

# Patientsäkerhetsberättelse

## Nacka seniorcenter

### 2022



Datum: 2022-02-25

Ansvarig för innehållet:

Katarina Centerdal, affärsområdeschef för affärsområde Äldreomsorg

Susanne Karlsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska,

Välfärd samhällsservice, Nacka kommun

Diarienummer: **KFKS 2023-00230**



## Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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



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

## Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING .....	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Organisation och ansvar .....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
En god säkerhetskultur .....	8
Informationssäkerhet .....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Säker bemanning och schemaläggning.....	9
Patienten som medskapare .....	9
Patienters och närståendes delaktighet .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	10
Palliativa registret .....	10
Senior Alert .....	11
BPSD-registret.....	12
Händelser och vårdskador .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system.....	12
Egenkontrollen.....	13
Riskanalys.....	13
Utredning av händelser – vårdskador.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling.....	13
Avvikelse.....	13
Klagomål och synpunkter.....	14
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	15
Mål och strategier för kommande år.....	15

## SAMMANFATTNING

Genom patientsäkerhetsberättelsen ger vi en inblick i och exempel på hur vi arbetar med förbättringar för att göra vården så bra som möjligt för patienterna inom Nacka seniorcenter.

Även under 2022 har ett stort fokus legat på att förhindra smitta och smittspridning bland annat genom att följa givna restriktioner, då det även under detta år har varit mycket att hantera relaterat till pandemin och dess konsekvenser.

Ett bra och väl fungerande samarbete med Familjeläkarna som är den läkarorganisation vi har avtal med har också bidragit till att skapa trygghet och kvalitetssäkra patientsäkerheten.

Till följd av pandemin har vi gjort flera insatser vad gäller den basala hygien och dess rutiner samt följsamheten till dessa i verksamheterna. En gemensam rutin för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning har tagits fram. All omvårdnadspersonal har genomfört Vårdhygiens webutbildning gällande basala hygienrutiner. På samtliga verksamheter finns särskilda hygienombud i syfte att hålla arbetet med basal hygien aktuellt och för att stötta, lära och påminna om rutinerna och efterlevnad av dessa. Hygienombuden har vid minst ett tillfälle haft möte med medicinskt ansvarig sjuksköterska för att få information och kunna ställa frågor.

Vi har under 2022 använt oss av SKR:s analysverktyg och tagit fram en lokal handlingsplan för att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet enligt den nationella handlingsplanen

Två punktprevalensmätningar av följsamhet till hygienregler och klädregler har genomförts av hygienombuden och i samband med dessa har interna informationskampanjer gjorts för att uppmärksamma och påminna om rutinerna.

Vi har även genomfört punktprevalensmätningar av trycksår och SKR:s HALT-mätning gällande vårdrelaterade infektioner.

Det ständiga kvalitetsarbetet i verksamheten engagerar personalen. Vi anser att en god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. Vi arbetar därför aktivt med att öka inrapporteringen genom att uppmuntra medarbetarna att rapportera. Under året har ett nytt digitalt avvikelssystem införts. Detta har förbättrat våra möjligheter att överblicka och hitta åtgärder på ett systematiskt sätt. En bra risk- och avvikelshantering leder till att vi systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheterna.

Även synpunkter och klagomål registreras, åtgärdas, följs upp och utvärderas.

Två av våra seniorcenter har blivit uppmärksammade av Senior Alert för vårt strukturerade arbete med registret.

Vi har även blivit uppmärksammade av Svenskt Demenscentrum och varit med i en av deras tidningsartiklar. Ett av våra seniorcenter är inne på sitt fjärde år som Stjärnmärkt och har uppmärksammats för det fina arbete som görs med årliga temaveckor, vilket är en del av framgången för att bibehålla kvalitet och stjärnstatus.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## 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.

