

# Patientsäkerhetsberättelse

## Nacka seniorcenter

### 2023



Datum: 2023-02-25

Ansvarig för innehållet:

Katarina Centerdal, affärsområdeschef för affärsområde Äldreomsorg

Susanne Karlsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska,

Välfärd samhällsservice, Nacka kommun

Diarienummer:

## 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 .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
En god säkerhetskultur .....	7
Informationssäkerhet .....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Adekvat kunskap och kompetens .....	7
Säker bemanning och schemaläggning.....	8
Patienten som medskapare .....	8
Patienters och närståendes delaktighet .....	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	9
Palliativa registret .....	9
Senior Alert .....	10
BPSD-registret.....	11
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.

Under 2023 har vi fortsatt arbeta med förbättringar för att förhindra smitta och smittspridning. All omvårdnadspersonal har genomfört Vårdhygiens webutbildning gällande basala hygienrutiner. På samtliga verksamheter finns särskilda hygienombud. Punktprevalensmätningar av följsamhet till hygienregler och klädregler har genomförts av hygienombuden.

Det ständiga kvalitetsarbetet i verksamheten engagerar personalen. Vi anser att en god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetarna är medvetna om risker och rapporterar avvikelser. En bra risk- och avvikelshantering leder till att vi systematiskt och fortlöpande utvecklar och kvalitetssäkrar verksamheterna.

Med anledning av flertalet fallavvikelser har vi under året arbetat fram ett utökat teamarbete där sjuksköterskorna är mer delaktiga i orsaksanalysen av fall. Detta har lett till minskning av antal fallincidenter

Sedan flera år pågår ett aktivt arbete gällande utveckling av svenska språket för den vård- och omsorgspersonal som behöver det. På alla boenden finns särskilda språkombud som fått utbildning för att kunna stötta språksvaga kollegor. Även cheferna inom äldreomsorgen har fått utbildning för att de ska veta vad som behövs för att ge språkombuden goda förutsättningar att ge språkstöd i det dagliga arbetet.

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.

Genom nationella enkäter följer vi regelbundet upp att vi ger patienten en god och säker vård. Synpunkter och klagomål som framförs av patienter utreds och förbättringsåtgärder vidtas. Även nationella kvalitetsregister hjälper oss att kvalitetssäkra vård och omsorg på våra boenden

Katarina Centerdal  
affärsområdeschef Äldreomsorg Välfärd samhällsservice

# 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. Samtliga Seniorcenter har minst en sjuksköterska i ledningen. Vi har haft gemensamma planeringsdagar för samtlig personal inom affärsområdet där vi gått igenom affärsplanen, våra mål och fokusområden för året.



Nacka seniorcenter har fyra särskilda boenden för äldre med totalt 259 platser. Vi har under 2023 fortsatt med en ombyggnation på NSC Talliden som väntas bli klar våren 2024. Vi har dessutom, tre dagverksamheter riktade till äldre, var av tre är inriktade mot personer med kognitiva sjukdomar.

Nacka seniorcenter Ektorp	118 Lägenheter
Nacka seniorcenter Sjötäppan	57 Lägenheter
Nacka seniorcenter Sofiero	41 Lägenheter
Nacka seniorcenter Talliden	Ca 30 Lägenheter under 2023

## 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 2023 arbetat med bland annat följande områden:

- Fortsatt med att utveckla vårt nya dokumentationssystem Epsilon där vi har skapat frastexter till samtliga anteckningstyper i systemet.
- Vi jobbar i team som tillsammans säkerställer att de riskområden och åtgärder som upptäcks i Senior Alert och BPSD bedömningarna även finns i kundens genomförande plan
- Ökat tillgängligheten av sjuksköterska på Helgen och röda dagar
- Implementerat ett nytt kostdata program "Matilda". Våra kockar har även fått en utbildning gällande konsistensanpassnings och näringsberäkning.
- Arbetet med fallförebyggande åtgärder fortsatte under året vara ett prioriterat område. Vi har sett goda resultat av arbetet men vi fortsätter ha detta som ett prioriterat område nästa år.
- Flertalet specialist undersköterskor utbildades.
- Fortsatt arbeta med Palliativa registret där vi ser en positiv utveckling.
- Genomfört punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och trycksår

## Organisation och ansvar

**Kommunstyrelsen** är vårdgivare.

**Produktionsdirektören** har det övergripande ansvaret och leder produktionsområdet Valfärd 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.

