



# Patientsäkerhetsberättelse för Nacka kommun År 2021



2022-05-31  
Anna-Lena Möllstam  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
ÄLN 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 verksamhet har sammanställt sitt patientsäkerhetsarbete i en egen patientsäkerhetsberättelse. Den här patientsäkerhetsberättelsen är en övergripande analys och 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
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
En god säkerhetskultur.....	7
Informationssäkerhet.....	7
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
Reslutat för Nacka 2021 .....	10
Reslutat för Nacka 2020 .....	10
Registrering av dödsfall i Palliativa registret .....	11
Resultat för Nacka 2021, 163 registrerade dödsfall.....	11
Resultat för Nacka 2020, 238 registrerade dödsfall.....	11
BPSD – beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom .....	12
Regelbundna läkemedelsgenomgångar.....	12
Läkemedelsavvikelser.....	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	13
Utredningar av risk för vårdskada/vårdskada .....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Säker vård här och nu.....	13
Riskhantering.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
Avvikelser, klagomål och synpunkter .....	14
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	14
Identifierade områden och mål för patientsäkerhetsarbetet 2022 .....	15

## **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 analys och sammanställning av verksamheternas 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
- NSC - Ektorps, Sjötäppan, Sofiero, Talliden
- Silver Life Graninge
- Stiftelsen Stora Sköndal – Villa Tollare
- Vardaga Lillängen
- Vardaga Saltsjöbaden
- Vardaga Villa Båthöjden
- Vardaga Villa Sarvträsk

Enligt kundvalsvillkoren ska fr o m 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 2021 fortsatt sitt arbete med att förbättra och utveckla patientsäkerhetsarbetet utifrån identifierade riskområden 2020. Under hösten initierade kommunens MAS en gemensam satsning för att stärka patientsäkerhetsarbete utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

### **Hantering pandemin Covid-19**

Covid-19 pandemin har till stora delar under året 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 vaccinering. Parallellt med dessa åtgärder har de arbetat med riskanalyser, egenkontroller och uppföljning. Samverkan har varit ett genomgående och nödvändigt inslag för att inhämta och sprida kunskap om nuläge och viktiga åtgärder i pandemin. 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.

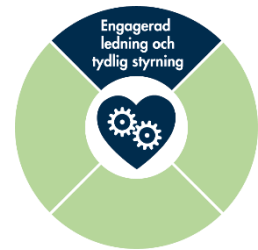
## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 2022 är att samtliga verksamheter inom kundvalet SÄBO arbetar utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och att samtliga under året påbörjar 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 enheten Kvalitet Vård och omsorg och har ett övergripande ansvar för att säkra patientsäkerheten inom den hälso- och sjukvård som den sociala omsorgsprocessen ansvarar för. Detta sker bland annat genom granskningar av hälso- och sjukvården på särskilda boenden för äldre, såväl årliga granskningar, påkallade granskningar som oanmälda granskningar i förekommande fall. 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 ska 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 sjukvårdspersonalen** 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 avtal med Familjeläkarna i Saltsjöbaden.

## Stödfunktioner

Som ett led i enhetens patientsäkerhetsarbete finns stödfunktioner såsom Vårdhygien, Smittskyddsinstitutet, Apoteket/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 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.

## 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 per månad. Under 2021 redovisades 1 339 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 2021 har kompetensutveckling skett inom följande områden;

- Basala hygienrutiner
- Utbildningar till specialistsjuksköterskor
- Förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel för sjuksköterskor
- Specialistundersköterskeutbildning med inriktning demens
- Utbildning inom palliativ vård
- Förflyttningsteknik och ergonomi
- Demenscertifiering
- Nutrition – mat och måltider

## 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 §*

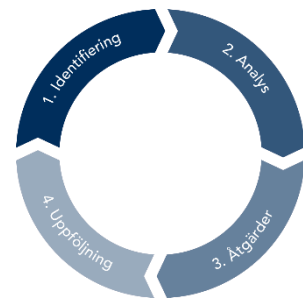
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Samtliga verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete med egenkontroller ofta 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 patientsäker vård.