Nacka seniorcenter har fyra särskilda boenden för äldre med totalt 259 platser. Vi har under 2022 startat en ombyggnation på NSC Talliden som väntas bli klar våren 2025. Vi har dessutom fyra dagverksamheter riktade till äldre, var av tre är inriktade mot demens.



Nacka seniorcenter Ektorps	118 Lägenheter
Nacka seniorcenter Sjötäppan	57 Lägenheter
Nacka seniorcenter Sofiero	41 Lägenheter
Nacka seniorcenter Talliden	Ca 30 Lägenheter under 2022

## Övergripande mål och strategier

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

Negativa händelser är händelser som inte är orsakade av patientens tillstånd, utan sådant som borde kunna förebyggas och undvikas. Då en negativ händelse inträffar utreds den för att leda till förbättringar och ökad säkerhet i framtiden.

### Vi har under 2022 arbetat med följande mål:

- Fortlöpande utbildat personal i vårt nya dokumentationssystem Epsilon, detta är ett ständigt pågående utvecklingsarbete.
- Utbildat personal i ett nytt digitalt avvikelssystem, detta kommer vi fortsätta med under 2023.
- Sjuksköterskorna har i samtliga verksamheter fokuserat på att patienterna fått en individuell inkontinensbedömning. Detta arbete fortsätter 2023.
- Fortsatt arbeta med Palliativa registret där vi ser en positiv utveckling.
- Arbete med fallförebyggande åtgärder har startat. Verksamhetscheferna följer statistiken i DF Respons varje tertiäl och utifrån detta görs en analys och åtgärder sätts in.
- Samtliga kunder med demenssjukdom är nu registrerade i BPSD-registret.
- Arbetat med att få samtliga Nacka seniorcenter certifierade enligt Svenskt demenscentrums utbildningsmodell Stjärnmärkning. Vi har nu ett seniorcenter kvar som beräknas bli klart under 2023.
- Genomfört punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner, trycksår men även utfört SKR:s HALT-mätning gällande vårdrelaterade infektioner. Antalet vårdtagare med bekräftade infektioner som förvärvats i hela Nacka kommun på särskilt boende uppgår till fem personer för 2022.

- Vi har använt oss av SKR:s analysverktyg och tagit fram en lokal handlingsplan för att stärka patientsäkerheten i kommunen.
- Vi har påbörjat ett riskanalysarbete gällande informationssäkerhet.

## Organisation och ansvar

**Kommunstyrelsen** är vårdgivare.

**Produktionsdirektören** har det övergripande ansvaret och leder produktionsområdet Välfärd samhällsservice, dit äldreomsorgen hör.

**Affärsområdeschefen för äldreomsorg** har det övergripande ansvaret för samtliga Nacka seniorcenter. Affärsområdeschefen ansvarar för att affärsområdet arbetar enligt myndighetens krav och gällande avtal.

**Verksamhetschefer inom Nacka seniorcenter** ansvarar för:

- att enligt Hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet,
- att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva säker vård,
- att mätbara verksamhetsmål formuleras och uppnås,
- att utfallet analyseras och medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska** har ett särskilt medicinskt ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Inom rollen ligger också ansvaret för:

- att rutiner finns för att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov,
- att patienten får den hälso- och sjukvård läkaren har bestämt och att rutinerna för läkemedelshantering är säkra,
- att besluten om delegering är patientsäkra och att patientjournaler förs,
- att anmäla till kommunal nämnd om en patient utsatts för allvarig skada eller sjukdom i samband med vård och behandling eller utsatts för risk för det.

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

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Nacka seniorcenter bedriver samverkan i olika former för att förebygga vårdskador. För 2022 kan nämnas följande:

- Kontinuerliga temamöten med olika professioner samt anhörigmöten.
- Löpande samverkan med Familjeläkarna, vår underleverantör för sjuksköterskeverksamheten på jourtid.
- Aktivt arbete för att få ett bra samarbete med primärvården, sjukhus med flera.
- Samtliga boende hos Nacka seniorcenter har erbjudits en kostnadsfri munhälsobedömning. Avtalspart just nu är Flexident.

