt inför förändringar i verksamheten ska riskanalyser genomföras och handlingsplaner och åtgärdsplaner upprättas.

I verksamheterna pågår ett ständigt utvecklingsarbete när det gäller att systematiskt förbygga vårdskador.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdgivaren ska ha en IT - policy och en informationssäkerhetspolicy som beskriver de regler och rutiner kring information som gäller för alla medarbetare. Det ska finnas en Personuppgiftsansvarig som ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke ska inhämtas vid registerhållning och driftsleverantören ska säkerställa att informationen är säkrad och inte kan missbrukas. Allting ska vara anpassat i enlighet med GDPR. Loggkontroller genomförs regelbundet minst en gång per månad. Under 2022 redovisades totalt 1 282 kontroller.

Vårdgivarna har styrande dokument för informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Genom att följa styrdokument för egenkontroll och loggkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation säkras verksamheten informationen.

Verksamheterna har internkontrollplaner för granskning av HSL journaler.

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.

Samtliga verksamheter uppfyller kraven på tillgång till legitimerad personal och kravet att minst 90 % av omvårdnadspersonalen har motsvarande undersköterskeutbildning.



Samtliga vårdgivare har kompetensutvecklingsplaner dels för arbetsgruppen som helhet dels individuella kompetensutvecklingsplaner. Under 2022 har kompetensutveckling skett bland annat inom följande områden;

- Basala hygienrutiner
- Delegering
- Utbildningar till specialistsjuksköterskor
- Specialistundersköterskeutbildning med inriktning demens
- Utbildning av palliativa ombud
- Förflyttningsteknik och ergonomi
- Demenscertifiering
- BPSD administratörer
- Nutrition – mat och måltider
- Socialstyrelsens utbildning i patientsäkerhet

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 varje vårdtagare upprättas en vårdplan/hälsoplan i samråd med patienten och tillsammans med närstående om patienten så vill. Vid inrapporterade avvikelser ska patienten och närstående involveras om så är möjligt.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar i samband med inflyttning och därefter regelbundet minst en gång/år genomförs på samtliga boenden. Patienterna har möjlighet att vid behov får träffa ansvariga läkare som finns på plats på alla boenden minst en gång per vecka.

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.

Samtliga verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete med egenkontroller oftast enligt ett årshjul. Egenkontrollerna syftar till att utvärdera den egna verksamheten, identifiera risker samt upprätta handlingsplaner utifrån identifierade risker. Exempel på områden som innefattas i egenkontrollen är;

- Granskning av journaler
- Följsamhet till basala hygienrutiner
- Registreringar av riskbedömningar och åtgärdsplaner i nationella kvalitetsregister, Senior Alert, Palliativa registret och BPSD registret
- Narkotika- och läkemedelshantering
- Delegeringsförfarande
- Avvikelser och åtgärder
- Funktionskontroll av medicintekniska produkter
- Smittskydd.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

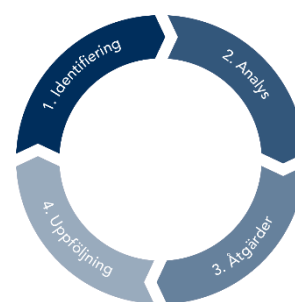
Bedömningen är att samtliga verksamheter arbetar med ständiga förbättringar för en patientssäker vård.

Följsamhet till basala hygienrutiner

För att identifiera skador i vården används olika metoder bland annat punktprevalensmätningar. SKR – Sveriges kommuner och regioner - tillhandahåller databas för trycksår, vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler.

