



Datum  
2022-02-17

Handläggare  
Jonas Smedbäck  
0151-192 15  
Jonas.smedback@vingaker.se

# Patientsäkerhetsberättelse

## År 2021

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Organisation och ansvar</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b> .....	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Patienters och närståendes delaktighet</b> .....	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b> .....	<b>9</b>
<b>7</b>	<b>Klagomål och synpunkter</b> .....	<b>9</b>
7.1	Egenkontroll .....	10
<b>8</b>	<b>Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	<b>10</b>
8.1	Trygg hemgång och effektiv samverkan .....	10
8.2	Hygien .....	11
8.3	Förebyggande arbetssätt .....	11
8.4	Vård i livets slutskede .....	12
8.5	Demenssjukdom .....	12
8.6	Avvikelse .....	13
8.7	Läkemedelshantering .....	13
8.8	Munvård .....	13
8.9	Rehabilitering och hjälpmedel .....	14
8.10	Dokumentation .....	14
8.11	Samverkan .....	14
8.12	Värmebölja .....	15
<b>9</b>	<b>Risikanalys</b> .....	<b>15</b>
9.1	Utredning av händelser – vårdskador .....	15
9.2	Informationssäkerhet .....	16
<b>10</b>	<b>Resultat och analys</b> .....	<b>17</b>
10.1	Egenkontroll .....	17
10.1.1	Avvikelse .....	17
10.1.2	Klagomål och synpunkter .....	18
10.1.3	Risikanalys .....	19
10.1.4	Digital signering .....	19
10.1.5	Kvalitetsgranskning av läkemedel .....	19
10.2	Förebyggande arbetssätt .....	20
10.2.1	Senior alert .....	20
10.2.2	Demensvård .....	20
10.2.3	Hygien och smitta .....	21

10.2.4	<i>Nutrition</i> .....	22
10.2.5	<i>Palliativ vård i livets slutskede</i> .....	24
10.3	Sammanfattande bedömning.....	25
<b>11</b>	<b>Mål och strategier för kommande år</b> .....	<b>26</b>
11.1	Mål .....	26
11.2	Strategier.....	26
11.2.1	<i>Nära vård</i> .....	26
11.2.2	<i>Avvikelser</i> .....	26
11.2.3	<i>Demenssjukdom</i> .....	26
11.2.4	<i>Förebyggande arbetssätt</i> .....	26
11.2.5	<i>Dokumentation</i> .....	26
11.2.6	<i>Hygien</i> .....	27
11.2.7	<i>Läkemedelshantering</i> .....	27
11.2.8	<i>Palliativ vård i livets slutskede</i> .....	27
11.2.9	<i>Övrigt</i> .....	27

## 1 Sammanfattning

Detta har genomförts/uppnått under året:

- Antal dagar från utskrivningsklar till hemgång överstiger inte 3 dagar utan har ett snitt på 0,39 dagar.
- En stor andel av personalen genomgår fortlöpande digitala utbildningar inom läkemedel, demens, hygien med mera.
- Inkomna klagomål/synpunkter samt avvikelser har hanterats och besvarats till aktuell instans.
- Genomsnittlig nattfasta ligger under 11 timmar.
- Färdigställt beredskapsförråd för skyddsmaterial samt brandfarliga vätskor, handdesinfektion och ytdesinfektion.
- Digitala mötesformer har använts i enlighet med Folkhälsomyndigheten och avdelningen för Smittskydd och Vårdhygien.

Detta är vi bra på:

- God vård i livets slut.
- Trygg och effektiv samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.
- Demensvård.
- Samverkan med ansvarig vårdcentral.
- Följsamhet till hygienrutiner.

Detta kan vi förbättra:

- Struktur och innehåll i patientjournal.
- Täckningsgrad i kvalitetsregister.
- Bättre rapportering mellan professioner.
- Digital signering.
- Skriva avvikelser och markera inom rätt område.
- Skriva avvikelser mot annan huvudman när det är aktuellt.
- Använda kvalitetsregister.
- Genomföra och dokumentera läkemedelsgenomgångar.
- Dokumentera genomförda samordnade individuella planer och lämna ut dessa planer till patienten.

## 2 Inledning

Vårdgivaren är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma

hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar enligt SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §.

Syftet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Lagen innehåller bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska systematiskt riskbedöma verksamheten för att förebygga vårdskador och utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Patienter och närstående ska informeras och ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ska till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Med vårdskada avses i Patientsäkerhetslagen: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Vårdskada indelas i vårdskada och allvarlig vårdskada. Allvarlig vårdskada betyder att patienten fått en skada som är bestående eller att det lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) syftar till att göra regelverket tydligt och överskådligt. Bestämmelser finns dessutom kring utredning och anmälan av vårdskada i två föreskrifter. Det är föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete samt (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria). Vårdgivaren är enligt föreskriften skyldig att utreda alla händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det, alltså även händelser som inte omfattas av anmälningskyldigheten till IVO.

Vårdgivaren ska också snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

### **3 Organisation och ansvar**

#### **Vårdgivare**

Vårdgivare i Vingåkers kommun är Socialnämnden som ansvarar för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Patienter ska erbjudas en trygg, lättillgänglig vård med god kontinuitet. Vården ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

#### **Verksamhetschef**

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt rehabilitering svarar för verksamheten och har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. I verksamhetschefens ansvar ingår inte de uppgifter som medicinskt ansvarig sjuksköterska har. I ansvaret ingår att se till att resursanvändningen och

bemanningen är optimal för att uppnå en god och säker vård. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs samt att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en patientsäkerhetsrisk till IVO. Verksamhetschefen ansvarar också för att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens så att de kan utföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

MAS säkerställer att hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet upprätthålls i särskilda boendeformer (SÄBO), dagverksamheter samt i hemsjukvård. I uppgifterna ingår att utarbeta riktlinjer och säkra rutiner för verksamheten. MAS har det övergripande ansvaret för att styrdokument för hälso- och sjukvård följs, att samverkan och samordning med andra vårdgivare sker samt att ge råd och stöd till verksamhetschef, övriga chefer och medarbetare i hälso- och sjukvårdsfrågor. MAS har på delegation av vårdgivaren ansvar för att fullgöra anmälningar enligt Lex Maria till IVO. Det gäller om en patient i samband med vård och behandling har skadats allvarligt eller utsatts för risk att skadas allvarligt. MAS ansvarar också för att patienterna får en ändamålsenlig rehabilitering med god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

### **Hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal är legitimerade yrkesgrupper såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter som har sin anställning i kommunen. Till dessa grupper finns också läkare knuten via särskilt avtal samt dietist. Dessa grupper har skyldighet att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och starkt bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls samt att rapportera risker och negativa händelser till MAS och verksamhetschef.