- Avtal med Vårdhygien Stockholm, samarbetar vid behov.
- Samarbete med Palliativt kunskapscenter i Stockholm PKC, för att upprätthålla en god palliativ vård.
- Samverkar med Nestor FoU i Stockholm som arbetar med forskning och utveckling med äldre i fokus.
- Årligen genomförd kvalitetsgranskning från Apoteket på samtliga Nacka seniorcenter gällande läkemedelshanteringen.
- Region Stockholm har ansvaret för läkarinsatserna i kommunal verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård. För Nacka seniorcenter är det Familjeläkarna som utför dessa insatser, både dagtid och på jourtid. Insatserna består av fasta rondtider och akuta besök dygnet runt.

## En god säkerhetskultur

### Informationssäkerhet

- Informationssäkerhetsarbetet inom Nacka seniorcenter bedrivs ihop med stödenheter såsom digitaliseringsenheten och kundserviceenheten när det kommer till att förebygga, informera och utbilda inom informationssäkerhet.
- VSS har under årets gång ihop med kommunens dataskyddsbud påbörjat arbete med genomgång av VSS alla verksamheter gällande informationssäkerhet och GDPR-hantering i kommunen. Arbetet kommer fortsätta under 2023 och därefter inkorporeras i ordinarie verksamhetsarbete genom uppföljning.
- Steg två har under årets gång bestått av att systemansvarig och teknisk förvaltare ihop med it-säk gått igenom handlingsplaner för att kunna säkerställa att VSS arbetar med informationssäkerhet på ett sätt som omfattar både NIS-direktivet, allmän dataskyddsförståelse samt upprätthåller GDPR.
- Arbetet har genomförts i syfte att användas för det interna arbetet med informationssäkerhet/systemhantering inom Nacka seniorcenter, men fungerar även som underlag för samarbete med kommunens dataskyddsbud gällande exempelvis GDPR-hantering med mera.
- Verksamheterna har under 2022 utfört systematiska loggkontroller i journalsystemen och i systemet för digital signering.
- Dokumentationsgranskning görs regelbundet för att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar.



### 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 har kompetensutvecklat undersköterskor till 1500 poäng.
- 95% av vår omsorgspersonal är undersköterskor.





- I verksamheterna pågår även utbildning till specialistundersköterska.
- Samtliga medarbetare har individuella kompetensutvecklingsplaner som utgår från verksamhetens behov.
- Vi har bra kontroll på vilken personal som har delegering för vissa specifika uppgifter och bemannar därefter utifrån kundernas behov.

## Säker bemanning och schemaläggning

Sedan 1/10-22 har vi sjuksköterska som arbetar dagtid under veckans alla dagar.

Övrig tid har vi avtal med Familjeläkarna att sjuksköterska finns tillgänglig med en inställetid på 30 min. I och med vårt goda samarbete med Familjeläkarna har vi fått en bra kontinuitet gällande både läkare och jour-sjuksköterskor.

Personalen i verksamheterna arbetar med flexibel arbetstidsmodell vilket innebär:

- I schemat läggs tid som är till för att täcka upp för frånvaro, så kallad "tillgänglig flyt".
- En del av arbetstiden är tillgänglig för att användas vid korttidsfrånvaro, exempelvis sjukdom.
- Den icke schemalagda tiden kan medarbetare bli bokade på sin egen enhet eller på något av de fyra kommunala äldreboenden som har gemensamma rutiner för bemanning.

Fördelarna vi ser är att:

- Vi använder färre timvikarier,
- det blir en kontinuitet i arbetsgruppen och för kunderna,
- personalen känner kunderna och rutinerna,
- det genererar en högre patientsäkerhet,
- och arbetssättet minskar stressen för ordinarie personal.