### Utvecklingschef för äldreomsorgen

Utveckla verksamhetsområdet och ta ansvar för att kommunens äldreomsorg fortsätter att hålla en hög kvalitet.

**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 allvarlig 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 2023 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.
- Swedem och svenskt demenscentrum i samband med våra stjärnmärkning
- Nytt avtal gällande städ för att säkerställa kraven från vårdhygien

## 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, och där varje medarbetare i Nacka kommun får information skickad till sig, både för att lära sig förebygga risker, men även för att få veta när det föreligger risker
- Vi har genomfört utbildningar inom GDPR för alla vårdområden samt deltagit i projekt som kommer ligga till grund för kommunens nya it-säk arbete. VSS har även kommit långt i sitt arbete med informationshanteringsplaner och beräknas vara klara fram till våren 2024.
- Verksamheterna utför systematiska loggkontroller i journalsystemen och i systemet för digital signering.
- Dokumentationsgranskning och loggkontroller ska göras 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.

Vi har utökat sjuksköterska bemanningen. Varje sjuksköterska är omvårdnadsansvarig för ca 15 patienter

- Vi har tillsvidare anställda fysioterapeuter och arbetsterapeuter i alla våra verksamheter



- Samtliga verksamheter har kompetensutvecklat undersköterskor till 1500 poäng.
- I dag har 96% usk av vår omsorgspersonal är undersköterskor.
- I verksamheterna finns även 16 stycken specialistundersköterskor inom olika områden och vi fortsätter utbilda.
- 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.
- Sjuksköterskor handleder medarbetarna dagligen ute i omvårdnaden
- Verksamheterna har implementerat SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation) som är ett konkret rapporteringsverktyg för god och säker vård.
- Omvårdnadspersonalen läser den senaste HSL dokumentationen, innan de påbörjar sitt arbetspass. Därmed har omvårdnadspersonalen god kännedom om kundernas hälsotillstånd och kan säkra en god och patientsäker omvårdnad.

### **Säker bemanning och schemaläggning**

Vi har sjuksköterska som arbetar dagtid under veckans alla dagar.

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

Personalen i verksamheterna arbetar med flexibel arbetstidsmodell.

Fördelarna vi ser är att:

- Vi har en hög personalkontinuitet och använder få timvikarier. Under 2023 var det endast 4,4% av all personal timvikarier. Vi mäter andel timvikarier varje tertial.
- det blir en kontinuitet i arbetsgruppen och för kunderna,
- personalen känner kunderna och deras behov
- rutinerna är väl kända som leder till patienttrygghet
- det genererar en högre patientsäkerhet
- Vi använder alltid ordinarie personal som känner kunden väl vid palliativ vård, vak och kohortvård

### **Patienten som medskapare**

#### **Patienters och närståendes delaktighet**

Vi samverkar aktivt med våra patienter genom följande moment:

- En Hälsoplan upprätta i samråd med patient och ibland med närstående.
- Varje år genomför läkaren i samråd med patienten en fördjupad läkemedelsgenomgång.
- Vid utskrivning från sjukhus, förändring av status och vid fall görs en förenklad läkemedelsgenomgång.