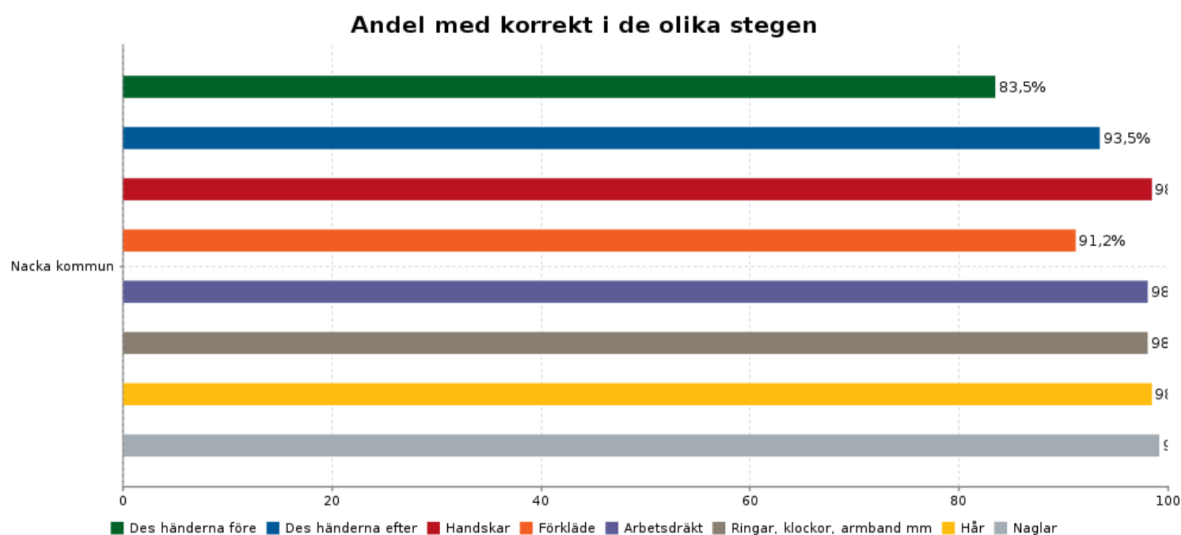
Databasen används både för nationella, regionala och lokala mätningar. SKR sammanställer och analyserar resultat på nationell nivå.

Punktprevalensmätningar är en del av vårdens kvalitetsuppföljning och ligger som grund för vård- och omsorgsverksamhetens förbättringsarbete. Att få beskrivande data på hur det ser ut i den egna verksamheten är en välkänd drivkraft i allt utvecklings- och förbättringsarbete.



Målsättningen är att samtliga SÄBO deltar i mätningar som genomförs årligen.

Under vecka 11-12 2022 genomförde 9 SÄBO punktprevalensmätning när det gäller följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Resultatet visar på en god följsamhet med en förbättringspotential när det gäller handdesinfektion före påtagande av handskar, en förbättring ses dock från motsvarande mätning 2021.



Riskbedömningar och åtgärdsplaner i kvalitetssystemet Senior Alert.

Riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och munhälsa ska genomföras på samtliga patienter. Om bedömningen visar att det finns en risk upprättas en åtgärdsplan och uppföljning av utförda åtgärder vid risk följs upp minst var sjätte månad. Vid riskbedömning där man inte finner någon risk görs en ny bedömning efter 6 månader. Alla särskilda boenden genomför riskbedömningar i dagsläget och en liten förbättring kan ses mellan 2021 och 2022. Jämfört med riket genomför man riskbedömningar, tar fram åtgärdsplaner och utför åtgärder i större utsträckning än för riket.

Två av Nackas särskilda boenden har uppmärksammats nationellt då de uppvisar mycket goda resultat.

Resultat för Nacka 2022

	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Nacka kommun	1001	96% ↔ 1 729 av 1 802	95% ↓ 1 639 av 1 729	98% ↔ 1 690 av 1 729	82% ↓ 1 422 av 1 729
Trycksår		31% ↑ 553 av 1 802	97% ↑ 536 av 553	98% ↔ 540 av 553	87% ↑ 468 av 538
Undernäring		65% ↔ 1 172 av 1 802	96% ↓ 1 128 av 1 172	98% ↓ 1 152 av 1 172	85% ↔ 1 000 av 1 181
Fall		87% ↓ 1 568 av 1 802	97% ↓ 1 519 av 1 568	98% ↓ 1 543 av 1 568	84% ↓ 1 325 av 1 571
Munhälsa		49% ↑ 865 av 1 767	94% ↓ 812 av 865	98% ↔ 849 av 865	85% ↓ 704 av 826