En lärdom är att det inte är farligt att ha för mycket personal. Vi täcker upp korttidsfrånvaro, kohortvård och extra vak.

## Patienten som medskapare

### Patienters och närståendes delaktighet

Vi samverkar aktivt med våra patienter genom följande moment:

- Varje patient upprättar en Hälsoplan i samråd med sjuksköterska och närstående.
- Varje år genomför läkaren i samråd med patienten en läkemedelsgenomgång.
- Patienterna har möjlighet att träffa en läkare vid behov på en så kallad rond.
- Patienten och vid behov dess närstående upprättar en genomförandeplan tillsammans med kontaktpersonen. Genomförandeplanen uppdateras ständigt tillsammans med HSL-personalen eftersom den ligger till grund för kundens patientsäkerhet.



## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Runt om i Sverige pågår omställning till nära vård. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård.

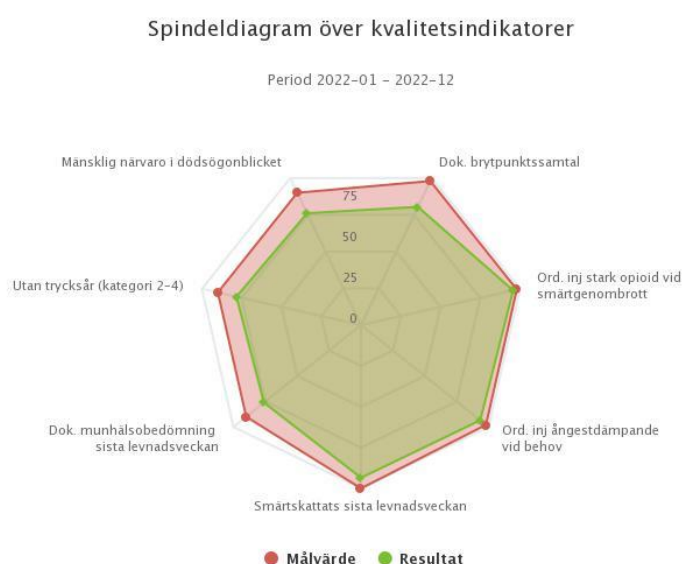
Vi har använt verktyget på följande sätt:

- genomfört en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna,
- identifierat utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget,
- identifierat och prioriterat bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka arbetssätt och gemensamma rutiner,
- skapat en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård,
- skapat en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.

## Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete. Registrering i Palliativa registret ska ske inom sex månader efter dödsfallet.

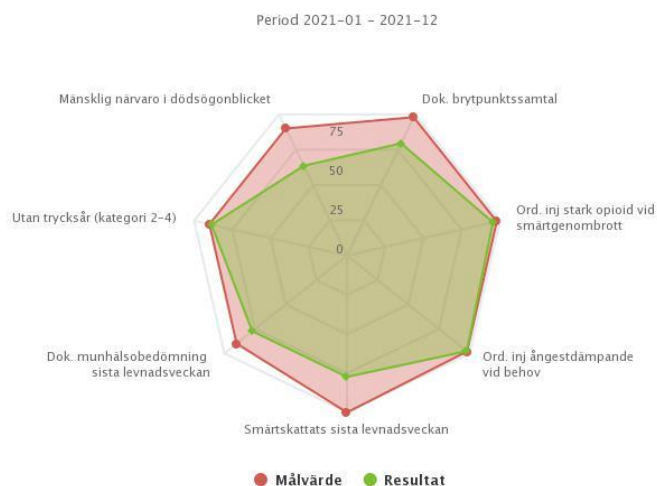
Under 2022 har utvecklingsarbetet fortsatt i samtliga verksamheter med samma goda resultat. En analys av resultatet har genomförts på varje verksamhet. MAS har genomfört kontinuerliga uppföljningar med verksamheterna. Verksamheterna har följt sina upprättade handlingsplaner och verksamhetscheferna har systematiskt följt upp åtgärderna.