- Patienterna kan träffa sin sjuksköterska dagligen och har möjlighet att träffa sin läkare vid behov.
- Patienten och vid behov dess närstående upprättar en genomförandeplan tillsammans med kontaktpersonen. Genomförandeplanen uppdateras ständigt tillsammans med HSL-personalen med individuella bedömningar och ordinationer eftersom den ligger till grund för kundens patientsäkerhet.
- Patienter och närstående uppmuntras årligen att delta i socialstyrelsen brukarundersökning för att på så sätt kunna påverka vården.
- Brytpunktsamtal

## **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 fortsatt arbeta med åtgärderna som vi tog fram 2022.

### **Palliativa registret**

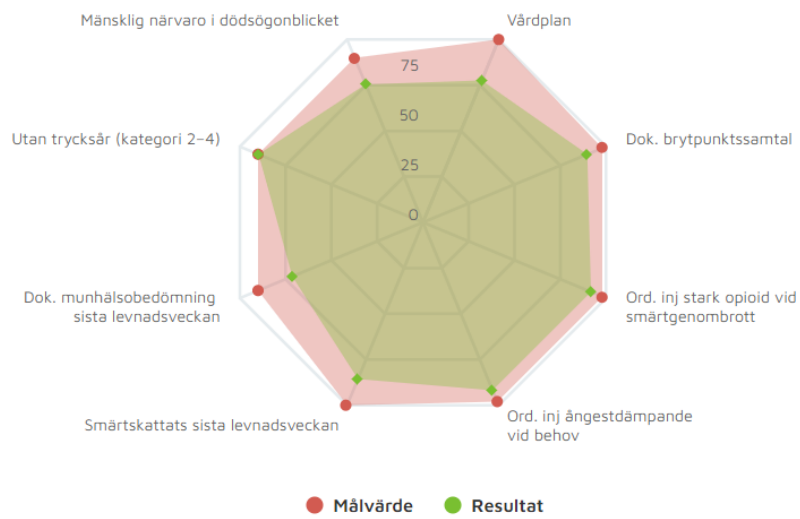
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete.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

Under 2023 har utvecklingsarbetet fortsatt i samtliga verksamheter med gott resultat. En analys av resultatet har genomförts på varje verksamhet. Vi mäter indikator mänsklig närvaro i dödsögonblicket varje tertiäl och har det som fokus område i våran affärsområdes plan. MAS har genomfört kontinuerliga uppföljningar med verksamheterna. Verksamheterna har följt sina upprättade handlingsplaner och verksamhetscheferna har systematiskt följt upp åtgärderna.

Idag har totalt 89,8 procent fått brytpunktssamtal (enligt palliativa registret) vilket är en signifikant ökning från tidigare år (2020–56,3 procent och 2021–79,5 procent).

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

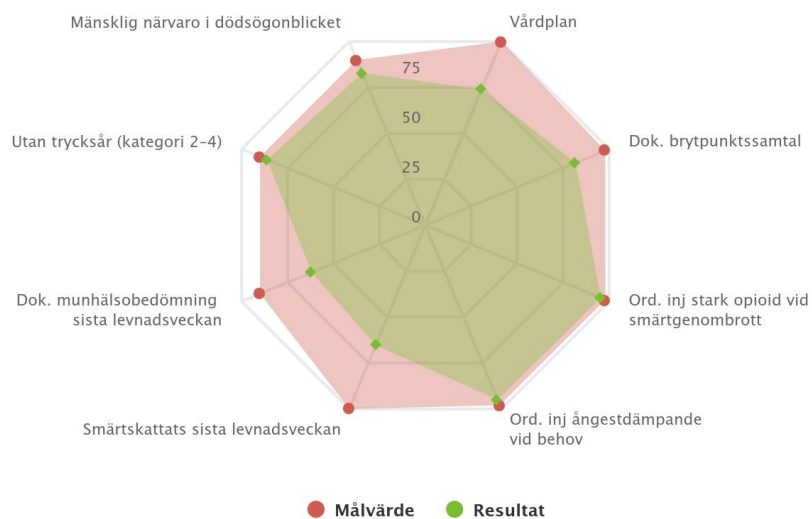
Period 2023-01 - 2023-12



För att visa på den utveckling som skett presenteras nedan även resultatet från Riket 2023

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



## 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 som

riskbedömning för samtliga patienter och 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.