### Följsamhet till basala hygienrutiner

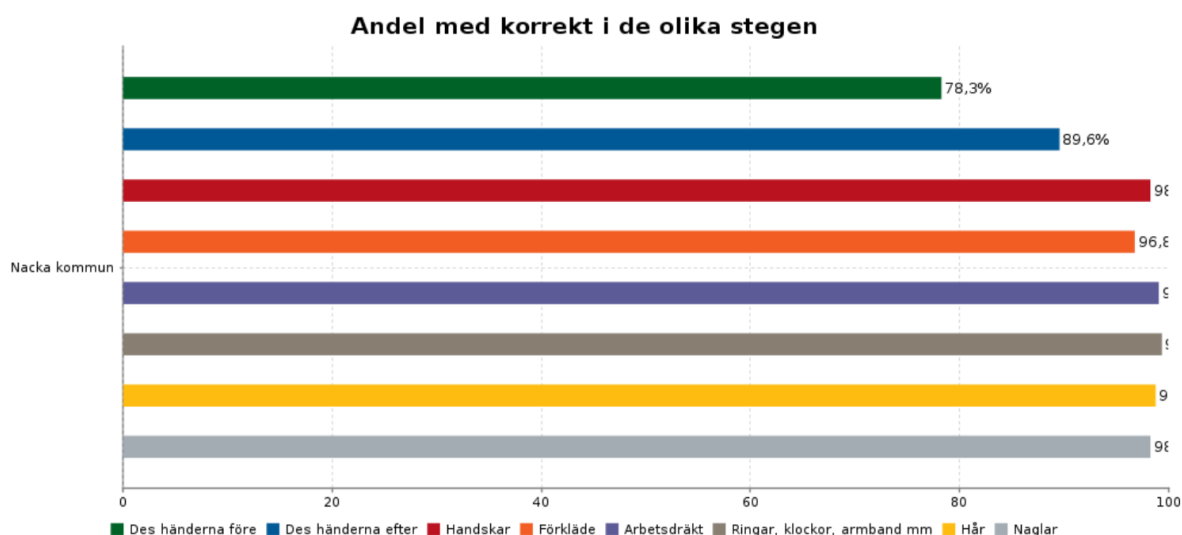
För att identifiera skador i vården används olika metoder bland annat punktprevalensmätningar. SKR – Sveriges kommuner och regioner - tillhandahåller databas för trycksår, vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler.

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 2021 genomförde 11 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.



## Riskbedömningar och åtgärdsplaner i kvalitetssystemet Senior Alert.

Riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och munhälsa ska genomföras på samtliga patienter. En åtgärdsplan ska upprättas och uppföljning av utförda åtgärder vid risk ska följas upp minst var sjätte månad. Alla särskilda boenden genomför detta i dagsläget men inte till 100 %, dock ses en förbättring mellan 2020 och 2021.

### Reslutat för Nacka 2021

	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Nacka kommun	1025	96% ↑ 1 900 av 1 986	97% ↑ 1 836 av 1 900	98% ↑ 1 863 av 1 900	84% ↑ 1 533 av 1 819
Trycksår		29% ↓ 575 av 1 986	96% → 550 av 575	98% ↑ 565 av 575	85% ↑ 481 av 569
Undernäring		65% ↓ 1 291 av 1 986	98% ↑ 1 265 av 1 291	99% ↑ 1 276 av 1 291	85% ↑ 1 064 av 1 251
Fall		88% ↑ 1 742 av 1 986	98% → 1 707 av 1 742	99% ↑ 1 726 av 1 742	87% ↑ 1 442 av 1 667
Munhälsa		45% ↓ 842 av 1 866	98% ↑ 823 av 842	98% ↑ 827 av 842	86% ↑ 693 av 810

### Reslutat för Nacka 2020

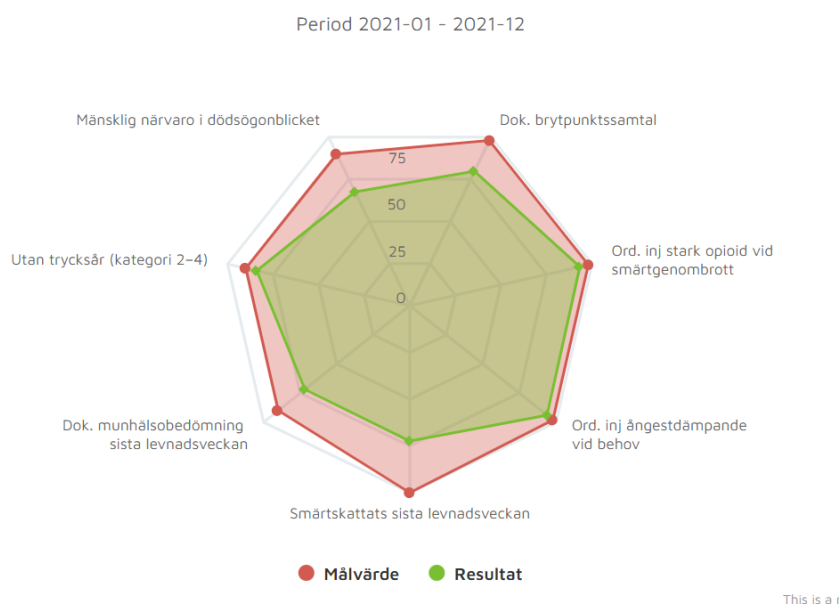
	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Nacka kommun	915	96% ↑ 1 490 av 1 560	96% ↑ 1 423 av 1 490	97% → 1 441 av 1 490	81% ↑ 1 112 av 1 376
Trycksår		30% ↓ 462 av 1 560	96% ↓ 443 av 462	97% ↓ 447 av 462	77% ↑ 327 av 424
Undernäring		66% ↓ 1 027 av 1 560	97% ↑ 999 av 1 027	97% → 998 av 1 027	82% ↑ 770 av 939
Fall		85% → 1 320 av 1 560	98% → 1 287 av 1 320	98% → 1 294 av 1 320	83% ↑ 1 010 av 1 218
Munhälsa		49% ↓ 682 av 1 405	95% ↑ 649 av 682	97% → 660 av 682	81% ↑ 546 av 672