This is a modified report.

För att visa på den utveckling som skett presenteras nedan även resultatet från 2021.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Detta är en modifierad rapport.

## Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister för vård och omsorg och är ett verktyg i det förebyggande arbetet för ökad patientsäkerhet. Inom Nacka seniorcenter använder vi Senior Alert för kvalitetsförbättring inom områden som fall, undernäring, munhälsa och trycksår. Senior Alert används som ett verktyg för att registrera riskbedömningar och identifiera alla personer med förhöjd risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen och undernäring. I verktyget registreras även adekvata åtgärder som ordineras och som sedan utvärderas.

En stor andel av patienterna inom vård- och omsorgsboende har förhöjd risk för fall, undernäring, munhälsa och trycksår. Det beror på till exempel kognitiv svikt, rörelsesvårigheter, nedsatt allmäntillstånd, läkemedel eller sensorisk funktionsnedsättning.

På följande sida visas en tabell över vårt resultat från Senior Alert. Alla kunder hos Nacka seniorcenter får årligen en riskbedömning i kvalitetsregistret. I de fall risk konstateras skapas ett antal åtgärder som sedan verkställs och följs upp. Två av våra NSC har blivit uppmärksammade av Senior Alert gällande det strukturerade arbete som utförs i registret. Man såg att alla bedömningar och uppföljningar är utförda och att de görs i teamet där alla professioner ingår

Läsanvisning för tabellen:

1. Riskbedömning med risk
2. Bakomliggande orsaker vid risk
3. Åtgärdsplan vid risk
4. Utförda åtgärder vid risk
5. Trycksår
6. BMI <22
7. Fall
8. Munhälsa grad 2

		1	2	3	4	5	6	7	8		
		Vårdprevention				Utfall					
Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2	Visa resultat per riskområde	
	Nacka kommun	999 1 721 av 1 794	96% ↕ 1 639 av 1 721	95% ↕ 1 606 av 1 721	98% ↕ 1 696 av 1 721	82% ↕ 1 417 av 1 721	140 ↕ 117 personer	443 ↕ personer	634 ↕ 188 personer	451 ↕ personer	▼
	Seniorcenter Ektorp	140 192 av 197	97% ↕ 184 av 192	96% ↕ 184 av 192	97% ↕ 187 av 192	80% ↕ 132 av 166	18 ↕ 13 personer	54 ↕ personer	44 ↕ 26 personer	59 ↕ personer	▼
	Seniorcenter Sjötappan	64 86 av 90	96% ↕ 81 av 86	94% ↕ 81 av 86	100% ↕ 86 av 86	89% ↕ 83 av 93	10 ↕ 10 personer	30 ↕ personer	141 ↕ 38 personer	40 ↕ personer	▼
	Seniorcenter Sofiero	48 75 av 75	100% ↕ 75 av 75	96% ↕ 72 av 75	99% ↕ 74 av 75	97% ↕ 70 av 72	11 ↕ 8 personer	15 ↕ personer	128 ↕ 29 personer	29 ↕ personer	▼
	Seniorcenter Talliden	44 87 av 88	99% ↕ 82 av 87	93% ↕ 82 av 87	99% ↕ 86 av 87	99% ↕ 89 av 90	12 ↕ 9 personer	25 ↕ personer	69 ↕ 21 personer	23 ↕ personer	▼

## BPSD-registret

Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom och det stöds av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – drabbar någon gång omkring 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Efter skattningen genomförs en analys av eventuellt tänkbara orsaker med hjälp av en checklista. En bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. Vi har även under 2022 utbildat flera BPSD-administratörer.

Vi har sedan 2016 använt BPSD-registret systematiskt på samtliga seniorcenter. Totalt har vi 111 platser för personer med demenssjukdom och för kunder med behov utarbetas en bemötandeplan via BPSD registret.