Under 2023 har vi infört ett kostdataprogram som ska hjälpa till att säkerställa matens näringsinnehåll för våra äldre i enlighet med Socialstyrelsens riktlinje.

Nedan visas en tabell över vårt resultat från Senior Alert. Alla patienter får årligen en riskbedömning i kvalitetsregistret. I de fall risk konstateras skapas ett antal åtgärder som sedan verkställs och följs upp. Vi följer antal fallhändelser som en indikator varje tertial och har den som ett fokusområde i vår affärsplan.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Nacka kommun	610	97% 1 042 av 1 079	90% 935 av 1 042	98% 1 026 av 1 042	88% 948 av 1 075	86 68 personer	293 personer	140 57 personer	336 personer
Seniorcenter Ektorp	92	97% 125 av 129	79% 99 av 125	94% 117 av 125	79% 120 av 152	15 12 personer	40 personer	2 2 personer	48 personer
Seniorcenter Sjöträpan	65	98% 105 av 107	97% 102 av 105	99% 104 av 105	96% 96 av 100	5 5 personer	41 personer	3 2 personer	34 personer
Seniorcenter Sofiero	39	100% 52 av 52	75% 39 av 52	100% 52 av 52	90% 54 av 60	10 6 personer	12 personer	17 8 personer	30 personer
Seniorcenter Talliden	19	100% 30 av 30	93% 28 av 30	100% 30 av 30	100% 26 av 26	0 0 personer	6 personer	20 6 personer	8 personer

## BPSD-registret

Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med kognitiva sjukdomar. Registret 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 kognitiva sjukdomar. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framför allt för personen med kognitiva sjukdomar, 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 kognitiva sjukdomar. 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 2023 utbildat flera BPSD-administratörer.

Vi har sedan 2016 använt BPSD-registret systematiskt på samtliga seniorcenter. Totalt har vi 120 platser för personer med kognitiva sjukdomar och för kunder med behov utarbetas en bemötandeplan via BPSD registret.

## Händelser och vårdskador

Under 2023 har det gjorts en utredning enligt lex Maria. Anmälan handlar om att patienten fick dubbeldos långtidsverkande insulin på grund av att sjuksköterskan inte kontrollerade i signeringssystemet innan injektionen. Kunden drabbades ej av någon alvarlig skada. IVO bedömer att vårdgivaren, efter begärd komplettering, fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelsen som har medfört eller hade kunnat medfört en alvarlig vårdskada. IVO bedömde att de åtgärder som redovisats är adekvata utifrån den händelse som nu har utretts. IVO avslutade ärendet.

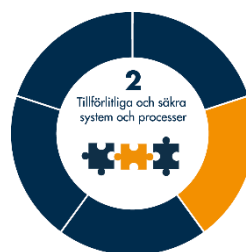


## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Vi har trygga och tydliga processer i vårt kvalitetsledningssystem, bland annat:

- Inflyttningsprocess
- Palliativ vård process
- Avvikelsehanteringsprocess
- Skydds-tvångs och begränsningsåtgärder