### **Enhetschef**

Enhetschefens ansvar är att säkerställa att gällande lagstiftning, riktlinjer och rutiner är kända och efterföljs av all hälso- och sjukvårdspersonal. Enhetschefen ansvarar för att följa upp avvikelser, analysera och vidta åtgärder för att minska eller förhindra vårdskador. Det ska ske tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal och baspersonal. Enhetschefen ska liksom övriga ansvariga i verksamheten arbeta för en hög patientsäkerhet.

### **Sjuksköterska**

I de särskilda boendeformerna och i hemsjukvården finns sjuksköterskor anställda, en del är grundutbildade medan andra har specialistutbildningar. Sjuksköterskan arbetar utifrån ett områdesansvar och i nära dialog med patientens läkare och övriga team. I sjuksköterskans uppdrag ingår att säkerställa att patienten får de läkemedel som är ordinerade samt att övriga hälso- och

sjukvårdsbehov lyfts och åtgärdas. Delar av detta arbete sköts via delegering till baspersonal. Hälso- och sjukvårdsuppdrag som lämnas till baspersonal att utföra skickas via vårdplan i verksamhetssystemet.

### **Arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut**

Paramedicinsk personal har det yttersta ansvaret för hjälpmedel, specifik rehabilitering med riktad träning och ingår i de team som arbetar nära patienten. Specifik rehabilitering innebär riktad träning som är tidsbegränsad och målinriktad och utförs av arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut. Baspersonal utför rehabiliteringsinsatser utifrån delegering/instruktion av paramedicinsk personal i vissa fall. Uppdrag skickas till baspersonal via en vårdplan. Paramedicinsk personal genomför regelbundet förflyttningsutbildningar för baspersonal. En utbildning riktar sig särskilt till nyanställda inom Vingåkers kommun. Medicinteknisk utrustning, arbetstekniska hjälpmedel och individuellt utprovade hjälpmedel kontrolleras och följs upp enligt de lokala riktlinjer som finns upprättade.

### **Dietist**

Socialförvaltningen köper dietistresurs motsvarande 20% från Katrineholms kommun. Dietisten håller i utbildning för måltidsombud, samverkar med övrig legitimerad personal och enhetschefer, utför bedömningar och ordinerar nutritionsbehandling samt följer upp resultaten. Dietisten ansvarar också för nattfastemätning på särskilt boende (SÄBO). Dietist arbetar mot särskilda boenden i kommunen. Behov av dietist för övrig verksamhet går via remiss till primärvårdsdietist och skickas till samordningssköterska på Vårdcentral där patienten är listad via Prator. Dietisten är även kommunens kontakt med Nutritionsrådet i Sörmland.

### **Baspersonal**

Baspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de arbetar på uppdrag/delegering av legitimerad personal och utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har skyldighet att följa de riktlinjer och rutiner som styr hälso- och sjukvården. De ska också medverka i patientsäkerhetsarbetet och rapportera risker samt negativa händelser och avvikelser. I övrigt räknas deras arbete i grunden som socialtjänst.

## **4 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Flertalet olika strukturer finns för att främja samverkan och förhindra vårdskador. Länsgemensam struktur för Närvård i Sörmland. Förvaltningen deltar i Styrgrupp för Närvård, Arbetsgrupp Västra Äldre, Beredningsgrupp äldre, Arbetsgrupp

västra barn och Arbetsgrupp västra psykiatri och funktionshinder,  
Beredningsgrupp psykiatri och funktionshinder.

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har beslutat och fastställt en länsgemensam överenskommelse om Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård. Överenskommelsen ersätter tidigare regelverk om vårdplanering och betalningsansvar. Samordnad individuell planering (SIP) ska utifrån riktlinjerna inledas från sjukhuset inför utskrivning, SIP kan också genomföras i patientens hem. IT-stödet Prator är ett webbaserat system för informationsöverföring och samordnad vårdplanering som ska användas mellan vårdgivarna i Sörmland.

Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland finns som ramavtal sedan upprättas lokalt avtal med ansvarig vårdcentral. Som revideras årligen. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, administration fysiska ronder och hembesök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. Som komplement till detta planeras införandet av digitala läkarkontakter under ronder eller beredskapstid. Tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt. Dygnet runt finns också tillgång till tjänstgörande sjuksköterska. Avtal finns med Smittskydd/Vårdhygien. Tre hygiensjuksköterskor delar på de kommunala uppdragen i Sörmland. Avtal med Tandvårdenheten i Region Sörmland om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Avtal med Kronans Apotek om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i särskilt boende, hemsjukvård, bostäder med särskild service och boendestöd. Samverkan med andra vårdgivare vid allvarliga händelser. MAS deltar i nätverk för MAS/MAR i Sörmland samt i Riksföreningen för MAS/MAR.

## 5 Patienters och närståendes delaktighet

När person flyttar in /blir ansluten till kommunala vård och omsorgen så hålls ankomstsamtal och omvårdnadsplanering där patient/brukare och i många fall även anhöriga deltar.

Ett arbete som bedrivs, och informeras om, i syfte att förebygga vårdskador är användandet av kvalitetsregistret Senior alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Ytterligare kvalitetsregister som används är SveDem och BPSD-registret, och inför registrering i detta så involveras patienter och anhöriga i bedömningar och bemötandeplaner för att minska symptom och behov av begränsningsåtgärder.

Därutöver så används även Svenska Palliativregistret för att granska och skatta vården under livets slut för patienterna.



## **6 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Avvikelse ska rapporteras av den som upptäcker avvikelsen, detta är en skyldighet alla oavsett yrkeskategori har. Kan gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad och informationsöverföring samt mycket mer. Lokal rutin finns upprättad för hantering av avvikelser och flödesschema.

Respektive enhetschef har ansvar för att följa upp och avsluta avvikelser.

MAS utreder, vid behov, och sammanställer avvikelserna samt anmäler allvarliga avvikelser till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid allvarlig vårdskada gör MAS en händelseanalys, ofta tillsammans med ledningsstöd och inkluderar behövda ytterligare medarbetare som enhetschefer och omvårdnadspersonal. Återkoppling till berörd enhet och områdeschef/verksamhetschef enligt HSL.