## Händelser och vårdskador

Under 2022 har det inte gjorts någon utredning enligt lex Maria på Nacka seniorcenter.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Våra arbetsprocesser gällande basala hygienrutiner och klädregler har förstärkts genom att:

- utbildade hygienombud finns i samtliga verksamheter,
- punktprevalensmätning genomförs minst två gånger om året,
- samtlig personal genomgår en webbutbildning,
- frågorna finns som stående punkt på dagliga möten,
- praktisk övning i hur man använder skyddsutrustningen genomförs med samtlig personal,
- MAS har haft uppföljning med hygienombuden två gånger under året.
- ny rutin för att förebygga smitta och smittspridning är färdigställd och lokala rutiner utifrån den har påbörjats på alla verksamheter.

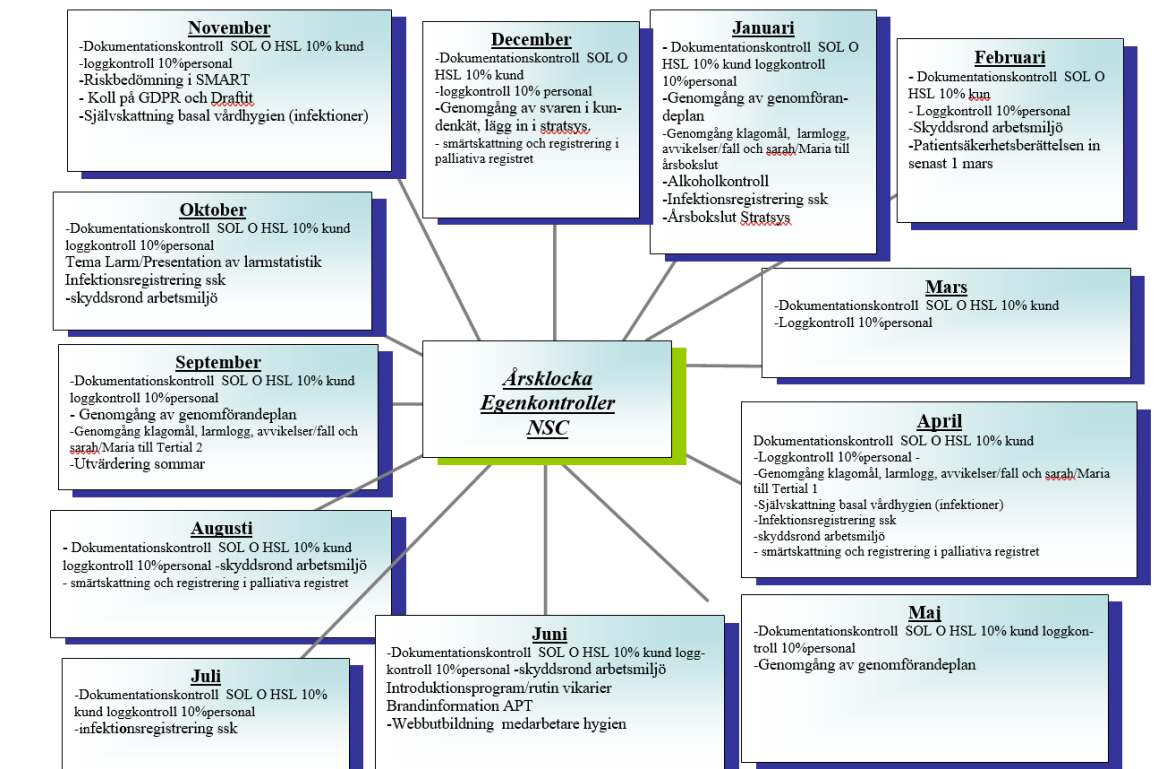
För läkemedelsgenomgångar gäller att:

- samtliga patienter har under året fått en läkemedelsgenomgång,
- läkemedelsgenomgången har genomförts enligt phase 20,
- läkaren har tillsammans med sjuksköterska och patienten gått igenom resultatet.