Resultat för riket 2022

↑ Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Sverige	94375	89% → 124 391 av 139 590	82% ↑ 101 827 av 124 391	93% ↑ 115 216 av 124 391	73% ↓ 80 541 av 109 972
Trycksår		28% → 39 528 av 139 590	83% ↑ 32 789 av 39 528	94% → 37 062 av 39 528	72% ↓ 25 272 av 34 892
Undernäring		58% ↑ 80 581 av 139 590	84% ↑ 67 977 av 80 581	94% → 76 058 av 80 581	75% ↓ 53 266 av 71 280
Fall		75% → 105 008 av 139 590	86% ↑ 90 417 av 105 008	95% → 99 789 av 105 008	76% → 70 224 av 92 867
Munhälsa		45% ↑ 52 432 av 116 610	83% ↑ 43 372 av 52 432	92% ↑ 47 981 av 52 432	70% ↓ 31 757 av 45 046

Registrering av dödsfall i Palliativa registret

Samtliga dödsfall som inträffar på det särskilda boendet skall registreras i det nationella kvalitetsregistret Palliativa registret.

En förbättring när det gäller att uppnå målvärden ses för tredje året i rad. Mellan 2021 och 2022 ses en förbättring med 6,6 procent sammantaget för de sju indikatorerna.

En indikator som diskuterats mycket, inte minst i samband med pandemin, är mänsklig närvaro i dödsögonblicket. Det kan vara så att det inte heller till hundra procent kommer att kunna ske. En del äldre personer som på grund av sjukdom förväntas ha en kort tid kvar i livet kan ibland dö i sömnen eller att man inte har kunnat förutse att döden ska komma så snart.

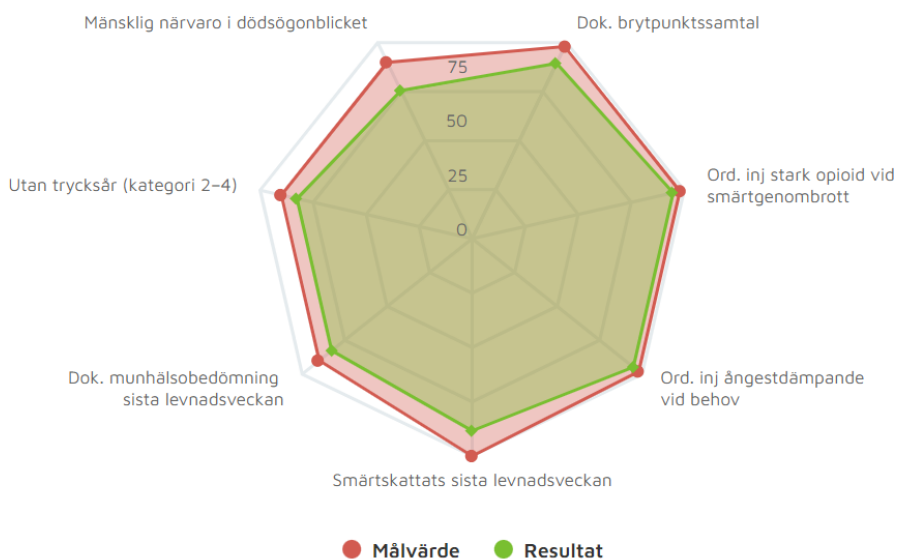
Eftersom arbete kring palliativ vård är ett fokusområde på samtliga boenden kan vi förvänta oss att övriga målvärden nås, förhoppningsvis redan under 2023.

Nackas äldreboenden visar på ett sammantaget bättre resultat än för riket i stort.