## **7 Klagomål och synpunkter**

Klagomål som inkommer från patienter och anhöriga besvaras av enhetschef. Klagomål som inkommer via patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg besvaras av verksamhetschef och MAS. Utredning av händelsen ska påbörjas snarast och återkopplas till den enhet som berörs. Patient, anhöriga, patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg får återkoppling efter utredning. MAS rapporterar till Socialnämnden och chef för Socialförvaltningen.

Förvaltningschefs ansvar är att säkerställa att det finns befintliga rutiner för att hantera synpunkter och klagomål. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera avvikelser enligt SoL, LSS och HSL, missförhållanden eller risk för missförhållanden. Säkerställa att det finns rutiner för att hantera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Enhetschefs ansvar innefattar att hantera synpunkter, klagomål och avvikelser enligt SoL, LSS och HSL.

Verksamhetschef för HSL är övergripande ansvarig för händelseanalys och avvikelshantering enligt HSL. MAS är ansvarig för att genomföra händelseanalys och hantera allvarliga avvikelser som berör HSL. Att göra utredningar av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada.

## 7.1 Egenkontroll

Internkontroller	Omfattning	Källa
Nattfasta	Årligen	Dietist
Hygienrund	Årligen.  Planeras komplettering internt utöver den årliga av hygiensköterska	Extern Hygiensköterska Protokoll
Basala hygienrutiner	Årligen	Punktprevalensmätning
Avvikelser	2ggr/år	Avvikelsehanteringssystem externa avvikelser
Extern kvalitetsgranskning av läkemedel	Årligen	Rapport från granskare, Kronans Apotek
Synpunkts- och klagomålshantering	Årligen	Patientnämnden, IVO, inkomna klagomål och synpunkter
Granskning genomförandeplaner	Årligen	Enkäter
Granskning patientjournaler	Årligen	Intern granskning via framtagna mall  Detta år endast redovisat i patientsäkerhetsberättelsen

## 8 Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

### 8.1 Trygg hemgång och effektiv samverkan

Återrapportering månatligen av närvårdscoordinator gällande snitt på utskrivningsklar-dagar. Tätt samarbete och samverkan med Vingåkers Vårdcentral för att både göra utvärdering och revidering av lokalt läkarmedverkansavtal. Nästan alla utskrivningsplaneringar, eller SIP'ar, genomförs digitalt med

slutenvården. Pågående arbete med att tydliggöra in- och utskrivning i  
hemsjukvården samt övertagande av patientansvar för olika professioner.

UK dagar 2021									
Månad	Eskilstuna	Flen	Gnesta	Katrineholm	Nyköping	Oxelösund	Strängnäs	Trosa	Vingåker
<i>Januari</i>	0,08	1,06	0,37	0,36	0,63	0,72	0,13	0,74	0,16
<i>Februari</i>	0,05	1,06	0,62	0,39	0,81	0,7	0,17	0,45	0,31
<i>Mars</i>	0,03	1,2	0,22	0,25	0,67	1,18	0,07	0,22	0,92
<i>April</i>	0,06	0,86	0,34	0,17	1,01	1,17	0,32	0,06	0,28
<i>Maj</i>	0,04	0,86	0,51	0,14	0,25	1,69	0,05	0,55	0,2
<i>Juni</i>	0,09	0,62	0,13	0,16	0,14	1,47	0,12	0,16	0,18
<i>Juli</i>	0,18	0,75	0,31	0,28	0,15	1,61	0,22	0,65	0,22
<i>Augusti</i>	0,15	0,9	0,3	0,28	0,47	0,55	0,04	0,43	0,28
<i>September</i>	0,17	0,76	0,42	0,08	1,21	0,47	0,14	1,69	0,92
<i>Oktober</i>	0,11	0,91	0,36	0,17	0,71	0,32	0,21	1,29	0,63
<i>November</i>	0,11	0,66	0,89	0,09	0,72	0,84	0,4	0,45	0,37
<i>December</i>	0,14	0,62	0,38	0,22	1,11	1,13	0,22	0,57	0,15
<i>Snitt för helår</i>	0,10	0,86	0,40	0,22	0,66	0,99	0,17	0,61	0,39

## 8.2 Hygien

All personal erhåller information om gällande rutiner och riktlinjer för hygien och arbetskläder.

Genomförande av utbildningsinsatser i basal hygien samt klädesregler för omvårdnadspersonal.

Planerat genomförs hygienrond på utvald enhet årligen. Hygiensjuksköterska haft mycket kontakt med verksamheten för att diskutera och stödja i arbete med smittspårningar som varit omfattande under delar av året.

Flertalet rutiner har reviderats under året vid flera tillfällen för att följa rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och Smittskydd. Detta i syfte att minska smittorisker och öka patientsäkerheten.

## 8.3 Förebyggande arbetssätt

Inom verksamheterna genomförs olika samverkansformer, teamträffar/brukarmöten/APT'er och dylikt, för att främja det tvärprofessionella arbetet och följa upp hälso- och sjukvårdsbehovet. Dessutom syftar dessa möten

till att klargöra hur patienten/brukaren önskar få hjälp med sin omvårdnad och för att öka delaktigheten.

Kvalitetsregister som används i detta syfte är Senior Alert. Tidigare har arbetet med kvalitetsregister varit haltande under pandemin men är nu under pågående förbättring.

#### **8.4 Vård i livets slutskede**

Svenska Palliativregistret används för att utvärdera arbetet kring den sista tiden i livet. Detta för att finna områden som behöver utvecklas inom verksamheten. Tyvärr har även detta register använts betydligt mindre under rådande pandemi och behöver på nytt startas upp igen. För närvarande når vi upp till målnivåerna för kvalitetsindikatorerna, alla utom smärtskattning, dock så har vi arbete att göra vad gäller täckningsgrad.

Nu finns även möjlighet för närstående att få inloggning till närståendekäten och göra sin bedömning av livets sista tid.

Kommunen har åter igen representant i Palliativa Rådet. Denna representant fortsätter även arbetet lokalt med Palliativa Ombud.

#### **8.5 Demenssjukdom**

Arbetet utgår ifrån ”Länsgemensamt program för vård och omsorg vid demenssjukdom i Sörmland” som reviderats i slutet av 2019. En omstart har gjorts kring arbetet med BPSD och utbildning och instruktion har hållits med personal. I syfte att minska beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdom. Därutöver har skattning/åtgärdsplaner och bemötandeplaner börjat upprättas hos personerna med demenssjukdom.

Kvalitetsregistren som används är BPSD och Svedem.

Demens-ABC ska genomföras av all omvårdnadspersonal.

Nollvision är med i tanken för att undvika onödiga tvångs- och begränsningsåtgärder.