En god tillgång på skyddsutrustning för eventuell smitta finns och verksamheterna har god kunskap om hur skyddsutrustningen skall användas.



## Egenkontrollen



## Riskanalys

Årlig utredning sker i kvalitetsledningssystemet SMART där riskbedömning utförs utifrån kvalitet. Den systematiska avvikelshanteringen är en del i riskanalysen som bidrar till att risker för allvarliga händelser minimeras.

## Utredning av händelser – vårdskador

En avvikelserapport kan bli föremål för en internutredning. Den medicinskt ansvarige sjuksköterskan utreder och anmäler allvarliga avvikelser som lex Maria till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Kommunstyrelsens verksamhetsutskott informeras om lex Maria anmälan.

## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelser

Vårdgivaren ska bedriva systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren vidtar åtgärder i sitt patientsäkerhetsarbete för att förebygga vårdskada. Avvikelserapportering och analys av avvikelser är en del av detta arbete. Syftet med att rapportera avvikelser är att utveckla verksamheten genom att identifiera bristerna innan de leder till skada och att också lära sig av vilka processer som har lett till eventuell skada.



Samtliga våra verksamheter arbetar aktivt med avvikelshantering. Verksamhetschefen går igenom avvikelser, kundsynpunkter, resultat av kvalitetsregister och följsamhet till rutiner tillsammans med ansvariga i verksamheterna. Utöver detta sker det löpande genomgångar av följsamhet, dokumentation och uppföljning. Återkoppling och analys sker på APT och i samband med verksamhetsdialoger i syfte att skapa delaktighet.

Vi har under 2022 implementerat ett digitalt avvikelssystem på samtliga NSC vilket har medfört att verksamheterna har en bättre överblick och lätt kan plocka ut statistik ur systemet.

För att vård och behandling ska vara så säkert som möjligt är det viktigt att arbeta systematiskt med avvikelshantering. Syftet är att öka kunskapen hos chefer och medarbetare om vilka risker det finns inom hälso- och sjukvården så att förebyggande åtgärder kan vidtas vid behov.

Avvikelshanteringen är en förutsättning för att kunna identifiera risker i verksamheten och kunna analysera vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra att en avvikelse upprepas.

Det är ansvarig chef som ansvarar för att bedöma allvarlighetsgrad och hur en inkommen avvikelse ska hanteras. Chefen skapar sig en bild av händelsen och bedömer om akuta åtgärder behöver vidtas. Det är också ansvarig chef tillsammans med leg. personal som utreder, åtgärdar och avslutar händelsen. Avvikelser diskuteras och återkopplas systematiskt till medarbetarna i verksamheten och till ansvarig överordnad chef.

Vi har under 2022 haft 251 läkemedelsavvikelser. Detta kan jämföras med att vi under **en dag** signerar cirka 2000 läkemedelstillfällen. Vi har infört ett digitalt signeringssystem som personalen använder för administration av läkemedel och det har drastiskt minskat antalet avvikelser kopplade till läkemedel.

Verksamheterna har aktivt arbetat med fallförebyggande åtgärder utifrån Senior Alert. Minskning av antal fall är en indikator i vårt system för ledning och styrning. Analysen i samband med tertialboksluteten leder till utveckling av åtgärder för att minska antalet fall. Detta har resulterat i 163 minskade fall sen föregående år. 2022 har verksamheterna haft 664 fall.