Resultat för Nacka 2022, 172 registrerade dödsfall

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

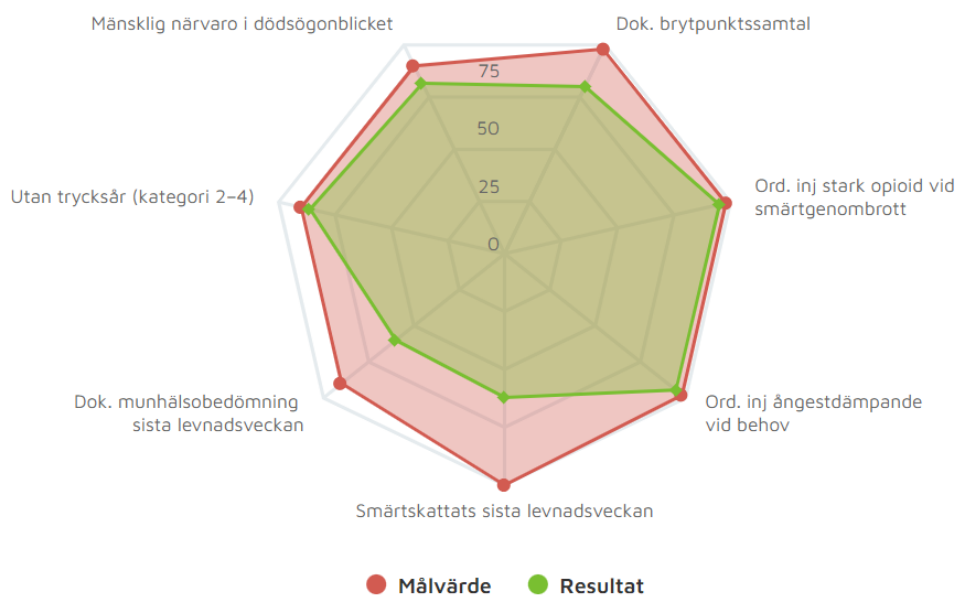
Period 2022-01 - 2022-12



Resultat för Riket 2022, 47 314 registrerade dödsfall

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12



BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Ett annat nationellt kvalitetsregister som stöd för verksamheterna är BPSD-registret. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom. Vårdåtgärderna ligger bland annat till grund för kundens bemötandeplan.

Samtliga verksamheter registrerar nu i registret.

Under 2022 registrerades 355 kunder jämfört med 300 under 2021 vilket innebär en ökning med 15 procent. Totala antalet registreringar i systemet ökade med 10 procent jämfört med 2021.

Regelbundna läkemedelsgenomgångar

Samtliga verksamheter genomför tillsammans med ansvarig läkare för boendet regelbundna läkemedelsgenomgångar vid inflyttning och sedan minst en gång per år. Man följer då Region Stockholms riktlinjer för läkemedelsgenomgångar.

Det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp.

Läkemedelsgenomgångar är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det är dessutom en metod för analys, omprövning och uppföljning av en patients hela läkemedelsanvändning i syfte att, upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

Resultat av läkemedelsgenomgångar för Nackas SÄBO 2022, statistik från Familjeläkarna.

Boende	Procent
Båthöjden Plaza	94
Danvikshem	99
Graninge Strand	98
Kungshamn	100
Lillängen	100
NSC Ektorp	97
NSC Sjöträskan	100
NSC Sofiero	100
NSC Talliden	100
Saltsjöbadens sjukhus	98
Sarahemmet	98
Sarvträsk	100
Villa Tollare	98
Totalt	99

Läkemedelsavvikelser

Verksamheterna arbetar aktivt med att minska antalet läkemedelsavvikelser. De flesta verksamheter har idag digital signering vilket underlättar när det gäller kontroll och uppföljning. Läkemedelsavvikelserna har 2022 minskat med 22 procent jämfört med 2021.