Påbörjat revidering av lokalt handlingsprogram vid demenssjukdom ska precisera arbetet i Vingåkers Kommun. Implementering har för närvarande pausats på grund av rådande omständigheter i samband med Covid-19.

## 8.6 Avvikelser

Uppföljningar sker på arbetsplatsträffar, brukarmöten eller teamträffar beroende på vilken form som används. Utredning leds av ansvarig enhetschef och berörd/behövd inblandade professioner.

Kan lämnas vidare till enhetschef för HSL om det berör legitimerad personal.

Kan lämnas vidare till ledningsstöd om det är misstanke om Lex Sarah.

Kan lämnas vidare till MAS om det är misstanke om Lex Maria.

Utredningar och anmälningar lyfts till Socialnämnden för information och vid beslut om att ärende ska anmälas skickas detta vidare till IVO.

## 8.7 Läkemedelshantering

Lokala läkemedelsrutiner ska revideras vid behov, minst årligen. De baseras på övergripande "Läkemedelshantering i Sörmland" som nu är reviderat december 2020.

Extern kvalitetsgranskning angående läkemedelshantering genomförs årligen.

Tankar finns att införa digital signering. Dock har detta för närvarande avbrytits på grund av brister i funktion i tillgängligt system. Annat system eller app behöver undersökas och därefter kan arbete åretupptas.

Förenklade läkemedelsgenomgångar ska utföras, lämpligen vid årskontroll eller nyinskrivning/inflytt. Syftet med dessa är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen för äldre. Vid hög användning av läkemedel eller kvarvarande läkemedelsrelaterade besvär så kan en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras.

Information angående antal genomförda läkemedelsgenomgångar har eftersökts i verksamheten och via Vårdcentralen Vingåker. Dock kan inte säkra data angående detta erhållas. Många förenklade läkemedelsgenomgångar har genomförts eftersom de ofta blir gjorda i samband med inflytt eller årlig kontroll. Det har genomförts 8 fördjupade läkemedelsgenomgångar under 2021 med Vingåker Kommun enligt apotekare.

## 8.8 Munvård

Överenskommelse med Region Sörmland är under revision gällande munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Under 2021 genomfördes 60 munhälsobedömningar inom Vingåkers Kommun och 93% av dessa kan äta normal kost. Av dessa är det blandat hur stor del egna

tänder som finns kvar men 70% bedöms ha god munhygien. Oklart hur många som erbjudits men tackat nej till munhälsobedömning.

Flertalet brukare i Vingåkers Kommun har rätt till nödvändig tandvård och därigenom munhälsobedömning. Därför upplevs denna siffra låg och behöver granskas närmre under kommande år.

## **8.9 Rehabilitering och hjälpmedel**

Viktigt att avvikelser skrivs när träningar inte blir utförda. Detta är en ordinerad behandling likt läkemedel. Viss utbildning/instruktion har hållits gällande korrekt hantering av hjälpmedel.

Avtalen för hjälpmedlen i Vingåkers Kommun går via Hjälpmedelscentralen.

Planerade utbildningar i förflyttningsteknik har till del blivit inställda på grund av rådande restriktioner.

## **8.10 Dokumentation**

Granskning av patientjournaler är ett arbete som har påbörjats inom kommunala hälso- och sjukvården i Vingåker. Rutin och mall för detta är framtagna och arbetas efter. Dessa kan behöva justeras beroende på funktion och träffsäkerhet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) ska vårdgivaren regelbundet granska att hälso- och sjukvårdenspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. Denna granskning ska sedan presenteras i patientsäkerhetsberättelsen.

Under 2021 så har 77 granskningar av patientjournaler genomförts. I dessa granskningar så framkommer flera områden där dokumentationen behöver bli mer tydlig. Några av dessa områden är:

- Tydlig dokumentering av teamträffar
- Dokumentering av läkemedelsansvar
- Dokumentering av kvalitetsregistrering
- Kontakt med anhöriga tid på dygn
- Patientens beskrivelse av hälsoproblem
- Verifierade medicinska diagnoser
- Namngiven och kontaktuppgifter till ansvarig vårdcentral

## **8.11 Samverkan**

Samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas när insatser behövs från flera vårdgivare. Detta kan även innebära delat ansvar.

Här finns ett stort förbättringsområde när det gäller inskrivning och utskrivning i hemsjukvård. När och hur ansvar överflyttas till den kommunala vården. Inom

detta område pågår diskussion med ansvarig vårdcentral för att tydliggöra och förbättra samarbetet.

Information om antal genomförda SIP har efterfrågats i verksamheten men tyvärr kan ingen siffra presenteras. Bra sätt att följa denna statistik behöver tas fram för att möjliggöra rapportering av denna statistik till kommande år. Detta kommer lyftas av MAS med verksamheten.

## 8.12 Värmebölja

Arbete genomförts enligt tidigare rutiner.

Flera kylfläktar blivit installerade/inköpta i verksamheten. Dessa har då använts enligt rekommendationer från folkhälsomyndigheten och smittskydd på grund av samtida pandemi.

## 9 Riskanalys

Risk för vårdskada ska rapporteras som en avvikelse.

Risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen bedöms i standardiserade riskbedömningsinstrument i kvalitetsregistret Senior alert. Vid risk ska en bedömning av möjliga orsaker göras och åtgärder sättas in. Detta arbete har förbättrats senaste året och kan fortsätta förbättras.

MAS har, tillsammans med en tillsatt arbetsgrupp, tidigare under 2020 genomfört en riktad intern kontroll inom området språkförbistringar. Kontrollerna har genomförts i form av granskning samt händelse- och riskanalys.

Vilka åtgärder som kunnat genomföras inom befintlig budget behöver undersökas för att se om arbetet lett till någon positiv förändring i verksamheten.

### 9.1 Utredning av händelser – vårdskador

Utredningar har genomförts gällande flertalet inträffade avvikelser under 2021. Dessa har granskats inför att eventuellt anmälas vidare som exempelvis Lex Maria. Alla utredda avvikelser har inte lett till anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Nedan följer information om några av dessa utredningar.

1. Feladministrering av smärtstillande läkemedel i injektionsform. Brist i kontroll av ordination. Konsekvens nedsatt vakenhetsgrad och allmäntillstånd. Ingen kvarstående allvarlig vårdskada. Individuella samtal och kontroll av befintliga rutiner.
2. Hastigt försämrat allmäntillstånd hos patient. Upptäcks vid omvårdnad. Tidigare blivit successivt sämre i sitt habitualtillstånd men nu plötslig händelse med förlust av medvetande. Otydligheter i kontroll av beslut om 0-HLR samt missförstånd i samverkan och kontaktvägar för inblandad personal. Person avlider till följd av händelsen. Dock har ingen vårdskada

skett i samband med detta.