## Registrering av dödsfall i Palliativa registret

Samtliga dödsfall skall registreras i det nationella kvalitetsregistret Palliativa registret. Dödsfall registreras ibland även om kunden inte avlidit på boendet utan på sjukhus vilket innebär att boendet inte alltid vet om det funnits mänsklig närvaro i dödsögonblicket. En förbättring ses mellan 2020 och 2021 för samtliga indikatorer förutom indikatorn ”utan trycksår (2–4)” där en ökning (9,5 %) av förekomsten av trycksår kan ses.

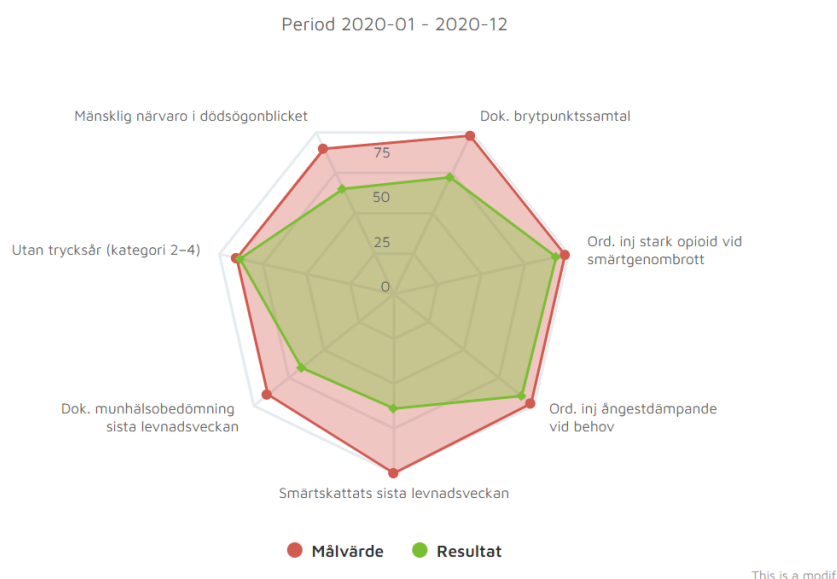
### Resultat för Nacka 2021, 163 registrerade dödsfall

#### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



### Resultat för Nacka 2020, 238 registrerade dödsfall

#### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



## **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 personen med demenssjukdom.

Vårdåtgärderna ligger bland annat till grund för kundens bemötandeplan.

Här har verksamheterna kommit olika långt beroende på att det inte från registret erbjudits några utbildningar för administratörer i registret under pandemin. Samtliga verksamheter kommer att under 2022 ha utbildade administratörer.

Under 2021 genomfördes 453 registreringar i systemet vilket är en ökning med 57 % jämfört med 2020 och 300 kunder registrerades vilket är en ökning med 36 % sedan 2020.

## **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.

## **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 minskat med 13,6 % mellan 2020 och 2021.

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §*  
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser

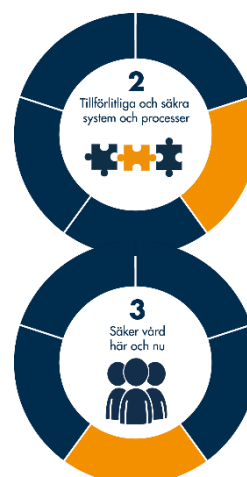


## Utredningar av risk för vårdskada/vårdskada

Under 2021 utreddes totalt 11 händelser som risk för vårdskada/vårdskada. 5 av händelserna bedömdes som avvikelser och anmäldes inte till IVO – Institutionen för vård och omsorg. Fyra händelser anmäldes till IVO varav en utreddes med visade att ingen vårdskada skett, två lämnades utan åtgärd, och en händelse väntar man fortfarande svar på. Två verksamheter fick anmälningar från IVO, en gällande medicinsk vård och behandling, en gällande bemötande och arbetssätt av patient med Covid-19 och en angående vårdskada. Två av ärendena avslutades utan åtgärd och det andra väntar man fortfarande svar på från IVO.