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

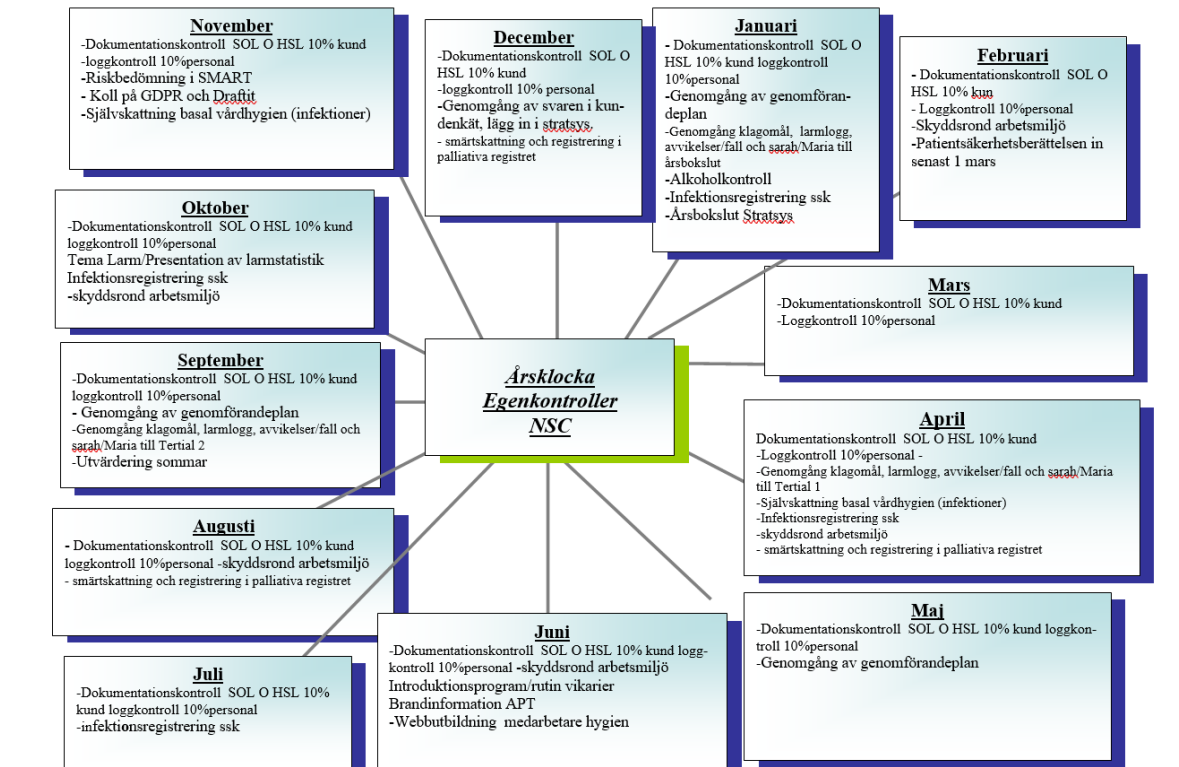
- utbildade hygienombud finns i samtliga verksamheter,
- punktprevalensmätning genomförs minst två gånger om året,
- samtlig personal genomgår en webbutbildning,
- frågorna finns som stående punkt på dagliga möten,
- praktisk övning i hur man använder skyddsutrustningen genomförs med samtlig personal,
- MAS har haft uppföljning med hygienombuden 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.

För Suicidriskbedömning gäller:

- Vid misstanke eller annat uttryck av att man vill avsluta sitt liv kontaktas sjuksköterska och läkare kontaktas för bedömning.
- Personalen har tydliga handlingsplaner



## Egenkontrollen

### Risakanlys

Årlig utredning sker i kvalitetsledningssystemet SMART där riskbedömning utförs utifrån kvalitet. Den systematiska avvikelshanteringen är en del i risakanalysen 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.

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 2023 haft 235 läkemedelsavvikelser. Detta kan jämföras med att vi under **en dag** signerar cirka 2000 läkemedelstillfällen.

Verksamheterna har aktivt arbetat med fallförebyggande åtgärder utifrån Senior Alert. Fallen analyserats på mer aggregerad nivå än tidigare. Tillsammans tittar man bland annat på om det fanns van personal på plats, tider då det varit rörigt i verksamheten eller andra orsaker. Golvlarm används för att analysera kundernas rörelsemönster i syfte att lägga in digitala påminnelser för tillsynsbesök.

Analysen visar att de flesta fall sker i sovrum eller på toaletten, den visar också vilka tider på dygnet som fallen sker och där har man satt in förebyggande åtgärder i rätt tid (samt uppdaterat genomförandeplanerna).

Miktionskartläggning och bladderscanmätning (mätning av urin) är två andra viktiga sätt som används för att synliggöra behoven av hjälp med toalettbesök innan det blir trängningar.

Teamarbetet (där sjuksköterskorna handleder omvårdnadspersonalen) skapar goda möjligheter till en individanpassad vård och omsorg.