3. Hotfullt beteende. Läkemedelsadministrering som avvek från vårdplan. Bedöms inte medfört någon vårdskada eller risk för vårdskada. Genomgång med inblandad personal och korrigerande samt tydliggörande av vårdplan och genomförandeplan.
4. Oklarheter i samband med uppdrag till hemsjukvården angående en patient. Samverkan och planering för vidare vård har brutit. Stor påverkan för personals arbetsmiljö. Genomgång av ansvar med vårdcentral, myndighetsutövare samt legitimerad personal. Tydliggörande för att undvika likande situation i framtiden. Ingen anmälan görs.
5. Otydlig information gällande ordination av läkemedel från Regionen. Ansvarig legitimerad personal följt upp och åtgärdat. Ingen vårdskada för patient. Anmäls inte.
6. Utebliven ordination vid insättning på dosdispenserade läkemedel. Ärendet hanterades och åtgärdades snabbt. Inneburit risk men inte allvarlig vårdskada. Anmäls inte.
7. Uppkomst av tryckskador. Ökat vårdbehov och lidande. Bedöms som vårdskada åsamkad av verksamheten men utan bestående men. Anmäls som Lex Maria.
8. Felmedicinering av läkemedel. Givet till fel patient. Inga konsekvenser i mående för inblandade patienter. Tolkas som allvarlig risk för vårdskada. Brister i kontroll av identitet. Anmäls som Lex Maria.

## 9.2 Informationssäkerhet

Informationssäkerhet ska sedan år 2017 finnas med som en del i patientsäkerhetsberättelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården trädde i kraft 1 mars 2017.

Ytterligare bestämmelser om innehållet i en patientsäkerhetsberättelse finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ledningssystemet är att genom systematiskt och fortlöpande arbete utveckla och kvalitetssäkra genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Dataskyddsförordningen, GDPR (General Data Protection Regulation) trädde i kraft den 25 maj 2018 och ersatte personuppgiftslagen (PUL). GDPR syftar till att skydda den enskildes grundläggande rättigheter, särskilt rätten till skydd av personuppgifter.

MAS har påbörjat granskning av patientjournaler enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter



i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Detta har inte genomförts tidigare. Under granskning framkommer att delar av journalföring fungerar väldigt väl medan andra områden saknas till stor del. Denna granskning kommer ligga till grund för revision av Dokumentationsmanualen för HSL för att förbättra och tydliggöra informationen i patientjournalerna enligt kraven i ovan föreskrifter. Det har även framtagits en preliminär checklista för innehållet i patientjournalen för att påbörja förbättringsarbetet redan nu. Denna checklista kommer inkluderas i manualen.

Granskning av patientjournalen borde stå med i nämndplanen som internkontroll. Loggkontroll har genomförts av journaler.

## **10 Resultat och analys**

Hur har året sett ut baserat på tillgängliga data och kontroller.

### **10.1 Egenkontroll**

Här presenteras den interna kontrollen från flera olika system.

#### **10.1.1 Avvikelser**

En avvikelse är en negativ händelse som drabbar brukaren/patienten och som kan leda till vårdskada eller risk för vårdskada. Vid avvikelser inom hälso- och sjukvård gör legitimerad personal sin egen bedömning av händelsen och fattar beslut utifrån den enskildes hälsotillstånd och den information som patienten själv, anhöriga eller omvårdnadspersonal ger. Allvarliga avvikelser ska informeras till medicinskt ansvarig sjuksköterska. Eventuellt kan avvikelser utredas för Lex Maria anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Läkarkontakt tas vid behov.

Flest avvikelser har rapporterats inom områdena fall och läkemedel.

Några avvikelser som kan tolkas allvarliga har inträffat under 2021. Dessa avvikelser har utretts vidare av medicinskt ansvarig sjuksköterska samt ledningsstöd och utredningarna har inkluderat omvårdnadspersonal, legitimerad personal och enhetschefer.

Enhetschef tillsammans med områdesansvarig, alternativt tjänstgörande, sjuksköterska ansvarar för handläggningen av avvikelserna. De går igenom avvikelserna för respektive enhet och ansvarar för att de åtgärder som behöver vidtas blir genomförda och att uppföljning sker. Vid teamträffar/brukarmöten går inblandade igenom avvikelserna för att tillsammans med omvårdnadspersonalen påminna om rutiner och diskutera förbättringsmöjligheter. Om avvikelsen är särskilt allvarlig kontaktas MAS för vidare utredning, eventuellt tillsammans med ytterligare utredare från ledningsstöd. Som ett led i kvalitetsarbetet är det viktigt att avvikelserna leder till ett lärande och vad som kan göras för att det inte ska hända igen. När avvikelserna är genomgångna avslutar enhetschefen dessa i verksamhetssystemet men de ligger till grund för årlig sammanställning och

uppföljning.

2021 Andra halvåret	2021 %	2021 Första halvåret	2021 %	2020 Andra halvåret	2020 %	
20		15		20		Annan händelse
29		17		26		Arbetsrutiner
3		0		1		Bemötande
3		3		12		Dokumentation
241	37,1	221	39,7	241	30,7	Fall
11		8		9		Hjälpmedel
3		4		7		Information/kommunikation
225	34,7	185	33,2	288	36,6	Läkemedel
7		1		2		Nutrition
22		14		26		Omvårdnad
57	8,8	68	12,2	107	13,6	Ospecificerad
1		5		0		Resa
0		0		0		Stöld
2		1		1		Träning
20		10		38		Utebliven insats/besök
3		3		5		Våld och övergrepp
2		1		3		Vård och behandling
0		1		0		Vårdplaneringsprocessen
0		0		0		Vårdrelaterade infektioner
649		557		786		Totalt antal avvikelser

### 10.1.2 Klagomål och synpunkter

Ett ärende har inkommit från Patientsäkerhetsnämnden som besvarats.

Två klagomål har inkommit via IVO som besvarats.

27st klagomål och synpunkter har inkommit till verksamheten under 2021 och alla är besvarade.

### 10.1.3 Riskanalys

Genom riktade interna kontroller samt övriga riskanalyser vid behov kan verksamheten upptäcka utvecklingsområden och undvika risker. Åtgärder som identifieras kan innebära förändring av arbetssätt, struktur i verksamheten eller behov av annan investering.