## 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.

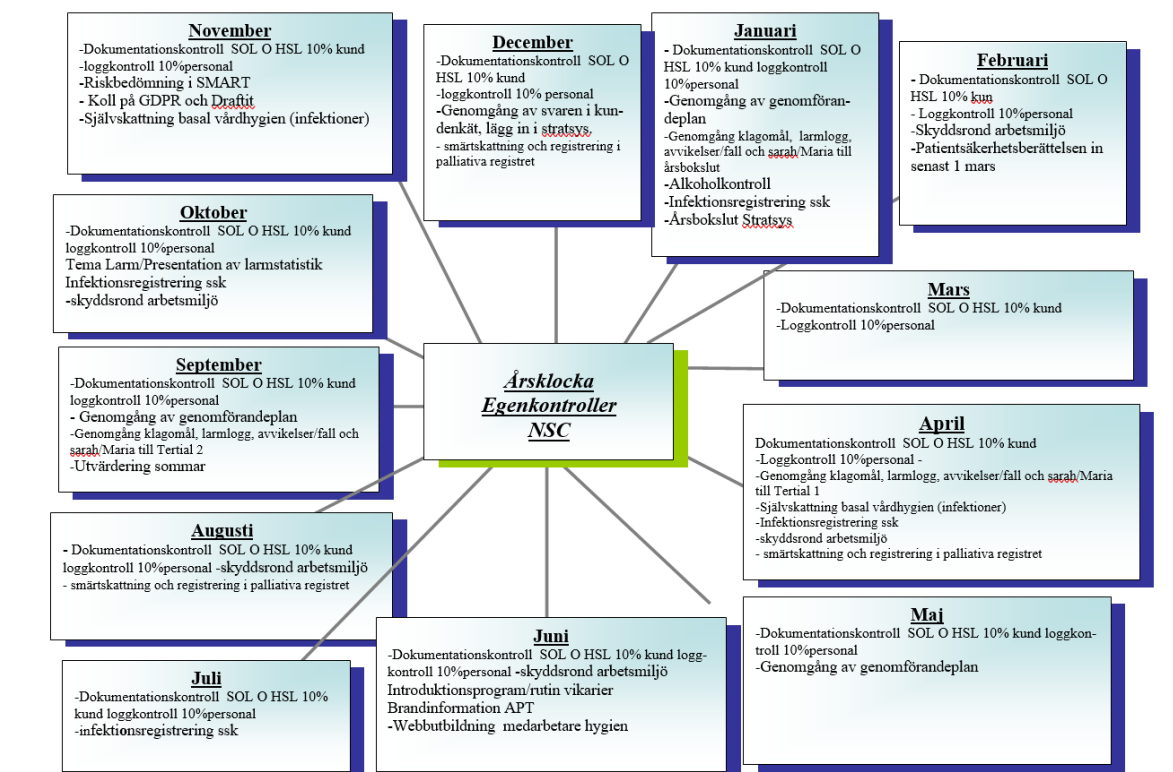
## Riskhantering

*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. Nedan ett exempel på egenkontrollplan/årsklocka.



## 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.



## Avvikelser, 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.

Avvikelseberättelser 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 behöver utveckla under 2022



## Identifierade områden och mål för patientsäkerhetsarbetet 2022

Områden för ökad patientsäkerhet	Mål för 2022 och metoder för att uppnå målen
<b>Agera för säker vård – SKRs analysverktyg</b>	Samtliga verksamheter ska under 2022 genomföra del 1, nulägesanalys, i SKRs analysverktyg ”Agera för säker vård” för stärkt patientsäkerhetsarbete.
<b>Risk och preventionsbedömningar – trycksår, fall, munhälsa och nutrition</b>	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.
<b>Fallförebyggande arbete</b>	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.
<b>Basala hygienrutiner – Alla medarbetare ska följa basal hygien i vård och omsorg.</b>	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.
<b>Säker delegeringsprocess</b>	Samtliga medarbetare som ska ta emot en delegering ska årligen genomgå utbildning. Vid behov ska sjuksköterska ge praktisk kunskap i läkemedelshantering inför delegering.
<b>Minska läkemedelsavvikelser</b>	Verksamheterna ska ha upparbetade rutiner för fortsatt minskning av läkemedelsavvikelser.
<b>Rapportering av händelser – Vårdskada eller risk för vårdskada</b>	All personal ska känna till hur man rapporterar händelser.
<b>BPSD</b>	Samtliga verksamheter ska registrera alla kunder med en demenssjukdom i BPSD registret och ta fram individuella bemötandeplaner för varje kund.
<b>Vård i livets slut</b>	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. Samtliga verksamheterna bör under 2022 ge medarbetare möjlighet att utbildas till palliativa ombud.
<b>Öka riksmädelvetenhet och beredskap</b>	Samtliga verksamheter ska påbörja planer för ökad riskmedvetenhet och beredskap