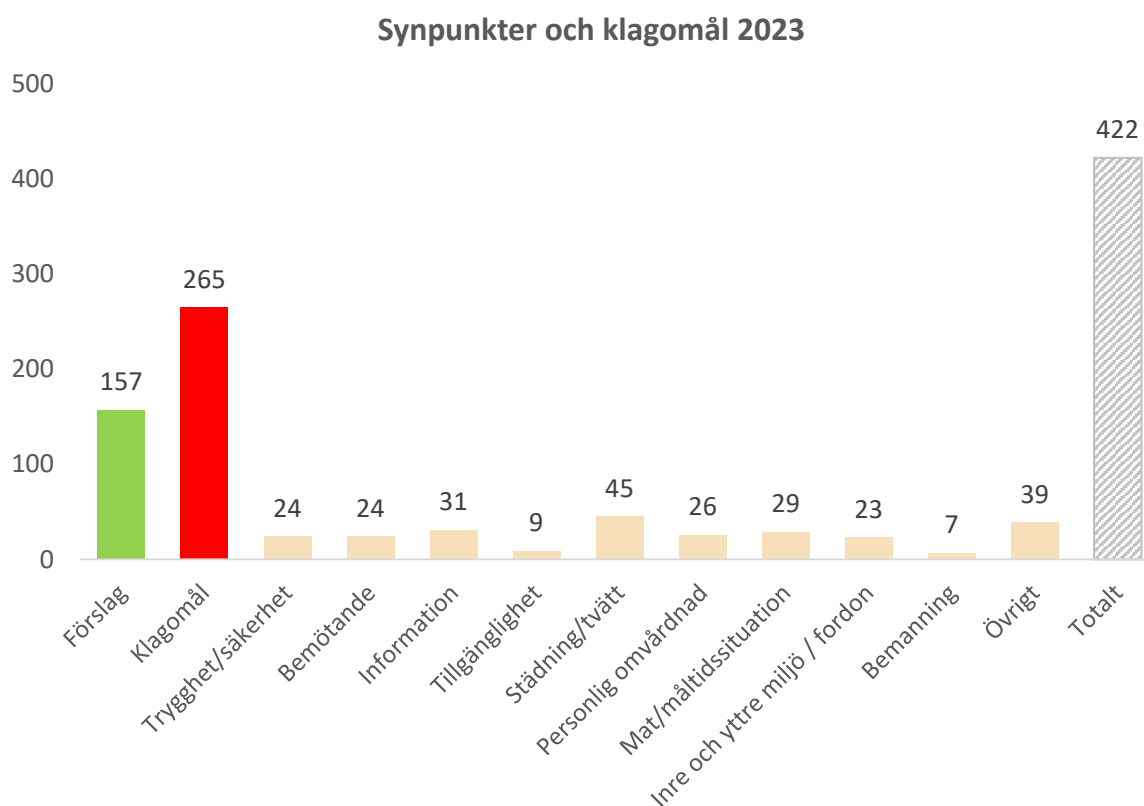
Minskning av antal fall är en indikator i vårt system för ledning och styrning. Analysen i samband med tertialboksluteten leder till utveckling av åtgärder för att minska antalet fall. Detta har resulterat i att antal fall har minskat med 52 st sedan föregående år 2023 har verksamheterna haft 612 fall.

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

### **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.



## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

### Mål och strategier för kommande år

Under 2024 planerar vi att arbeta utifrån följande målsättningar:

- Samtliga patienter ska ha en blåsdysfunktions utredning i Senior Alert
- Införa Närståendeenkäten som finns i palliativa registret
- Minska antalet fall genom fallförebyggande åtgärder
- Säkra dokumentationsprocessen gällande KVÅ och ICF
- Utveckla dokumentation och följa upp genom dokumentationsgranskning 10% varje månad
  - Samtliga patienter ska ha en individuell hälsoplan vid blåsdysfunktion
  - Brytpunktssamtalet ska dokumenteras enligt mall under given KVÅ
  - Läkemedelsgenomgång ska dokumenteras enligt mall under given KVÅ