### 10.1.4 Digital signering

Pågående arbete kring digital signering har avbrutits på grund av bristande funktionalitet i tillgängligt system. Detta arbete kommer återupptas efter att lämpligt system/applikation hittats som verksamheten kan prova att implementera. MAS och Ledningsstöd samt IT kommer behöva fortsätta arbeta med denna aktuella fråga.

### 10.1.5 Kvalitetsgranskning av läkemedel

Extern granskning av läkemedelshanteringen sker årligen inom kommunens enheter av farmaceut, både inom äldreomsorgen och funktionshinderomsorgen. Nuvarande avtal gällande kvalitetsgranskning av läkemedelshandling är mellan Vingåkers kommun och Kronans Apotek.

Utifrån avtalet ska årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshandling ske i de enheter där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Det primära syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshandling utifrån Socialstyrelsens författningar, läkemedelskommitténs häfte Läkemedelshandling i Sörmland, december 2020 samt enhetens lokala rutiner. Varje enhet skriver sin egen åtgärdsplan som enhetscheferna ansvarar för att åtgärda och följa upp i samarbete med sjuksköterskorna.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling har genomförts under hösten 2021.

Fokusområden har varit narkotikahandling, tillgång och användning av läkemedelslista, läkemedelshandling och lokala rutiner, insulinordinationer, städrutiner för läkemedelsskåp/förråd och arkivering. MAS följer upp samtliga enheter efter ett halvår.

Under kvalitetsgranskningen träffas inblandade parter i ett kvalitetsmöte och frågor kring årets fokusområden diskuteras. En uppföljning av 2020 års rapport genomförs.

- De förbättringsförslag som framkom under granskningen 2020 var åtgärdade dock fick somliga kvarstå för att verksamheterna önskade fortsätta att stående arbeta med dem.
- Lokala rutiner finns skrivna på alla enheter. Uppdateras en gång per år men tydliggörande behöver göras så att det sker på alla enheter, framför allt när det gäller namngiven ansvarig. Det framkommer att förmedlingen av dessa lokala rutiner sker genom olika typer av personalmöten men inte

på alla enheter. Rekommenderat är även att det används en checklista för att säkerställa att all personal har tagit del av nya rutiner.

- Vid kontroll av hur narkotika räknas i "Akut- och Buffertförråd" konstateras bra rutiner. Dock finns brist i att den månatliga kontrollen inte genomförs överallt enligt planering.
- Insulinordinationer ska registreras batch-nummer vid införande eller byte av penna. Oklart i nuläget hur detta ska implementeras i verksamheten.
- All personal verkar ha kännedom om lokala hygienrutiner och arbetet fortgår bra i enlighet med dessa.
- Många avvikelser som berör läkemedel har hanterats av enheterna. Viktigt är att tänka på att signera och att signera att avvikelse är skriven.
- Termometrar för kylskåp behöver skaffas där både min- och maxtemperatur kan kontrolleras, detta rekommenderas både i alla kylskåp i patientrum där läkemedel förvaras samt för läkemedelsförråd.

Övriga och mer detaljerade resultat redovisas separat till Socialnämnden och inte i sin helhet här i patientsäkerhetsberättelsen.

## 10.2 Förebyggande arbetssätt

Vilka områden är aktuella och hur arbetar verksamheten med sitt förebyggande förhållningssätt.

### 10.2.1 Senior alert

Riskbedömningar utförs med stöd av Senior Alert och följs upp på enhetsnivå vad det gäller trycksår, undernäring, munhälsa och fall. Sjuksköterskor och paramedicinsk personal samarbetar med baspersonal kring riskbedömningar.

Detta arbete har fått en stor uppgång efter en svacka under pandemin. Förhoppningsvis så fortsätter detta goda arbete.

	2020	2021
<b>Antal riskbedömningar</b>	<b>24 (100%)</b>	<b>137 (100%)</b>
<b>Antal riskbedömningar med risk</b>	<b>20 av 24 (83%)</b>	<b>128 av 137 (93%)</b>
<b>Antal åtgärdsplaner vid risk</b>	<b>16 av 20 (80%)</b>	<b>111 av 128 (87%)</b>
<b>Utförda åtgärder vid risk</b>	<b>11 av 16 (69%)</b>	<b>60 av 81 (74%)</b>

### 10.2.2 Demensvård

Befintlig lokal handlingsplan för vård vid demenssjukdom revideras för att gå i linje med nya länsgemensamma planen.

Registret SveDem är ett kvalitetsregister för personer med demenssjukdom. Registrering startar vid utredning och diagnos. Uppföljningar sker årligen på vårdcentral eller inom särskilt boende.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) - registret bidrar till

- Ökad livskvalitet
- Implementering av nationella riktlinjer
- Personcentrerad omvårdnad
- Teamarbete och tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom uppföljningar
- Tydliggöra vårdtyngd och bidra till verksamhetsutveckling

37 registreringar är genomförda på unika individer i BPSD, sedan har några av dessa fått fler registreringar därutöver. Detta skulle behöva utökas och inkludera fler områden i verksamheten. I nuläget innefattar detta i stort patienter som är inskrivna i hemsjukvård Minnas.

### 10.2.3 Hygien och smitta

Hygiensjuksköterskorna i Region Sörmland samarbetar med kommunernas MAS. Uppdraget är att vara en expertfunktion som kan bidra med stöd, handledning inom området vårdhygien och utbildning. Arbetet innefattar också utredning vid smittutbrott, riskbedömningar, kvalitetsuppföljning och utvecklingsarbete inom hygienområdet. Varje enhet har hygienombud som tillsammans med enhetschefen har i uppdrag att bevaka att basala hygienrutiner följs.

Hygiensjuksköterskan från regionen har genomfört hygienrond 2021 i Vingåkers kommun och detta planeras vidare en gång per år. Genomförs då tillsammans med hygienombud och enhetschef för vald enhet. Även MAS kommer inkluderas vid möjlighet. Efter rondens skrivs åtgärdsplan som arbetas med av verksamheten och följs upp innan nästkommande rond.

Dessa åtgärder behöver verksamheten arbeta med under året inför kommande hygienrond. Nummerangivelserna är kopplade till synpunkterna som nämns i granskningen från vårdhygien 2021 som inte skrivs ut i sin helhet här.

1. Hygienrutiner upp som stående punkt på dagordning APT.
2. Ny uppdragsbeskrivning för hygienombud sprids i verksamheten och läggs på Rankan. Där står att tid ska ges vid behov.
3. Görs tillgängligt i nära anslutning till rum/lägenhet. I vissa fall olämpligt i persons egen lägenhet.
- 4F. På grund av låg användning upprättas veckovis funktionskontroll i samband med städ.
- 4G. Arbetsytor märkt för rent respektive smutsigt gods. Använd Dymo för märkning, tejp faller bort.