Fall och fallskador

Antal inrapporterade fall har minskat med 11 procent och antal fall med fraktur har minskat med 30 procent mellan åren 2021 och 2022 vilket är mycket positivt och visar på att verksamheternas fallförebyggande arbete ger resultat.

Det minskade antalet fall beror på flera samverkande orsaker. Exempel på fallförbyggande insatser;

- Förflyttingsbedömning, översyn av hjälpmedelsbehov och omgivningsanpassning omgående i samband med inflytt
- Riskbedömning med åtgärdsplan vid risk för fall
- Fallronder tillsammans med ansvarig läkare där samtliga fall tas upp och analyseras, åtgärder sätts in för att undvika att inte ska hända igen
- Regelbundna läkemedelsgenomgångar
- Utbildning till omvårdnadspersonal

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 kunskaperna 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



Utredningar av risk för vårdskada/vårdskada

Inga allvarliga vårdskador eller risker för vårdskador (Lex Maria) har anmälts till IVO under 2022.

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.



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.



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.

Samtliga verksamheter har väl utarbetade system och rutiner för avvikelshantering som regelbundet tas upp på kvalitetsmöten eller motsvarande.

Egenkontroller och riskbedömningar genomförs inom samtliga verksamheter.

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.



Avvikelse, klagomål och synpunkter

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

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

Samtliga verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen och enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Avvikelseberapportering och analys av avvikelser är en del av detta arbete. De flesta verksamheter har idag ett digitalt avvikelshanteringssystem.

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. Ökad riskmedvetenhet och beredskap är ett av de område som verksamheterna fortsatt att utveckla under 2022.



Identifierade områden och mål för patientsäkerhetsarbetet 2022

Områden för ökad patientsäkerhet	Mål för 2022 och metoder för att uppnå målen	Måluppfyllelse
Agera för säker vård – SKRs analysverktyg	Samtliga verksamheter ska under 2022 genomföra del 1, nulägesanalys, i SKRs analysverktyg ”Agera för säker vård” för stärkt patientsäkerhetsarbete.	Delvis uppfyllt. Samtliga verksamheter har påbörjat och flera har genomfört nulägesanalysen.
Risk och preventionsbedömningar – trycksår, fall, munhälsa och nutrition	Alla patienter ska ha en riskbedömning och preventionsbedömning enligt Senior alert för trycksår, fall, munhälsa och nutrition. Riskbedömningarna ska omprövas minst var 6:e månad. Vid identifierad risk ska åtgärder sättas in skyndsamt och utvärderas löpande.	Uppfyllt till 96 %.
Fallförebyggande arbete	Riskbedömningar ska genomföras på samtliga kunder i samband med inflyttning och sedan minst var 6:e månad. All personal ska känna till rutiner och styrdokument för fallprevention. Fysioterapeut och arbetsterapeut ska vara aktiva i arbetet med fallprevention och uppföljning av inträffade fall. Fallförebyggande insatser ordinerade av HSL personal ska synliggöras i kundens genomförandeplan.	Delvis uppfyllt. Uppföljningar var 6:e månad görs men inte till 100 %. Arbeta med att synliggöra fallförebyggande insatser i genomförandeplanerna pågår och var ett fokusområde vid granskningar 2022.
Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg.	Samtliga verksamheter ska årligen genomföra SKRs PPM – punktprevalensmätning – när det gäller basala hygienrutiner och klädregler. Region Stockholms riktlinjer när det gäller source control med anledning av pandemin ska följas.	9 av 13 verksamheter deltog i PPM mätning v 11 – 12. Region Stockholms riktlinjer har i stor utsträckning följts.
Säker delegeringsprocess	Samtliga medarbetare som ska ta emot en delegering ska årligen genomgå utbildning. Vid behov ska sjuksköterska ge praktisk kunskap i läkemedelshantering inför delegering.	Målet i stort uppfyllt