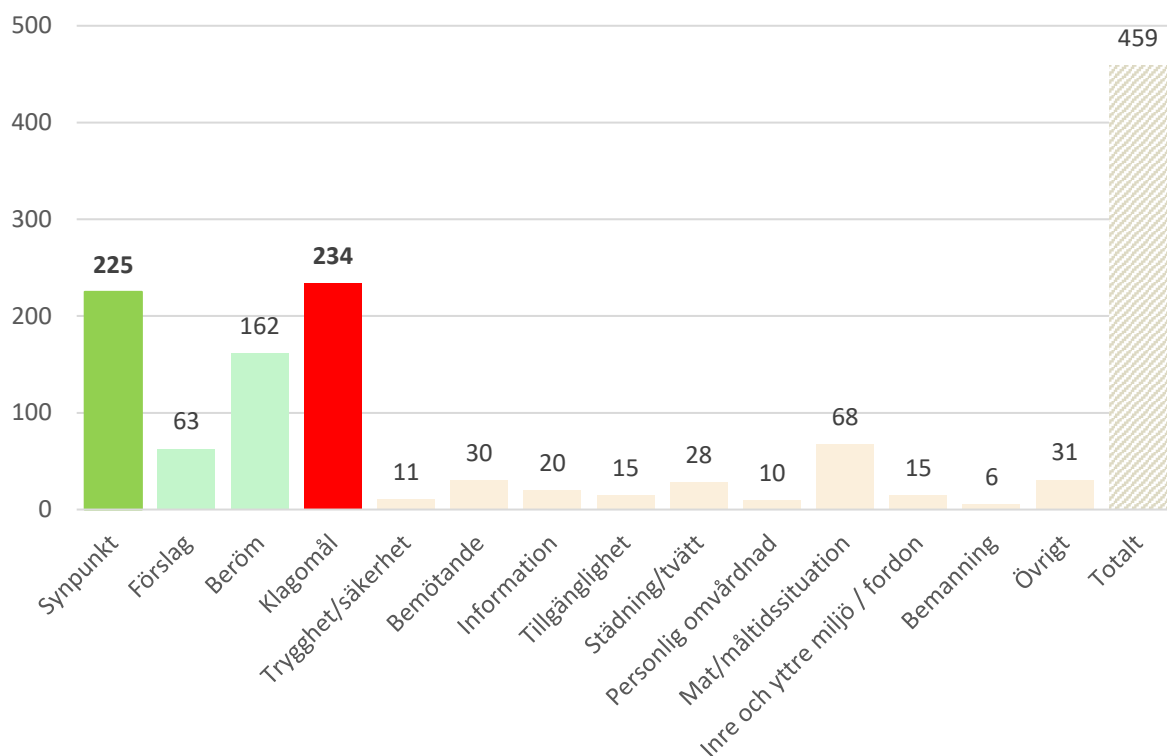
Fallrund sker tillsammans med Läkare en regelbundet. Uppföljning av fall sker i team tillsammans med HSL personal och omvårdnadspersonal. Åtgärder planeras, dokumenteras och följs upp regelbundet för eventuella förändringar.

Vi tilldelades under 2022 stimulansmedel gällande fallförebyggande arbete. En fysioterapeut avsattes för arbete med kartläggning av nuvarande fallförebyggande arbete och för att också ta fram förslag på gemensamt arbetssätt.

### **Klagomål och synpunkter**

Alla inkomna klagomål och synpunkter ska registreras i databasen Infosoc för att kunna sammanställas inför kartläggning och analys samt återkopplas till berörd person. Varje verksamhet hanterar sina respektive klagomål och det är verksamhetschefen som ansvarar för registreringen och att åtgärderna blir utförda. Synpunkter och klagomål analyseras vid behov av ledningsgruppen och återrapporteras på APT till samtlig personal.

Antal synpunkter och klagomål 2022



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

### Mål och strategier för kommande år

Under 2023 planerar vi att arbeta utifrån följande målsättningar:

- Dokumentation och kontinuitet
- Mat och måltider
- Palliativa registret kommer vara ett prioriterat område och fokus ska läggas på punkterna arbeta med mänsklig närvaro och brytpunktsamtal
- Palliativ vård med fokus på NVP (nationell vårdplan för palliativ vård)
- Arbeta med fallförebyggande åtgärder utifrån projektresultatet
- Sätta upp ramar för våra specialist undersköterskor som examineras under 2023