6C. Vid hämtning av sterilt material så hämtas en "avdelningsförpackning".

7A. Handsprit görs tillgänglig i tvättstuga.

7B. Ytor märks för ren och smutsig tvätt. Använd Dymo.

8B. Genomförs så gott det går. Ingen ytterligare åtgärd.

13G. Sätta upp hållare för handdesinfektion i förråd för arbetskläder, samt i omklädningsrum om det saknas.

Utöver det stående hygienronden med hygiensjuksköterska från Regionen så planeras för att införa egna interna kontroller som komplement för att täcka fler delar av verksamheten. Detta arbete planeras genomföras utifrån förenklade checklistor som erhållits av vårdhygien. MAS arbetar med att ta fram aktuella lämpliga checklistor innan detta arbete eventuellt påbörjas.

#### 10.2.4 Nutrition

Socialförvaltningen i Vingåkers kommun köper dietistresurs motsvarande 20 % från Service- och teknikförvaltningen i Katrineholms kommun. Denna resurs används till individuella ärenden och övergripande förbättringsarbete gällande kost och nutrition. Under året har dietist arbetat mot funktionshinderomsorg och äldreomsorg i individuella ärenden och på ett övergripande plan inom äldreomsorg. Vid behov har sjuksköterska kontaktat dietist för bedömning av olika brukares nutritionstatus och lämpliga åtgärder.

Risken för undernäring hos äldre och funktionsnedsatta är ett högt prioriterat område som delvis följs via kvalitetsregistret Senior Alert.

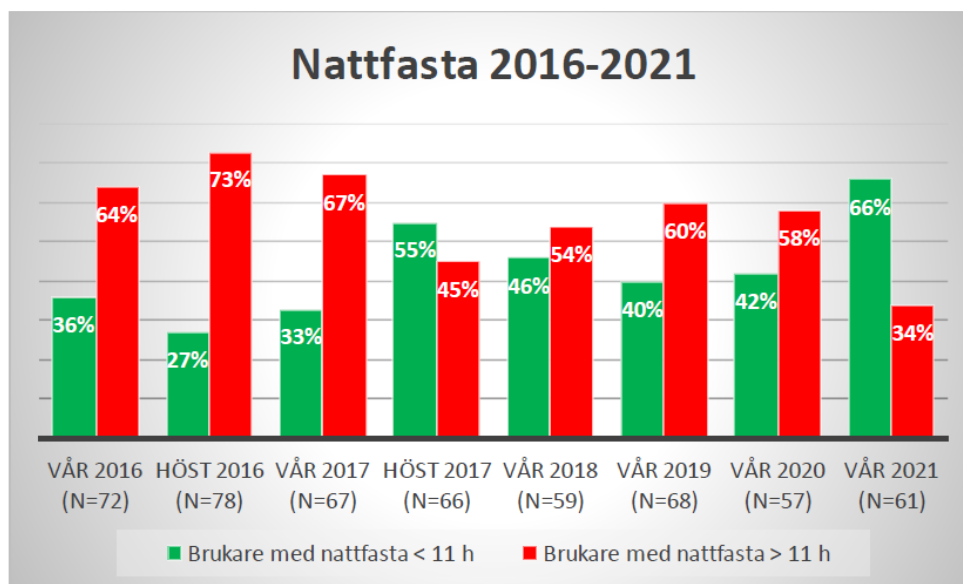
Nattfastan har mätts sedan 2011 på Vingåkers äldreboenden. Årets mätning genomfördes under vecka 12. Dietist sammanställde resultaten som visade på liten förbättring jämfört med den föregående mätningen.

Under året har dietist genomfört följande:

- Sammanställt vårens nattfastemätning och presenterat resultatet i Socialnämnden.
- Deltagit på APT på alla avdelningar på Humlegården.
- Deltagit på APT på alla avdelningar på Ekgården.
- Deltagit på planeringsdag för paramedicinsk personal.
- Deltagit på möte med äldreomsorgschefen samt enhetscheferna för särskilt boende.
- Utbildat personalen i Centralköket inom området konsistenskost samt proteinreducerad kost.

Våren 2021 deltog totalt 71 brukare på sammanlagt 10 avdelningar. Av dem var det 10 brukare som räknades som bortfall. Återstående 61 brukare är de som statistiken redovisas för. Av dessa personer hade 21 brukare en nattfasta längre än

11 timmar och 40 brukare hade en nattfasta kortare än 11 timmar.



**Figur 2. Fördelning av nattfastan i relativa tal**

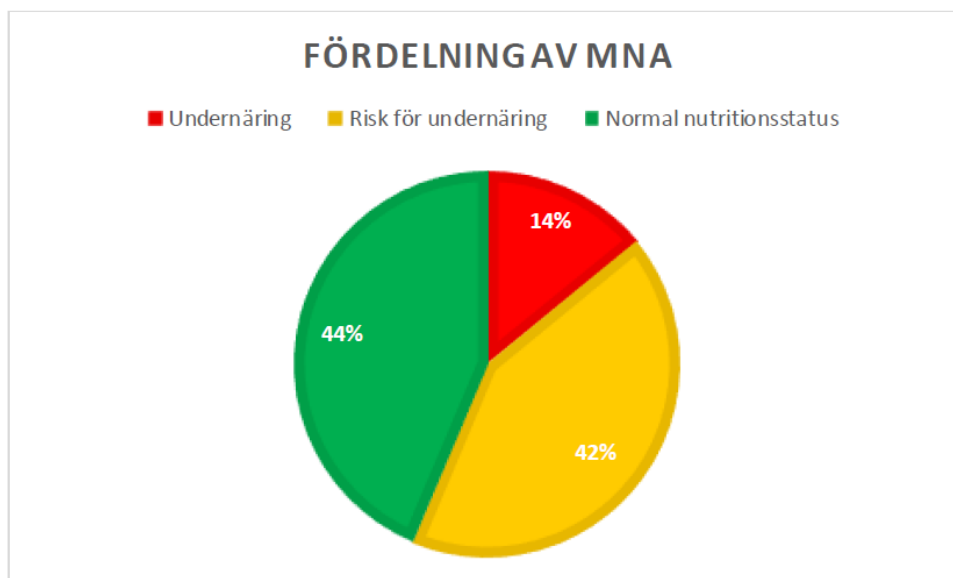
I figur 2 kan man avläsa resultatet av nattfastemätningen uppdelat i längre och kortare tid än 11 timmar. Den röda stapeln representerar lång nattfasta och gröna stapeln visar nattfasta under 11 timmar. Våren 2021 har 66 % en nattfasta kortare än 11 timmar, vilket är en förbättring med 24 procentenheter jämfört med våren 2020.