Minska läkemedelsavvikelser	Verksamheterna ska ha upparbetade rutiner för fortsatt minskning av läkemedelsavvikelser.	Uppfyllt
Rapportering av händelser – Vårdskada eller risk för vårdskada	All personal ska känna till hur man rapporterar händelser.	Delvis uppfyllt
BPSD	Samtliga verksamheter ska registrera alla kunder med en demenssjukdom i BPSD registret och ta fram individuella bemötandeplaner för varje kund.	Delvis uppfyllt
Vård i livets slut	<p>Patienter i livets slut ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer.</p> <p>Samtliga dödsfall ska registreras i Palliativa registret. Verksamheterna ska sträva efter att uppnå kvalitetsindikatorernas målvärden.</p> <p>Samtliga verksamheterna bör under 2022 ge medarbetare möjlighet att utbildas till palliativa ombud.</p>	<p>Delvis uppfyllt.</p> <p>Palliativa ombud finns i alla verksamheter.</p>
Öka riksmålsmedvetenhet och beredskap	Samtliga verksamheter ska påbörja planer för ökad riskmedvetenhet och beredskap	Uppfyllt

Identifierade områden och mål för patientsäkerhetsarbetet 2023

Områden för ökad patientsäkerhet	Mål för 2023 och metoder för att uppnå målen	Metod för uppföljning
Agera för säker vård – SKRs analysverktyg	Samtliga verksamheter ska under 2023 fortsätta genomförandet av SKRs analysverktyg ”Agera för säker vård” för stärkt patientsäkerhetsarbete.	Workshop med tema patientsäkerhet december 2023
Patienten som medskapare	Patientens delaktighet i den egna vården ska tydligt framgå i dokumentationen.	Journalgranskning - stickprov
Risk och preventionsbedömningar – trycksår, fall, munhälsa och nutrition	Alla patienter ska ha en riskbedömning och preventionsbedömning enligt Senior alert för trycksår, fall, munhälsa och nutrition. Riskbedömningarna ska omprövas minst var 6:e månad. Vid identifierad risk ska åtgärder sättas in skyndsamt och utvärderas löpande.	Senior Alerts databas med fokus på insatta åtgärder vid risk
Fallförebyggande arbete	<p>Riskbedömningar ska genomföras på samtliga kunder i samband med inflyttning och sedan minst var 6:e månad.</p> <p>All personal ska känna till rutiner och styrdokument för fallprevention.</p> <p>Fallförebyggande insatser ordinerade av HSL personal ska synliggöras i kundens genomförandeplan.</p>	<p>Senior Alerts databas</p> <p>Uppföljning med anordnare</p>
Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg.	Samtliga verksamheter ska årligen genomföra SKRs PPM – punktprevalensmätning – när det gäller basala hygienrutiner och klädregler.	SKR PPM databas
Minska läkemedelsavvikelser	Verksamheterna ska ha upparbetade rutiner för fortsatt minskning av	Avtalsenkät

	läkemedelsavvikelser med målsättning att läkemedelsavvikelser fortsatt ska minska.	
BPSD	Samtliga verksamheter ska registrera alla kunder med en demenssjukdom i BPSD registret och ta fram individuella bemötandeplaner för varje kund. Målsättning är ökat antal kunder och registreringar.	BPSD databas
Vård i livets slut	Patienter i livets slut ska erbjudas palliativ vård enligt nationella riktlinjer. Samtliga dödsfall ska registreras i Palliativa registret. Verksamheterna ska sträva efter att uppnå kvalitetsindikatorernas målvärden.	Palliativa Registrets databas
Öka riksmedvetenhet och beredskap	Samtliga verksamheter ska fortsätta arbetet för ökad riskmedvetenhet och beredskap	Uppföljning av anordnarnas krisplaner
Kompetensutveckling för sjuksköterskor	Erbjuda sjuksköterskor på Nackas särskilda boenden kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte vid 7 tillfällen under året. Föreläsningar med teman såsom läkemedelshantering, sårvård, hjärt-kärlsjukdomar, medicinsk teknik m.m.	Redovisas i kvalitetsberättelsen