Andel kvinnor och män med nattfasta > eller < 11 timmar våren 2021

Vår 2021	Kvinnor	Män
Lång nattfasta (>11h)	37%	30%
Kort nattfasta (<11h)	63%	70%
Antal brukare	41	20

Figur 4 visar resultatet av undernäingsbedömningen som är gjord med MNA (Mini Nutritional Assessment), vilket är en del av Senior Alert. Det är totalt 56 % av brukarna som har undernäring eller risk för undernäring. I senaste mätningen

var det 41 %, dock saknades MNA-värde på 39 % av brukarna i den föregående mätningen. I årets mätning saknas inga MNA-värden.



**Figur 4. Undernäringsbedömning med MNA**

Vårens mätning visar att 66 % av brukarna hade en nattfasta kortare än 11 timmar. Detta är en förbättring från förra våren då siffran låg på 42 %. Vingåkers kommuns målnivå enligt nämndplan är uppnått. Genomsnittligt antal timmar var 9,75 timmar.

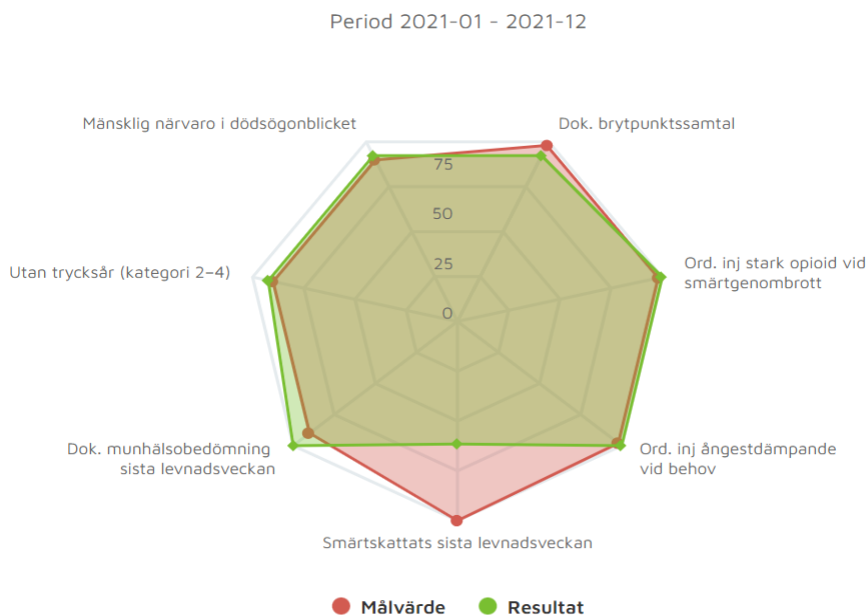
### 10.2.5 Palliativ vård i livets slutskede

Den palliativa vården följs kontinuerligt via Svenska Palliativregistret.

När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. I den palliativa vården ingår även att ge anhöriga stöd i deras sorgearbete. Palliativ vård kommer från det latinska ordet pallium som betyder mantel, där manteln är en symbol för omsorgen om den döende människan. Den palliativa vården handlar mycket om att se över och stödja hela livssituationen och omfattar alla personer med sjukdom som inte går att bota. Detta gäller oavsett diagnos eller typ av sjukdom. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonalen kan gemensamt, utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. De kan då gemensamt sätta upp ett mål.



## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer i Svenska Palliativregistret



### 10.3 Sammanfattande bedömning

Under 2021 har verksamheten varit belastad på grund av arbetet med och kring rådande pandemi. Dessutom har bemanningen för sjuksköterskor varit ansträngd. Detta har haft negativ påverkan på flera områden inom patientsäkerheten. Det mest akuta arbetet har prioriterats först. Dock har flertalet behov och brister blivit upptäckta och fyllda.

Ett exempel är att det numera finns ett beredskapslager för både skyddsutrustning och hand- och ytdesinfektion.

Ytterligare positiva aspekter är att arbetet med basal hygien och följsamhet till klädesregler har förbättrats.

## **11 Mål och strategier för kommande år**

### **11.1 Mål**

God och säker vård

### **11.2 Strategier**

Fokusområden att arbeta vidare med.

#### **11.2.1 Nära vård**

- Försätta arbeta för Trygg hemgång och effektiv samverkan.
- Försätta arbeta med att tydliggöra arbetet vid inskrivning och utskrivning i hemsjukvård.
- Arbeta för att utöka mängden SIP som genomförs.
- Försätta förbättra arbetet med Prator.
- Försätta utökandet av användningen av NPÖ som informationskälla.

#### **11.2.2 Avvikelser**

- Förbättra arbetet med och uppföljningen av avvikelser.
- Förbättra återkopplingen kring avvikelser och utredningar till verksamheten.

#### **11.2.3 Demenssjukdom**

- Försätta arbetet med registrering i BPSD-registret.
- Förbättra uppföljningar i SveDem.
- Försöka arbeta med att revidera lokala handlingsplanen.

#### **11.2.4 Förebyggande arbetssätt**

- Försätta det goda arbetet med Senior Alert.
- Försätta arbeta med dygnfastan och mätning av MNA.

#### **11.2.5 Dokumentation**

- Försätta arbeta med att införa digital signering. Söka efter ny lösning med fullgod funktion.
- Revidera dokumentationsmanualen för HSL.

- Fortsätta arbetet med granskning av patientjournal.
- Tydliggöra rutin/arbetsätt för insamling av statistik rörande flera områden.

### **11.2.6 Hygien**

- Hygienrond ska genomföras i verksamheten.
- Punktprevalensmätningar bör genomföras årligen.
- Egen interkontroll som komplement till vårdhygiens granskning.

### **11.2.7 Läkemedelshantering**

- Förbättra arbetet med läkemedelsgenomgångar. Både enkla och fördjupade.

### **11.2.8 Palliativ vård i livets slutskede**

- Lämpligt att fler genomgår Palliation ABC på Demenscentrum.
- Öka täckningsgraden i Palliativregistret.
- Erbjuder fler Närståendeenkäten från Svenska Palliativregistret.
- Öka omvårdnadspersonalens delaktighet i registreringar i registret.
- Förbättra dokumentationen kring smärtskattning sista tiden i livet.

### **11.2.9 Övrigt**

- Granska befintliga och vidtagna åtgärder kring tidigare riskanalys rörande språkförbistringar i vården.